

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

*Efectividad de los Tratamientos psicológicos en niños y adolescentes que han
sufrido abuso sexual: revisión sistemática*

Nombre: Claudia Hafida Díaz Milán

Tutores: Lilisbeth Perestelo Pérez y Juan Manuel Bethencourt Pérez

Curso académico: 2020-2021

Universidad de La Laguna

Índice

Resumen.....	5
Introducción.....	5
Objetivo.....	11
Método.....	11
-Formular preguntas y determinar resultados.....	11
-Búsquedas sistemáticas, extracción de datos, preparación de perfiles de evidencia y clasificación de evidencia.....	12
Resultados.....	28
- Descripción general de los estudios incluidos.....	29
Discusión.....	33
-Fortalezas, limitaciones y direcciones futuras.....	35
Conclusiones.....	36
Referencias bibliográficas.....	38
Anexos.....	44

Índice de Tablas y Figuras:

Tabla 1: Listado de acrónimos.....	4
Tabla 2: Principales manifestaciones a corto y a medio plazo del abuso sexual en niños y adolescentes.....	9
Tabla 3: Criterios de inclusión y de exclusión.....	12
Tabla 4: Características de la intervención de los estudios incluidos.....	16
Tabla 5: Resumen del cambio de síntomas en las intervenciones psicosociales para el abuso sexual infantil en el pos tratamiento.....	31

Índice de Anexos:

Anexo 1: Revisiones sistemáticas (ECA) encontradas hasta el año 2016.....	44
Anexo 2: Riesgo de sesgo.....	49

Tabla 1*Listado de acrónimos*

Acrónimo	Significado
AA	Asesoramiento de Apoyo
AH	Asesoramiento Habitual
APA	Asociación Americana de Psicología
CBT	Cognitive-Behavioral Therapy
CC	Control Comunitario
CT	Terapia Convencional
EMDR	Desensibilización y Reprocesamiento del
ERFG	Movimiento ocular
LE	Encuentros de redes familiares con trabajo en grupo
OMS	Lista de espera
PI	Organización Mundial de la Salud
RRF	Psicoterapia Individual
RRTF	Reuniones de la red familiar
TAND	Reducción de Riesgos Mediante Terapia Familiar
TAU	Terapia de Apoyo no Directiva
TCC	Tratamiento Habitual
TCC-CT	Terapia Cognitivo Conductual Con Enfoque en el Trauma
TCC-SAP	Terapia Cognitivo Conductual para niños en edad preescolar
TEP	Terapia de Exposición Prolongada
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático
TGP	Terapia de Grupo Prolongada
NT	Sin Tratamiento

Resumen

Introducción:

El abuso sexual es una forma de violencia que afecta a niños/as de diferentes países, estratos sociales, culturas y religiones. Los niños y adolescentes que han experimentado un trauma tienen un alto riesgo de desarrollar un trastorno de estrés postraumático (TEPT) y otros resultados negativos emocionales, conductuales y de salud mental, todos asociados con altos costos personales, de bienestar y salud. Se utiliza una amplia gama de tratamientos psicológicos para prevenir resultados negativos asociados con el trauma en niños y adolescentes. Es un grave problema de Salud Pública por su magnitud, el aumento de las notificaciones, su extrema gravedad y consecuencias sobre la salud y el bienestar, a corto y largo plazo.

Objetivos:

El presente estudio evalúa la efectividad de los tratamientos psicológicos empleados en niños/as y adolescentes expuestos a eventos sexuales traumáticos.

Métodología:

Revisión sistemática en la que se identificaron 376 referencias en cuatro bases de datos (Medline, EMBASE, Web of Science, PsicINFO.) entre enero 2015 y septiembre 2020 a partir de la combinación de términos relacionados con el abuso sexual infantil/adolescente y las intervenciones psicosociales para el abuso sexual de niños y adolescentes. El riesgo de sesgo de los estudios se evaluó siguiendo la evaluación de riesgo de sesgo en los estudios incluidos según el Manual de la Cochrane (Cochrane Risk of Bias (Higgins y Green, 2011))

Resultados:

Se identificaron cuatro revisiones sistemáticas que incluyeron doce estudios relacionados con el objetivo del presente trabajo. Además, se incluyó un estudio adicional en marcha. Dado el pequeño tamaño muestral y el alto riesgo de sesgo en los estudios incluidos, no es posible establecer consideraciones concluyentes sobre los beneficios de las intervenciones psicosociales proporcionadas a los niños solos y sin la participación de sus cuidadores. No obstante, la terapia cognitivo-conductual (TCC) con un enfoque en el trauma que se brinda a los niños y que involucra a sus cuidadores puede reducir algunos síntomas de salud mental asociados con experiencias de abuso sexual.

Discusión:

Los hallazgos sugieren que se necesitan muchos más estudios para evaluar los efectos de las intervenciones psicosociales para niños y adolescentes expuestos al abuso sexual que presiden en países de ingresos bajos y medianos.

Conclusión:

A pesar de que la evidencia disponible no es lo suficientemente concluyente, la Terapia Cognitivo Conductual con un enfoque en el trauma parece mostrar resultados favorables.

Palabras clave:

Abuso sexual, niño/a, adolescente, intervenciones psicosociales, bienestar.

Abstract:**Introduction:**

Sexual abuse is a form of violence that affects children from different countries, social strata, cultures and religions. Children and adolescents who have experienced trauma are at high risk of developing post-traumatic stress disorder (PTSD) and other negative emotional, behavioral, and mental health outcomes, all associated with high personal, wellness, and health costs. A wide range of psychological treatments are used to prevent negative outcomes associated with trauma in children and adolescents. It is a serious Public Health problem due to its magnitude, the increase in notifications, its extreme severity and consequences on health and well-being, in the short and long term.

Objectives:

The present study evaluates the effectiveness of psychological treatments used in children and adolescents exposed to traumatic sexual events.

Methodology:

Systematic review in which 376 references were identified in four databases (Medline, EMBASE, Web of Science, PsycINFO.) Between January 2015 and September 2020 from the combination of terms related to child / adolescent sexual abuse and the interventions psychosociales for the sexual abuse of children and adolescents. The risk of bias of the studies was assessed following the assessment of risk of bias in included studies according to the Cochrane Handbook (Cochrane Risk of Bias (Higgins and Green, 2011))

Results:

Four systematic reviews were identified that included eleven studies related to the objective of the present work. In addition, an additional ongoing study was included. Given the small sample size and high risk of bias in the included studies, it is not possible to make conclusive considerations about the benefits of psychosocial interventions provided to children alone and without the participation of their caregivers. However, cognitive-behavioral therapy (CBT) with a focus on trauma that is provided to children and that involves their caregivers can reduce some mental health symptoms associated with experiences of sexual abuse.

Discussion:

The findings suggest that many more studies are needed to assess the effects of psychosocial interventions for presiding children and adolescents exposed to sexual abuse in low- and middle-income countries.

Conclusion:

Despite the fact that the available evidence is not conclusive enough, Cognitive Behavioral Therapy with a focus on trauma appears to show favorable results.

Keywords:

Sexual abuse, child, adolescent, psychosocial interventions, wellness.

Introducción:

El abuso sexual de niños y adolescentes se define como experiencias que involucran a un adulto o un niño mayor que usa a un niño para la gratificación sexual y puede incluir, pero no se limita a, violación, toques no deseados, amenaza de violencia sexual, exhibicionismo y uso explotador de niños en la pornografía o el trabajo sexual (Organización Mundial de la Salud, 2017). Además, tanto los niños como los adolescentes pueden experimentar abuso sexual en el contexto de las relaciones con sus compañeros, incluidas las citas o las relaciones íntimas.

Las estimaciones globales sugieren que el 18% de las mujeres y el 7,6% de los hombres han sufrido abuso sexual infantil (Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser y Bakermans-Kranenburg, 2011). Los datos de las encuestas sobre la violencia contra los niños en nueve países de ingresos bajos y medios sugieren que la prevalencia de cualquier forma de violencia sexual en la infancia (de 0 a 17 años) varía del 4,4% al 37,6% entre las niñas y del 5,6% al 21,2% entre los niños (Sumner et al., 2015). Esta exposición se asocia con consecuencias importantes y perjudiciales para la salud física y mental, así como para el bienestar a lo largo de la vida (Abajobir, Kisely, Maravilla, Williams y Najman, 2017; Maniglio, 2010, 2013a, 2013b, 2015). Los estudios de incidencia y prevalencia del abuso sexual infantil y adolescente tienden a producir resultados muy dispares (Echeburúa y Subijana, 2008; Ortega, Sánchez, Ortega-Rivera, Nocentini y Menesini, 2010). Según informes retrospectivos de los padres, alrededor del 20% de las mujeres y del 5 al 10% de los hombres han sufrido abuso sexual durante la infancia y la adolescencia (Finkelhor y Berliner, 1995). En cuanto al tipo de maltrato, el maltrato intrafamiliar suele ser sufrido por un mayor número de niñas, con una edad de inicio temprana (7-8 años), mientras que el maltrato extrafamiliar lo sufren con mayor frecuencia los niños, con una edad de inicio alrededor de 11-12 años. El incesto tiende a ocurrir en secreto y solo el 2% de los casos se descubren mientras ocurren. Se estima que solo se revela el 50% de los abusos

sexuales en niños, se denuncia el 15% de los casos y se resuelve el 5% en los tribunales. Además, los hombres heterosexuales de todas las edades tienen más probabilidades que las mujeres de abusar de un menor (Bonner, 2003).

La Organización Mundial de la Salud en el año 2013 publicó las primeras directrices clínicas y políticas para que el sector de la salud pudiera dar respuesta y voz a la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual contra la mujer. En el proceso de difusión de las directrices de 2013, los Ministerios de Salud y otros socios solicitaron a la Organización Mundial de la Salud que brindara orientación para abordar la agresión sexual entre niños y adolescentes. En 2017, la Organización Mundial de la Salud publicó guías clínicas sobre cómo responder a los niños y adolescentes que han sido abusados sexualmente (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Los niños y adolescentes expuestos a ‘trauma psíquico’ tienen un alto riesgo de trastorno de estrés postraumático (TEPT) y otros resultados negativos de salud emocional, conductual y mental.

Aunque las estimaciones de la prevalencia de TEPT en niños y adolescentes que han sufrido traumas varían, la mayoría de los estudios informaron una prevalencia del 30% al 40% (AACAP 1998; Fletcher 2003; McNally 1996; Saigh 1996), y un metanálisis de 34 estudios de 2697 niños y adolescentes expuestos a eventos traumáticos (Fletcher 2003) informaron una prevalencia general del 36%. La prevalencia de TEPT parece variar con varios factores, como el tipo de trauma, la frecuencia y la gravedad de la exposición y el tiempo desde el evento traumático (Carr 2004; Donnelly 2002; Fletcher 2003; Foy 1996; Yule 2001). Múltiples estudios han identificado comorbilidades entre el TEPT y otros trastornos psiquiátricos, incluidos los trastornos de depresión y ansiedad, trastornos de externalización, uso de sustancias e ideación suicida (AACAP 1998; APA 2000; Donnelly 2002; Perrin 2000).

Al margen de la evaluación cognitiva, la vulnerabilidad de la víctima para desarrollar reacciones negativas postraumáticas está relacionada con una fragilidad emocional previa, con una historia anterior de sucesos traumáticos, con la existencia de una psicopatología familiar, con la presencia de reacciones disociativas durante el suceso traumático y con la inexistencia de una red de apoyo familiar y social (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002; Echeburúa, 2007). A continuación, se muestra un cuadro con los síntomas de sufrir abuso sexual en niños y adolescentes *Tabla 2*.

Tabla 2

Principales manifestaciones a corto y medio plazo del abuso sexual en niños y adolescentes.

<i>Tipos</i>	<i>Síntomas</i>	<i>Periodo evolutivo</i>
Físicos	Problemas del sueño: pesadillas, insomnio, somnolencia. Pérdida de control de esfínteres: enuresis, encopresis.	Infancia y adolescencia Infancia
De conducta	Cambios en los hábitos de alimentación: hiporexia, alimentación compulsiva, anorexia, bulimia. Consumo de drogas o alcohol. Huidas del hogar. Conductas autolesivas o suicidas. Conductas hiperactivas. Bajo rendimiento escolar.	Infancia y adolescencia Adolescencia Adolescencia Adolescencia Infancia Infancia y adolescencia
Emocionales	Miedo generalizado. Hostilidad y agresividad. Culpa y vergüenza. Depresión. Ansiedad. Baja autoestima y sentimientos de estigmatización. Rechazo de su cuerpo. Desconfianza y rencor hacia los adultos. Trastorno de estrés postraumático.	Infancia Infancia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia
Sexuales	Conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad. Masturbación compulsiva. Excesiva curiosidad sexual. Conductas exhibicionistas. Agresión sexual hacia otros menores. Rechazo a las caricias, besos o al contacto físico. Problemas de identidad sexual.	Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Adolescencia
Sociales	Déficit en habilidades sociales. Retraimiento escolar. Aislamiento. Conductas antisociales.	Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia

Modificado de E. Echeburúa, P. de Corral. Emotional consequences in victims of sexual abuse in Childhood

La investigación ha demostrado que la experiencia de victimización sexual infantil conlleva un detrimento para la salud mental y bienestar de los menores que la han sufrido. Así, se han llegado a describir hasta 18 categorías de trastornos asociados a tal vivencia (Rind, Tromovich y Bauserman, 1998) y hasta 42 secuelas distintas (Day Thurlowb y Woolliscroftb, 2003). Dadas las múltiples consecuencias posibles para la salud mental de los menores, la información disponible no permite señalar la existencia de un grupo consistente de síntomas que se puedan considerar como un «síndrome post abuso» (Rind, Tromovich y Bauserman, 1998). Es por ello por lo que no se puede señalar la existencia de un patrón único de síntomas, pudiéndose llegar a dar incluso una ausencia total de síntomas en algunos casos.

El TEPT constituye el eje psicopatológico fundamental sobre el que gravita el trauma (Martín y De Paul, 2004). Los síntomas que se consideran característicos del TEPT son: la re-experimentación del acontecimiento (flashbacks, pesadillas, etc.), la evitación de recuerdos y situaciones relacionadas con el acontecimiento traumático, el embotamiento afectivo y un incremento en la activación (hiperactivación fisiológica, problemas de sueño, etc.) Sin embargo, en los menores, niños/as y adolescentes, el efecto del trauma y su valoración como

TEPT puede adoptar la forma de un comportamiento desestructurado o agitado y presentarse con síntomas físicos o como terrores nocturnos o pesadillas, resultado de la expresión del síntoma “vivencia de horror”, conductas repetitivas, juegos simbólicos de los sucesos traumáticos como expresión de la re-experimentación del suceso (Dyregrow y Yule, 2006) y disminución de intereses y retraimiento afectivo, inquietud, falta de atención y problemas de sueño.

Otra de las consecuencias más documentadas en el abuso sexual infantil ha sido el Trauma Complejo, definido como un evento traumático que es crónico, interpersonal, y que se inicia en la niñez (Cook, Blaustein, Spinazzola, y Van der Kolk, 2003), produciendo problemas en la regulación de los afectos, conductas, impulsos, atención y conciencia, así como problemas interpersonales y de identidad (Cook et al., 2003).

En cuanto a las intervenciones psicológicas, se han utilizado varios enfoques terapéuticos psicológicos genéricos y específicos para el trauma con la finalidad de prevenir resultados negativos entre los niños y adolescentes.

Hay diversas intervenciones que han mostrado eficacia:

- La terapia cognitivo-conductual (TCC) desafía los patrones de pensamiento negativos y distorsionados asociados con el trauma para ayudar a las personas a desarrollar cogniciones y comportamientos más adaptativos (Robertson 2004; Sones 2011).
- La terapia de exposición se usa para ayudar a las personas a superar los síntomas producidos por el evento traumático, exponiéndolos a señales o recuerdos específicos o no específicos relacionados con el trauma (Neuner 2004; Robertson 2004).
- La terapia narrativa se puede usar para ayudar a reconstruir una narración consistente sobre el trauma (Neuner 2004).
- Los terapeutas trabajan con individuos en psicoterapia psicodinámica para ayudarlos a desarrollar una mejor comprensión de sus respuestas al trauma y cómo impacta sus sentimientos, comportamientos y relaciones (AACAP 2010; BluePages 2012; Foa 1997).
- La desensibilización y el reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR), donde la persona se enfoca en una imagen, memoria, emoción o cognición perturbadoras asociadas con el trauma, mientras que el terapeuta inicia movimientos oculares rápidos y voluntarios (Bryant 2001; Robertson 2004).
- Otras terapias incluyen la terapia de apoyo, mediante la cual los consejeros brindan apoyo, escuchan a las personas y les ayudan a hablar sobre sus problemas (BluePages 2012); interrogatorio, que permite el procesamiento emocional o la ventilación al

fomentar el recuerdo, la ventilación y la reelaboración del evento traumático (Rose 2002).

- La terapia familiar, que puede reducir los síntomas psicológicos al enfocarse en mejorar la comunicación y el funcionamiento familiar (Henken 2007).

Objetivo:

El objetivo de la revisión fue evaluar los estudios que investigaron los efectos y eficacia de las intervenciones psicosociales para reducir los resultados de salud mental asociados con el abuso sexual (depresión, ansiedad, estrés postraumático "TEPT"). Estas intervenciones pueden entonces ser consideradas en el contexto proveedores y formuladores de políticas de acuerdo con otros factores importantes, como la rentabilidad, la viabilidad y la aceptabilidad. Además, destacamos las intervenciones que son "prometedoras" o las intervenciones que muestran una reducción en ciertos síntomas de salud mental, pero los problemas de diseño del estudio (por ejemplo, estudios únicos con tamaños de muestra pequeños) impiden la capacidad de sacar conclusiones firmes sobre su efectividad.

Método:

1. Formular preguntas y determinar resultados

Esta revisión sistemática aborda las siguientes preguntas:

1) Entre los niños y adolescentes que han estado expuestos o pueden haber estado expuestos a abuso sexual y que son diagnosticados con trastornos de salud mental, ¿se debe realizar una intervención psicosocial específica en comparación con ninguna intervención (p. Ej., Atención como de costumbre o lista de espera) o cualquier otra intervención (es decir, prueba directa de intervenciones psicosociales) para mejorar los resultados de salud mental de niños o adolescentes (a la que se hace referencia a continuación como "pregunta solo para niños").

2) ¿Deberían proporcionarse intervenciones específicas de apoyo psicosocial que involucren a niños / adolescentes que probablemente hayan sido abusados sexualmente y a sus padres / cuidadores en comparación con ninguna intervención o cualquier otra intervención para mejorar el bienestar psicológico de los resultados de salud mental de niños o adolescentes? (a continuación, como "pregunta del niño y del cuidador")?

Para determinar los resultados prioritarios, en junio de 2016 el Grupo de Desarrollo de Directrices de la Organización Mundial de la Salud calificó de forma independiente y anónima

una lista de resultados de salud mental y bienestar infantil como "esenciales", "importantes" o "no importantes" para la toma de decisiones. Clasificados por media, los siete resultados principales se identificaron como esenciales para la toma de decisiones con el fin de desarrollar recomendaciones *Tabla 3*

Tabla 3

Crterios de inclusión y de exclusión.

Crterios de inclusión:

1. Población: Niños expuestos a abuso sexual que presentan síntomas o trastornos de salud mental (con o sin cuidadores).
2. Intervención de interés: cualquier intervención psicosocial avanzada (por ejemplo, asesoramiento psicológico o intervención psicoterapéutica).
3. Resultados: 1. Síntomas y trastornos de externalización del niño, 2. Síntomas y trastornos de internalización del niño, 3. Ansiedad del niño, 4. Depresión del niño, 5. Escuela infantil funcionamiento, 6. Síntomas y trastornos del estrés postraumático infantil, 7. Bienestar subjetivo del niño. (Los estudios no se excluyeron por resultado).
4. Grupo comparador: diferentes intervenciones psicosociales o ninguna intervención.
5. Lugar de estudio: cualquier lugar de atención médica en países de ingresos bajos o medios o países de ingresos altos.
6. Tipo de estudio: ensayos controlados aleatorios
7. Tipo de publicación: artículos publicados
8. Idiomas: todos
9. Rango de datos: todas las fechas hasta el 24 de junio de 2016 (cuando se realizó la búsqueda)

Crterio de exclusión:

1. Población no elegible. Los estudios se excluyeron si abordaron el trauma en general con el abuso sexual como un tipo de trauma y se investigaron. Del mismo modo, los estudios fueron excluidos si se dirigían a una población diferente, como adolescentes deprimidos sin experiencia de abuso sexual. Los estudios también se excluyeron si se dirigían únicamente a niños con problemas de conducta sexual. Se excluyeron los estudios que no se realizaron en un entorno sanitario o por profesionales sanitarios, como las intervenciones realizadas en centros penitenciarios.
 2. Intervención inelegible. Se excluyeron todas las intervenciones no psicosociales (es decir, intervenciones farmacológicas). También se excluyeron las intervenciones que abordaron el trauma relacionado con los exámenes médicos (después de presentarse con sospecha de abuso sexual).
 3. Grupo comparador no elegible. Se excluyeron los grupos de comparación que no eran de naturaleza psicosocial, como los comparadores farmacológicos. 4. Tipo de estudio no elegible. Se excluyeron los no ECA.
 5. Tipo de publicación no elegible. Se excluyeron todos los estudios no publicados, como resúmenes de conferencias, libros y disertaciones.
-

2. Búsquedas sistemáticas, extracción de datos, preparación de perfiles de evidencia y clasificación de evidencia

La búsqueda sistemática que informó esta revisión inicialmente abordó múltiples formas de maltrato (incluido el abuso sexual), pero en el avance del estudio se decidió incluir finalmente solo el abuso sexual infantil/adolescente.

La búsqueda sistemática identificó la revisión sistemática de Guillies et al., (2016), en la que se incluyó estudios hasta el 2015 con niños/as de todos los grupos de edad (0-18), todos los rangos de fechas (desde inicio de la base de datos hasta septiembre del 2020) y bases de datos adicionales consideradas relevantes por un bibliotecario de la Organización Mundial de la Salud. Además, para garantizar la posible inclusión de intervenciones que abordan el abuso

sexual por parte de pares, se realizó una búsqueda complementaria sobre este tema: Shirk (2014); Cohen (1997); Cohen (1998).

En este sentido, dado que esta revisión sistemática cumplía con los criterios de selección propuestos en esta revisión se decidió actualizar su búsqueda de 2015 hasta la actualidad (octubre 2020), para ello se realizaron búsquedas de estudios relevantes en un total de 4 bases de datos: Medline, EMBASE, Web of Science, PsicINFO. En las que se realizó una búsqueda de acuerdo con los elementos de informes preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis. La búsqueda bibliográfica utilizó los siguientes términos de búsqueda "Adolescent"; "Child"; "Young adult"; "Aggression/psychology"; "Sex offenses"; "Child abuse"; "Psychological distress"; "Psychological trauma"; "Stress disorders"; "Post-traumatic"; "Cognitive behavioral therapy"; "Psychotherapy"; "Treatment outcome"; "Interpersonal psychotherapy"; "Family therapy"; "EMDR"; "Drug Therapy"; "Narrative therapy"; "Psychotherapy, psychodynamic"; "Social support".

La estrategia de búsqueda no estuvo limitada por el idioma, sino que se limitó a ensayos controlados aleatorios (aunque finalmente solo escogimos estudios en inglés y español). De acuerdo con los criterios de inclusión para la presente revisión solo se incluyeron los ensayos controlados aleatorios publicados. Los resultados de esta revisión se informan de acuerdo con la lista de verificación PRISMA (Elementos de notificación preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis) Figura 1.

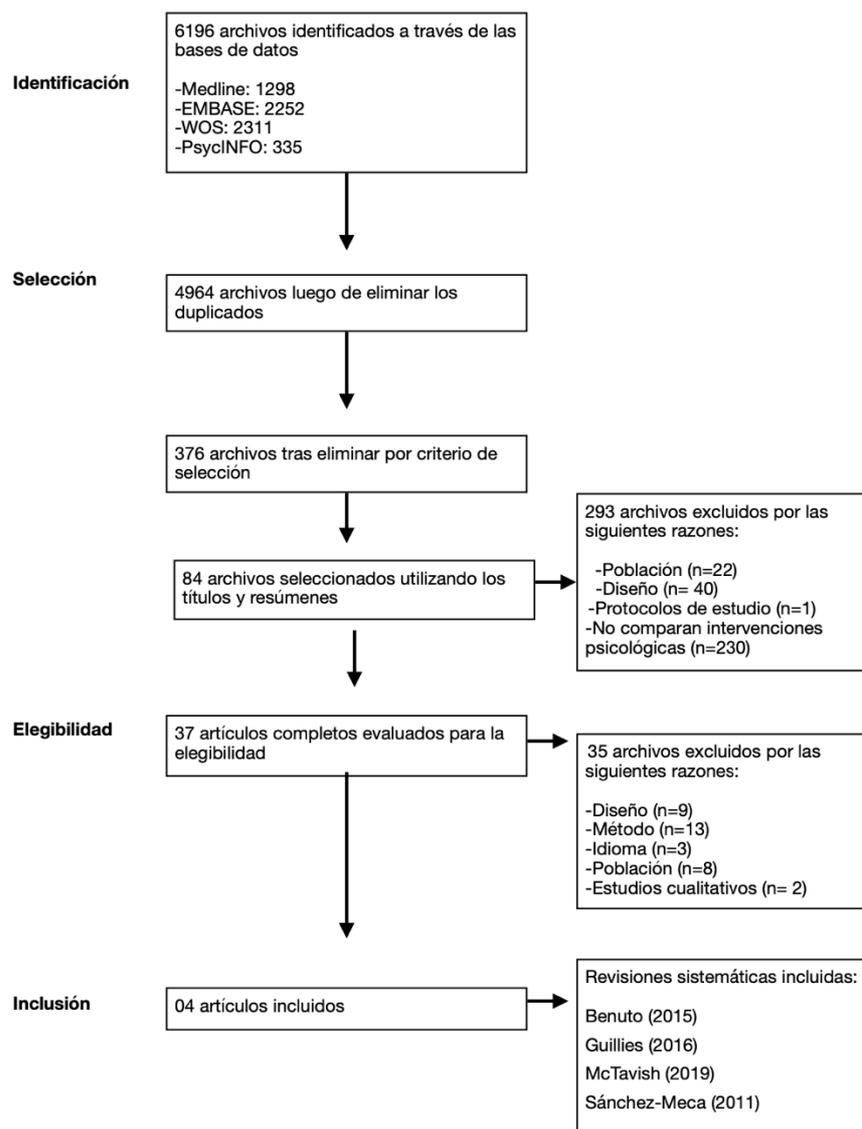


Fig 1. PRISMA Diagrama de Flujo.

Respuesta de la organización de la salud a niños y adolescentes que han sido abusados sexualmente: pautas clínicas. (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Para la selección de los estudios, inicialmente se valoraron los títulos y abstract de todos los artículos encontrados. Todos los artículos que no cumplían alguno de los criterios anteriores fueron eliminados. Posteriormente, los estudios preseleccionados, fueron revisados a texto completo confirmando el cumplimiento de todos los criterios de inclusión.

El riesgo de sesgo de los estudios relevantes se evaluó mediante la herramienta Cochrane Risk of Bias (Higgins y Green, 2011). Esta herramienta de clasificación cubre seis dominios: generación de secuencia aleatoria; ocultación de la asignación; cegamiento de los participantes y el personal; Cegamiento de los evaluadores de resultados; Cegamiento de los datos de resultado; Notificación selectiva de los resultados. Evaluamos de forma independiente los ensayos con un riesgo de sesgo "bajo", "alto" o "incierto" de acuerdo con los siguientes criterios de calidad (Higgins 2008).

Cuando surgió un desacuerdo sobre si un ensayo cumplía con criterios de calidad particulares, resolvimos las diferencias por consenso o por derivación a un segundo miembro del equipo de revisión.

La evidencia se integró y sintetizó según el tipo de intervención (p. Ej., Intervención versus lista de espera, seguido de intervención versus control comunitario, seguido de ensayos directos) y el sexo de los niños (es decir, los estudios mixtos y de un solo sexo no fueron agrupado). Según la regla de Cohen, un valor de diferencia de medias estandarizado por debajo de 0,20 indica que no hay efecto; un valor entre 0,20 y 0,49 indica un efecto pequeño; un valor entre 0,50 y 0,79 indica un efecto medio; y un valor de 0,80 y superior indica un gran efecto (Cohen, 1988).

Los datos extraídos incluían información sobre los participantes, incluidos los criterios de inclusión, criterios de exclusión y número, edad, etnia y género, detalles del entorno del estudio e información sobre la exposición al trauma y los síntomas, información sobre las intervenciones, incluidos los componentes principales de cada terapia según lo descrito por los autores del estudio y la duración, frecuencia y formato de las sesiones. *Tabla 4.*

Tabla 4*Características de la intervención de los estudios incluidos.*

<i>Autor Año País</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Diseño</i>	<i>Población y criterios de inclusion</i>	<i>Rango de edad</i>	<i>Porcentaje de niñas</i>	<i>Comparación</i>	<i>Intervención</i>	<i>Tamaño de la muestra</i>	<i>Numero de sesiones</i>	<i>Continuación *</i>
Celano (1996) EE.UU	Evaluar y comparar la eficacia de dos intervenciones de terapia individual a corto plazo para niñas abusadas sexualmente y sus cuidadoras no infractoras.	Diseño experimental controlado de 32 niñas y sus cuidadoras	Niñas que han sido abusadas sexualmente (El abuso sexual por contacto se definió como contacto sexual por parte de cualquier persona al menos 5 años mayor que el niño o por un agresor de cualquier edad si la víctima se sintió coaccionada) y sus madres.	8-13	100 %	Programa experimental RAP (Programa de Recuperación del Abuso) vs Condición de tratamiento habitual TAU(tratamiento usual)	RAP: culpa y estigma. Disminución de la culpa y aumento de ella autoestima, sentido positivo de la singularidad. Ansiedad e impotencia así como información sobre la sexualización traumática TAU: sintomatología / sentimientos relacionados con el abuso, otros problemas familiares, problemas escolares, comunicación madre-hijo, relaciones con los compañeros y problemas de autoestima	N=32	8 sesiones de 60 min.	

<i>Autor Año País</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Diseño</i>	<i>Población y criterios de inclusion</i>	<i>Rango de edad</i>	<i>Porcentaje de niñas</i>	<i>Comparación</i>	<i>Intervención</i>	<i>Tamaño de la muestra</i>	<i>Numero de sesiones</i>	<i>Continuación *</i>
Cohen (1997) EE.UU	Evaluar el resultado del tratamiento en niños en edad preescolar abusados sexualmente se evaluó 6 y 12 meses después del tratamiento.	Diseño de ensayo controlado aleatorio	Niños en edad escolar que han sufrido abuso sexual. Tenía que haber experimentado alguna forma de abuso sexual y el episodio más reciente de abuso sexual ocurrió no más de 6 meses antes de la remisión al estudio. Se incluyeron en el estudio tanto hombres como mujeres. Cuando corresponda, el abuso sexual tuvo que haber sido informado a los Servicios de Protección Infantil (CPS) antes de que el niño aceptara el estudio.	7-14	56 %	Terapia Cognitivo Conductual para niños en edad preescolar abusados sexualmente (CBT-SAP) vs La terapia de apoyo no directiva (NST).	CBT-SAP: se trabajan síntomas de conductas sexualmente inapropiadas, tristeza, agresión. NST: reducción del aislamiento, soledad, tristeza y ansiedad así, como el aumento del apoyo disponible tanto para el niño como para su madre, ayudando a comprender sus sentimientos así como validándolos.	N=86	12 sesiones de 1 hora	

<i>Autor Año País</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Diseño</i>	<i>Población y criterios de inclusion</i>	<i>Rango de edad</i>	<i>Porcentaje de niñas</i>	<i>Comparación</i>	<i>Intervención</i>	<i>Tamaño de la muestra</i>	<i>Numero de sesiones</i>	<i>Continuación *</i>
Cohen (1998) EE.UU	Evaluar el resultado de tratamiento de Terapia Cognitivo Conductual y Terapia de apoyo no directiva en niños que han sido abusados sexualmente.	Diseño de ensayo controlado aleatorio	Niños entre 7 y 14 años que han sufrido abuso sexual recientemente por alguien mayor a partir de 5 años.	7-14	69 %	Terapia Cognitivo Conductual específica de uso sexual (SAS-CBT) vs Terapia de apoyo no directiva (NST)	SAS-CBT: centrada en Depresión: sentimientos de impotencia, atribuciones distorsionadas, sentimientos dañinos y baja autoestima. Antiedad: técnica de reducción de la ansiedad mediante reemplazo de pensamientos, imágenes positivas, relajación, educación dirigida sobre conexiones entre pensamientos, sentimientos y comportamientos (incluidos los sexuales). Resolución de problemas así como trabajo con sus padres sobre el miedo, culpa, ira, vergüenza y sentimiento de trastorno emocional. Aumento de poyo a los padres.*	N=49	12 sesiones de 45 min.	NST: sin formato estructurado, solo con una actitud comprensiva y contacto regular con el terapeuta. Centrado en proporcionar un alto grado de empatía y apoyo sin prejuicios mediante una escucha empática, fomento de la identificación aclaración, aceptación y resolución de sentimientos. Restablecimiento de la confianza y expectativas interpersonales positivas mediante la exploración de atribuciones.

<i>Autor Año País</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Disño</i>	<i>Población y criterios de inclusion</i>	<i>Rango de edad</i>	<i>Porcentaje de niñas</i>	<i>Comparación</i>	<i>Intervención</i>	<i>Tamaño de la muestra</i>	<i>Numero de sesiones</i>	<i>Continuación *</i>
Danielson (2012) EE.UU	Informar sobre los resultados de un ensayo que evalúa la viabilidad y eficacia de la Reducción de Riesgo a través de la Terapia Familiar (RRFT) para reducir. El riesgo de uso de sustancias y problemas de salud mental relacionados con el trauma en adolescentes abusados sexualmente.	Ensayo piloto controlado aleatorizado.	Jóvenes entre 12 y 17 años que habían experimentado al menos un abuso sxeual y no tenían retraso mental.	13-17	88 %	Terapia Familiar (RRFT) vs Tratamiento. Habitual (TAU)	RRFT: psicoeducación, afrontamiento, comunicación familiar, abuso de sustancias, trastorno de estrés postraumático, citas saludables y toma de decisiones sexuales, y reducción del riesgo de revictimización, y se administra a través de sesiones semanales de 60 a 90 minutos con adolescentes y cuidadores (reuniones individualmente con el terapeuta y en familia). joven y familia).*	N=30	23 sesiones de entre 60 y 90 min.	RRFT utiliza un enfoque de vías clínicas que está impulsado por la sintomatología juvenil. TAU: solo se realizaron revisiones de las historias clínicas y las respuestas posteriores al tratamiento de los jóvenes y los cuidadores en una evaluación de servicios estandarizados

<i>Autor Año País</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Disño</i>	<i>Población y criterios de inclusion</i>	<i>Rango de edad</i>	<i>Porcentaje de niñas</i>	<i>Comparación</i>	<i>Intervención</i>	<i>Tamaño de la muestra</i>	<i>Numero de sesiones</i>	<i>Continuación *</i>
Deblinger (1996) EE.UU	Examinar los efectos diferenciales de la participación del niño o la madre en una intervención cognitiva conductual diseñada para tratar el trastorno de estrés posttraumático (TEPT) y otras dificultades conductuales y emocionales en niños en edad escolar abusados sexualmente. Así como disminuir la sintomatología general y mejora la capacidad del niño para confrontar, procesar y afrontar los recuerdos traumáticos.	Tratamiento experimental donde se incluyó una intervención infantil y una intervención parental no infractora	Niños en edad escolar que han sufrido abuso sexual y han desarrollado 3 síntomas relacionados con el TEPT (Según el DSM-III-R) incluido un síntoma de evitación , así como sus padres no infractores. Debían contactar con el Centro de Apoyo a la Infancia de la Fiscalía de Menores y tener el consentimiento del niño y del tutor para participar.	7-13	83 %	TCC vs Control Comunitario estándar Condición: solo niños, o niños y familia	TCC: exposición gradual, modelada, educación, respiración, afrontamiento y el entrenamiento de habilidades de seguridad corporal, sexualidad. Control Comunitario: información sobre patrones de síntomas posibles y se les animó a que buscaran terapia, además se solicitó a los trabajadores de protección infantil que derivaran a estas familias a terapia.	N= 100	Solo niños: 12 sesiones de 45 min. Combinación de niños y familia: 12 sesiones de 90 min.	

<i>Autor Año País</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Diseño</i>	<i>Población y criterios de inclusion</i>	<i>Rango de edad</i>	<i>Porcentaje de niñas</i>	<i>Comparación</i>	<i>Intervención</i>	<i>Tamaño de la muestra</i>	<i>Numero de sesiones</i>	<i>Continuación *</i>
Foa (2013) EE.UU	Examinar los efectos de la terapia de exposición prolongada proporcionada por un consejero en comparación con el asesoramiento de apoyo para adolescentes con TEPT.	Ensayo clínico aleatorizado, simple ciego de 61 niñas adolescentes con TEPT utilizando un diseño de bloques permutados	Niñas que han sufrido abuso sexual y han sido diagnosticadas de ETP por el DSM-IV relacionado con abuso sexual	13-18	100 %	Terapia de exposición prolongada vs Asesoramiento de apoyo	El programa de exposición prolongada consta de: Justificación, recopilación de la información; identificación del trauma y respiración; reacciones comunes al trauma; discusión de la exposición in vivo confrontando los recuerdos del trauma; presentación del fundamento de la exposición imaginaria (volver a visitar y volver a contar el recuerdo traumático), realizar una exposición imaginaria y procesar esta experiencia de revisión; "proyecto final", elaboración de folletos que detallan los traumas y su trabajo.*	N= 61	Terapia de exposición prolongada: 14 sesiones de 60 a 90 min. Asesoramiento de apoyo: 14 sesiones de 60 a 90 min.	El asesoramiento de apoyo consistió en terapia centrada en el cliente para niños. Centrándose en establecer una relación terapéutica de confianza, empoderamiento y validación. Pueden elegir cuándo, cómo y si abordar o no su trauma. Ningún participante en la condición de asesoramiento de apoyo describió su trauma durante las sesiones.

<i>Autor Año País</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Diseño</i>	<i>Población y criterios de inclusion</i>	<i>Rango de edad</i>	<i>Porcentaje de niñas</i>	<i>Comparación</i>	<i>Intervención</i>	<i>Tamaño de la muestra</i>	<i>Numero de sesiones</i>	<i>Continuación *</i>
Hyde (1995) EE.UU	Probar la hipótesis de que la adición del tratamiento grupal al tratamiento básico de la red familiar conduciría a un mejor resultado para los niños y otros miembros de la familia.	Ensayo controlado aleatorizado de 99 niños que han sido abusados sexualmente donde se les asignaron al azar tanto a las familias como a los niños a uno de dos programas de tratamiento, tratamiento familiar / en red solo o tratamiento familiar / en red con la adición de trabajo en grupo	Niños que han sufrido abuso sexual por más de una ocasión en los últimos 2 años.	4-16	40 %	Enfoque de redes familiares vs Enfoques de trabajo en grupo.	Enfoques de redes familiares: centrado en la familia donde se crea una red terapéutica con profesionales de la comunidad (trabajo social y oficiales de libertad condicional) basados en la terapia familiar. Las reuniones iniciales se enfocan en fortalecer la relación y la comunicación entre la madre y el niño donde el niño vive con ella, o el niño y el padre sustituto o trabajador clave en un hogar infantil. Las reuniones con padres sin hijos presentes se enfocan en asuntos individuales, matrimoniales y familiares, tanto pasados como presentes. Enfoques de trabajo en grupo: Se organizaron grupos separados para niños de diversas edades, para madres de niños maltratados. Se adoptó un enfoque "orientado a objetivos". Los grupos para niños más pequeños tenían un enfoque "psicoeducativo" de autoprotección.*	N=28	6 -8 sesiones para los pequeños y 20 sesiones para los mayores	Los grupos para niños mayores tenían, objetivos más dinámicos de comprensión e intercambio de sentimientos y apoyo mutuo entre pares. Revertir los efectos traumáticos del abuso en sí; ayudar al desarrollo social a través de la oportunidad de compartir y dar y recibir apoyo emocional de sus compañeros; autoestima, desarrollar la asertividad y autoprotección y comprender la naturaleza del abuso y sus efectos.

<i>Autor Año País</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Disño</i>	<i>Población y criterios de inclusion</i>	<i>Rango de edad</i>	<i>Porcentaje de niñas</i>	<i>Comparación</i>	<i>Intervención</i>	<i>Tamaño de la muestra</i>	<i>Numero de sesiones</i>	<i>Continuación *</i>
Jaberghaderi (2004) EE.UU	Examinar los resultados de la TCC y de la EMDR en niñas que han sido abusadas sexualmente	Ensayo clínico aleatorizado de 19 niñas iraníes de 12 a 13 años con antecedentes de victimización por abuso sexual fueron asignadas al azar a dos condiciones de tratamiento de trauma activo, TCC y EMDR. La evaluación de los síntomas postraumáticos y los problemas de conducta se completaron antes y después del tratamiento	Niñas que han sufrido abuso sexual y presentan síntomas ansiosos	12-13	100 %	Sesiones de tratamiento con Terapia cognitivo-conductual con enfoque de trauma vs EMDR	14 niñas recibieron 12 sesiones de tratamiento con Terapia Cognitivo Conductual (donde la atención se centró en el desarrollo de habilidades (p. Ej., Manejo de síntomas) y en la exposición al recuerdo de abuso sexual identificado) y 7 recibieron terapia de EMDR (el enfoque en el desarrollo de habilidades era mucho más limitado y el enfoque en la memoria del trauma identificado no era tan estricto. Por ejemplo, EMDR apuntó a un recuerdo leve y perturbador como preparación para EMDR con el recuerdo de abuso sexual identificado.)	N=11	12 sesiones de 45 min en TCC y entre 4 y 8 sesiones de 30 min en EMDR	

<i>Autor Año País</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Diseño</i>	<i>Población y criterios de inclusion</i>	<i>Rango de edad</i>	<i>Porcentaje de niñas</i>	<i>Comparación</i>	<i>Intervención</i>	<i>Tamaño de la muestra</i>	<i>Numero de sesiones</i>	<i>Continuación *</i>
King (2000) Australia	Evaluar la eficacia de la participación del niño y del cuidador en el tratamiento cognitivo-conductual de niños abusados sexualmente con síntomas de estrés postraumático.	Ensayo clínico aleatorizado	Niños abusados sexualmente (por contacto, como contacto sexual, contacto oral-genital o penetración del pene en la vagina o el ano, con o sin fuerza física). Hablar en inglés. Para aquellos casos en los que el agresor era un niño, debía ser 5 años mayor que el niño victimizado. Se requería una validación independiente del abuso sexual. Los síntomas del niño cumplieron con los criterios de diagnóstico de PTSD o no cumplieron con los criterios de diagnóstico de PTSD por varios síntomas, pero el niño aún experimentó reacciones de estrés graves, estos niños debían exhibir un total de 3 síntomas de estrés postraumático, incluido al menos uno de evitación o reexperimentación de fenómenos.	5-17	69 %	Tratamiento cognitivo-conductual solo para niños, una condición de tratamiento cognitivo-conductual familiar o una condición de control en lista de espera.	TCC: información sobre el abuso sexual infantil, junto con un relato del TEPT desde una perspectiva cognitivo-conductual. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento para lidiar con recuerdos perturbadores de abuso y sentimientos de ansiedad y culpa. Relajación, ensayo de comportamiento y terapia cognitiva. Enseñar al niño a reconocer y evaluar el diálogo interno durante situaciones que provocan ansiedad también fue un enfoque importante. Se enfatizó la diferencia entre el diálogo interno que produce y reduce la ansiedad. La enseñanza al niño de comportamientos asertivos apropiados también se incluyó en las sesiones de habilidades de afrontamiento. Se animó al niño a utilizar las destrezas de afrontamiento enseñadas previamente para ayudar a controlar cualquier sentimiento de ansiedad que experimentara durante la exposición gradual. revención y educación de las recaídas. Se abordaron cuestiones de propiedad del cuerpo, "OK tocar / no OK tocar" y el derecho a decir que no. Los padres de los niños no recibieron ningún tipo de tratamiento. Tratamiento familiar cognitivo-conductual Durante esta condición, tanto el niño como las madres no infractoras participaron en el tratamiento.*	N= 36	20 de 50 min.	Desarrollo de las habilidades de comunicación entre padres e hijos para facilitar la escucha y el intercambio de problemas y superar la evitación de las discusiones relacionadas con el abuso dentro de la familia. Capacitación en habilidades para el manejo del comportamiento infantil. Se enfatizó el uso de refuerzo social Control de lista de espera Los sujetos de WLC no fueron contactados durante el período de espera de 24 semanas, preservando así la integridad de la condición.

<i>Autor Año País</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Disño</i>	<i>Población y criterios de inclusion</i>	<i>Rango de edad</i>	<i>Porcentaje de niñas</i>	<i>Comparación</i>	<i>Intervención</i>	<i>Tamaño de la muestra</i>	<i>Numero de sesiones</i>	<i>Continuación *</i>
O'Callaghan (2013) EE.UU	Evaluar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT) administrada por facilitadores no clínicos para reducir el estrés postraumático, la depresión y la ansiedad y los problemas de conducta y aumentar el comportamiento prosocial en un grupo de niñas afectadas por la guerra y explotadas sexualmente.	Ensayo controlado aleatorizado	Niñas menores de edad afectadas por la guerra y que habían presenciado o tenido una experiencia personal de violación o abuso sexual (descrito en el cuestionario como contacto sexual inapropiado)	12-17	100 %	Terapia Cognitivo Conductual centrada en el trauma vs grupo control en lista de espera.	Intervención de terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, manualizada, culturalmente modificada. Donde se incluyó: psicoeducación sobre la violación y el trauma, y un lugar seguro, manejo del estrés mediante la respiración y la relajación muscular progresiva y la detección del pensamiento, expresión y modulación del afecto y afrontamiento cognitivo con narración del trauma e identificación y cambio de cogniciones. *	N=52	15 sesiones de 2 horas.	Las adaptaciones culturales incluyeron que una facilitadora hablara sobre formas de reducir el riesgo de violencia sexual en el futuro (por ejemplo, ir a buscar leña con un amigo, no trabajar en un burdel, el uso de juegos, canciones y ejemplos culturalmente familiares (por ejemplo, la creencia de que un vecino es una bruja).

<i>Autor Año País</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Disño</i>	<i>Población y criterios de inclusion</i>	<i>Rango de edad</i>	<i>Porcentaje de niñas</i>	<i>Comparación</i>	<i>Intervención</i>	<i>Tamaño de la muestra</i>	<i>Numero de sesiones</i>	<i>Continuación *</i>
Shirk (2014) EE.UU	Ensayo inicial para probar la eficacia de terapia cognitivo-conductual para adolescentes deprimidos expuestos a traumatismos interpersonales	Estudio controlado aleatorizado	Adolescentes remitidos para tratamiento ambulatorio que habían estado expuestos a traumas interpersonales y cumplían los criterios de diagnóstico de un trastorno depresivo.	13-17	93 %	Terapia Cognitivo Conductual modificada (M-TCC-) versus atención habitual para adolescentes remitidos con un trastorno depresivo y antecedentes de trauma interpersonal vs Atención habitual (CU)	M-TCC: habilidades de atención que son importantes para como dirigir y cambiar la atención, pensar de manera flexible, manipular la información en la memoria de trabajo y automonitorizarse. Entrenamiento de la atención plena: enfocaban en observar los estímulos internos y externos, cambiar la atención y monitorear las habilidades. La exposición al trauma interpersonal está relacionada con las creencias centrales relacionadas con el trauma con respecto a la vergüenza, la culpa, la impotencia y la confianza. CU: Los terapeutas de la UC se describieron a sí mismos como eclécticos, con intervenciones centradas en el cliente, psicodinámicas y familiares.	N= 43 en total. 29 abusadas sexualmente (De 43 personas el 68% fueron abusadas sex)	12 de 1 hora	El tratamiento implementado en la condición de CU no siguió un manual específico y se basó en las formulaciones de casos de los terapeutas

<i>Autor Año País</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Diseño</i>	<i>Población y criterios de inclusion</i>	<i>Rango de edad</i>	<i>Porcentaje de niñas</i>	<i>Comparación</i>	<i>Intervención</i>	<i>Tamaño de la muestra</i>	<i>Numero de sesiones</i>	<i>Continuación *</i>
Trowel (2002) Reino Unido	Comparar la eficacia relativa de la terapia individual o grupal enfocada en niñas sintomáticas abusadas sexualmente y monitorear la persistencia o cambio de los síntomas psiquiátricos.	Ensayo aleatorizado	El contacto sexual utilizado ha ocurrido sobre la base del equilibrio de probabilidades verificado por servicios sociales y / o procedimiento judicial. Los niños involucrados eran niñas en edad escolar: 6 ± 14 años; El niño y los tutores legales del niño habían dado su consentimiento para participar en el estudio; Estaban presentes síntomas de disturbios emocionales o conductuales; El abuso había sido revelado dentro de los 2 años anteriores a la remisión, sin importar cuándo realmente ocurrió el abuso.	6-14	100 %	Psicoterapia individual enfocada vs Terapia psicoeducativa en grupo	Psicoterapia individual: A los niños se les proporcionó material de juego. Las primeras sesiones (generalmente las primeras cinco) fueron la fase de participación; las siguientes 15 sesiones se centraron en los temas identificados como relevantes para ese niño en particular; las últimas 10 sesiones se centraron en la separación y el final, mientras se reelaboraban los temas clave que habían surgido*	N= 71	Psicoterapia individual enfocada (hasta 30 sesiones) o terapia psicoeducativa en grupo (hasta 18 sesiones) Cada una de 50 min.	Terapia en grupo: Cada grupo tenía un tema preestablecido, las niñas tenían cuadernos y hojas de tareas, y también había materiales de juego. Cada sesión comenzó con noticias y luego el tema de la semana; información y sugerencias se dieron y se explicaron en el grupo. El grupo también tuvo tiempo para abordar las relaciones entre las niñas y su relación con los coterapeutas, y esto estuvo vinculado a relaciones pasadas y actuales, pérdidas y rupturas

Nota. Por extensión en la columna de intervención se ha añadido una columna extra ‘‘Continuación’’ y se ha señalado en la tabla con un asterisco (*).

Resultados:

En total, se identificaron 6196 registros a través de la búsqueda en la base de datos y el encadenamiento de citas, tras fusionar la búsqueda y eliminar los duplicados se examinaron 4964 registros a nivel de título y resumen para su inclusión, se examinaron 84 artículos de texto completo para su inclusión y un total de 37 seleccionados para la elegibilidad (*Diagrama de Flujo. Figura 1*). Finalmente, y siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, se incluyen 4 revisiones sistemáticas: Benuto (2015), Gillies (2016), McTavish (2019) y Sánchez-Meca (2011), además, se incluyó un protocolo de estudio adicional que se encuentra en marcha, Rosner (2019), (*Anexo 1*) que incluyen 12 estudios (*Tabla 4*). Todos los estudios incluidos evaluaron las intervenciones de asesoramiento / terapia, a diferencia de otros tipos de intervenciones psicosociales (p. Ej., Intervenciones de crianza), incluidas las Reuniones de la red familiar con y sin trabajo en grupo, una intervención que se desarrolló sobre la base de los principios de la terapia familiar (Hyde, Bentovim y Monck, 1995).

Se incluyeron datos de resultados solo si se informó que la escala o el cuestionario eran válidos y confiables en una revista revisada por pares. Si se obtuvieron datos utilizables para un resultado particular de diferentes fuentes (es decir, síntomas de TEPT informados por el niño y los padres en Celano 1996, Danielson 2012, Jaberghaderi 2004 recibida y supervisión o fidelidad). Estas características del estudio se informan en las tablas Características de los estudios incluidos. *Anexo 1*.

Organizamos los datos en las siguientes categorías de terapias psicológicas:

-Terapia cognitiva conductual;

-Movimiento de los ojos desensibilización y reprocesamiento;

-Terapia familiar;

-Intervenciones postraumáticas (incluidas sesiones informativas y primeros auxilios psicológicos);

-Psicoterapia psicodinámica (incluida la terapia de juego);

-Terapia de apoyo social (incluido el asesoramiento no directivo);

-Terapia Cognitivo Conductual con enfoque en el Trauma;

-Lista de Espera;

- Control Comunitario;
- Atención Habitual;
- Psicoterapia Individual;
- Terapia de Grupo Psicoeducativa;
- Terapia de Exposición Prolongada;
- Asesoramiento de Apoyo;
- Terapia Cognitivo Conductual para niños en edad preescolar

Descripción general de los estudios incluidos:

Intervenciones de asesoramiento o terapia solo para niños:

Los estudios incluidos en terapia solo para niños/as (n=7) evaluaron una variedad de intervenciones de asesoramiento y/o terapia para abordar el bienestar de los niños expuestos al abuso sexual, incluida la TCC con un enfoque en el trauma, la terapia de exposición prolongada, la terapia grupal psicoeducativa y el entrenamiento de inoculación de estrés y tratamiento de exposición gradual para conocer las características de los participantes: edad, intervención, porcentaje de niñas, etc. Muchos de los estudios no utilizaron un control de lista de espera, pero compararon la intervención principal con diferentes formas de terapia, como el asesoramiento de apoyo, la desensibilización y el reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR), la terapia de exposición prolongada o la terapia convencional, garantizando siempre el principio ético de que los niños son tratados. *Tabla 5.*

La sintomatología de los niños/as incluidos varió, pero la mayoría tenía puntuaciones de TEPT clínicamente relevantes. Seis de los estudios se llevaron a cabo en países de ingresos altos (cinco en los Estados Unidos, uno en el Reino Unido y uno en Australia), un estudio se llevó a cabo en un país de ingresos medios (Irán).

Si bien el Grupo de desarrollo de guías de la Organización Mundial de la Salud clasificó el funcionamiento escolar infantil y el bienestar subjetivo del niño como resultados esenciales para la toma de decisiones, ninguno de los estudios incluidos evaluó estos resultados. Tampoco se han incluido en los estudios daños relacionados con las intervenciones.

Los estudios incluidos tenían un riesgo de sesgo poco claro o alto en muchos de los dominios de la herramienta de riesgo de sesgo (*Anexo 2*). La mayoría de los estudios no mencionaron el uso de un método de generación de secuencias de bajo riesgo (p. Ej., Una tabla de números

aleatorios) o un método de ocultación de la asignación de bajo riesgo (p. Ej., Teléfono centralizado). Es un desafío cegar a los participantes / proveedores en las intervenciones psicosociales, por lo que la mayoría de los estudios tenían un riesgo de sesgo poco claro o alto para esta categoría. La mayoría de los estudios tampoco cegaron a los evaluadores de resultado.

La evidencia se degradó con mayor frecuencia por riesgo grave de sesgo e imprecisión muy grave, porque el número de niños que contribuyeron a la mayoría de los resultados fue inferior a 300, en total participaron un total de 298 niños y niñas en la intervención solo con menores (lo que hace que la estimación del efecto sea menos precisa) y los intervalos de confianza en torno al efecto no incluyeron ningún efecto y beneficio / daño importante. La evidencia de certeza muy baja significa que tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto y que es probable que el efecto que encontramos sea sustancialmente diferente de la estimación real del efecto.

No se puede concluir en todos los tipos de comparación que la TCC con un enfoque de trauma pueda conducir a reducciones pequeñas, medianas o grandes de los síntomas (Deblinger, Lippmann y Steel, 1996; Jaberghaderi, Greenwald, Rubin, Zand y Dolatabadi, 2004; King et al., 2000; O'Callaghan, McMullen, Shannon, Rafferty y Black, 2013; Shirk, 2014). Lo mismo ocurre con la psicoterapia individual (Trowell et al., 2002) y la terapia de exposición prolongada (Foa, McLean, Capaldi y Rosenfield, 2013) que pueden reducir algunos síntomas.

Tabla 5

Resumen del cambio de síntomas [grande (L), mediano (M), pequeño (S) y sin efecto (NE)] en las intervenciones psicosociales para el abuso sexual infantil en el pos tratamiento.

Intervención	Estudio	N	Síntomas internalizantes												Síntomas externalizantes							
			Internalizante				Depresión				Ansiedad				EPT							
			NE	S	M	L	NE	S	M	L	NE	S	M	L	NE	S	M	L				
Intervención con niños																						
TCC-CT vs. LE	O'Callaghan 2013	52																				
TCC-CT vs. LE	King 2000	24	●					●					●						●	≠		
TCC-CT vs. CC	Deblinger 1996	50	●						●		X		●						●	●		
TCC-CT vs. EMDR	Jaberghaderi 2004	11																	≠			
PI vs. TGP*	Trowel 202	71														●	●					
TEP vs. AA	Foa 2013	61							●												●	
TCC vs. AH	Shirk 2014	29							●													
Intervenciones para niños y cuidadores																						
TCC-CT vs. LE	King 2000	24	●						●				●						●		●	
TCC-SAP vs. TAND	Cohen 1997	43		●																	●	
TCC-SAP vs. TAND	Cohen 1998	49		●					●				≠								●	
TCC-CT vs. no-CT	Celano 1996	32															●					≠
RRTF vs. TAU	Danielson 2012	30				●				●									●		●	
ERFG vs. RRF	Hyde 1995	28									X										●	

Nota. Tenemos una certeza muy baja en todas las estimaciones de efectos, excepto para TCC- CT versus no-CT en el posttratamiento, para lo cual tenemos baja certeza en la estimación de efectos.

N = Tamaño de la muestra de referencia.

● = Tamaño del efecto pequeño (S), mediano (M) o grande (L) que beneficia la intervención. Los tamaños de los efectos están determinados por la regla de oro de Cohen (1988)

x = sin efecto entre la intervención y el grupo de comparación.

EPT = trastorno por estrés postraumático.

≠ = Tanto la intervención como el comparador mostraron una reducción de los síntomas, pero el grupo comparador mejoró a un ritmo mayor.

Para terapias solo para niños: TCC- CT= Terapia Cognitivo Conductual con un enfoque de trauma; LE = lista de espera; CC = control comunitario; AH= Atención habitual; CT = terapia convencional; PI = psicoterapia individual; NT = sin tratamiento; TGP = terapia de grupo psicoeducativa; TGP*= Terapia de grupo psicoeducativa, *este estudio solo ofreció resultados a los 24 meses (meses) de seguimiento*; TEP = terapia de exposición prolongada; AA = asesoramiento de apoyo; EMDR = desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular.

Para terapias de niños y cuidadores: TCC- CT = Terapia Cognitivo Conductual con un enfoque de trauma; LE = lista de espera; TCC-SAP= Terapia Cognitivo Conductual para niños en edad preescolar abusados sexualmente; TAND= Terapia de apoyo no directiva; RRTF = Reducción de riesgos mediante terapia familiar; TAU = tratamiento habitual; ERFG = Encuentros de redes familiares con trabajo en grupo; RRF = Reuniones de la red familiar.

Intervenciones de asesoramiento / terapia para niños y cuidadores

Para los niños y sus cuidadores (madres, padres, tutores no infractores), (n=6) se han utilizado una variedad de intervenciones de asesoramiento y/o terapia para abordar el bienestar de los niños y adolescentes que han experimentado abuso sexual, incluida la Reducción del riesgo a través de la terapia familiar, TCC con y sin un enfoque de trauma y Reuniones de Red Familiar con y sin trabajo en grupo (Tabla 5). La mayoría de los estudios, sin embargo, evaluaron una forma o componente de la TCC con un enfoque de trauma o aspectos combinados de la TCC con un enfoque de trauma con otros componentes del programa. Muchos de los estudios de niños y cuidadores no utilizaron un control de lista de espera, pero compararon diferentes formas de terapia, como la terapia centrada en el niño, la terapia grupal de apoyo y la terapia de apoyo no directiva. Todos los estudios se realizaron en países de ingresos altos: cinco se llevaron a cabo en Estados Unidos y uno en Australia.

Todos los estudios para la intervención del niño y su cuidador tenían un riesgo incierto de sesgo para la generación de secuencias, el ocultamiento de la asignación, el cegamiento de los participantes / proveedores o el cegamiento de los evaluadores de resultado (*Anexo 2*). La certeza general de la evidencia de los resultados para la mayoría de las comparaciones fue muy baja, excepto por la comparación entre la TCC con un enfoque de trauma versus la no TCC después del tratamiento, que se calificó como de certeza baja. Para la mayoría de las comparaciones, las pruebas se calificaron de forma negativa por riesgo de sesgo grave e imprecisión muy grave, así como por carácter indirecto (ya que no se realizaron estudios en países de ingresos bajos y medios). La TCC con un enfoque de trauma versus una comparación sin TCC no se calificó con una baja por imprecisión, lo que dio lugar a una calificación de certeza baja. La evidencia de certeza baja significa que tenemos poca confianza en que es probable que la estimación del efecto se acerque a la estimación real del efecto.

Cuando se compara con otras intervenciones no relacionadas con la TCC, la TCC con un enfoque en el trauma puede producir reducciones pequeñas o medianas de los síntomas (Celano, Hazzard, Webb y McCall, 1996; Cohen, 1997; Cohen 1998; King et al., 2000). Tampoco estamos muy seguros de que la Reducción de Riesgos a través de la Terapia Familiar pueda reducir algunos síntomas (Danielson et al., 2012; Hyde, 1995).

Estudios en marcha:

Se ha identificado un estudio en marcha sin resultados hasta el momento. Rosner (2019) ha publicado un protocolo de un ensayo clínico multicéntrico aleatorizado de 88 participantes (85% mujeres de edad media 18 años) que tiene como objetivo examinar si la terapia de procesamiento cognitivo adaptada al desarrollo (D-CPT) es más eficaz que una condición de lista de espera con asesoramiento de tratamiento (LE / TA) entre los adolescentes con TEPT relacionado con el abuso infantil.

Discusión:

Teniendo en cuenta las preguntas que se manejaban al inicio del estudio, se puede concluir que, entre los niños y adolescentes que han estado expuestos o pueden haber estado expuestos a abuso sexual y que son diagnosticados con trastornos de salud mental, podría ser recomendable realizar una intervención psicosocial específica para mejorar los resultados de salud mental de niños o adolescentes. En este sentido, aunque merece mas investigación, todo apunta a que intervención más adecuada sería la TCC centrada en el Trauma. Además, se debe proporcionar intervenciones específicas de apoyo psicosocial que involucren a niños / adolescentes que probablemente hayan sido abusados sexualmente y a sus padres / cuidadores para mejorar el bienestar psicológico de los resultados de salud mental de niños o adolescentes.

Los hallazgos de esta revisión sistemática informaron del desarrollo de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud relacionadas con las intervenciones psicosociales para niños y adolescentes que han sido abusados sexualmente.

Después de considerar la evidencia y otros factores importantes (p. Ej., Costo-efectividad, aceptabilidad, viabilidad), el Grupo de Desarrollo de Guías de la Organización Mundial de la Salud hizo una recomendación condicional para ofrecer TCC con un enfoque de trauma a niños o adolescentes abusados sexualmente que experimentan síntomas de TEPT (World Health Organización, 2017). Otras intervenciones prometedoras (p. Ej., Exposición prolongada, psicoterapia individual, reducción del riesgo mediante terapia familiar) requieren más investigación para aumentar la certeza de que los tamaños del efecto no se deben al azar. Las explicaciones completas de los factores que llevaron a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud se encuentran en las directrices (Organización Mundial de la Salud, 2017).

La mayor parte de la evidencia hasta la fecha se ha centrado en las intervenciones de TCC con un enfoque en el trauma, que incluye, entre otras, la intervención de TCC manualizada y centrada en el trauma diseñada por los Dres. Judith Cohen, Anthony Mannarino y Esther Deblinger (a menudo abreviado en inglés como “TF-CBT”). Otras revisiones sistemáticas también han encontrado que la TCC con un enfoque de trauma, o TCC en general, puede ser eficaz para reducir los síntomas de salud mental asociados con el abuso sexual de niños y adolescentes (Benuto y O'Donohue, 2015; de Arellano et al., 2014; Macdonald et al., 2012).

En la actualidad, una preocupación clave de la investigación es la evaluación relativamente limitada de las intervenciones en los países de ingresos bajos y medios, a pesar de las altas tasas de violencia sexual y los problemas de salud asociados reportados en muchos de estos países. Asegurar intervenciones culturalmente relevantes o intervenciones que aborden los síntomas, las condiciones de salud y los modelos explicativos de efectividad, tal como los conceptualiza la persona que busca el tratamiento, es esencial para garantizar la efectividad del tratamiento (Benish, Quintana y Wampold, 2011; Griner y Smith, 2006; Hinton y Patel, 2017). En este sentido, se debe tener en cuenta la relevancia cultural al adaptar intervenciones basadas en evidencia de países de ingresos altos. La investigación adicional debe centrarse en identificar y probar estrategias locales para responder a los resultados de salud mental asociados con el abuso sexual para su uso en entornos de países de ingresos bajos y medianos, además de adaptar las intervenciones basadas en evidencia existentes de países de ingresos altos para evaluar su efectividad en estos entornos (Murray et al., 2013).

Otra consideración a la hora de adaptar las intervenciones basadas en pruebas existentes en entornos de países de altos ingresos es la viabilidad. Los costos de implementar la TCC (con un enfoque en el trauma), pueden limitar la viabilidad de estas intervenciones en entornos de países de ingresos bajos y medios. La implementación de la TCC a menudo requiere profesionales capacitados en salud mental que no están fácilmente disponibles en muchos entornos de bajos recursos. También requiere múltiples visitas a los especialistas, lo que puede presentar costos de oportunidad para muchos cuidadores en países de ingresos bajos y medianos. Si bien se están realizando esfuerzos para capacitar al personal no especializado para brindar TCC (con un enfoque en el trauma), lo que puede reducir los costos, esto probablemente requiera tutoría adicional y un mayor nivel de supervisión, lo que debería tenerse en cuenta en las consideraciones de factibilidad. Véase, por ejemplo, el estudio de Bass et al., (2013) que capacitó a paraprofesionales para brindar terapia de procesamiento cognitivo a adultos congoleños sobrevivientes de violencia sexual.

El fortalecimiento de la capacidad de los profesionales de atención médica y psicológica para responder de manera eficaz al abuso sexual de niños y adolescentes es fundamental para la calidad de la atención. Desarrollar conocimientos y habilidades sobre intervenciones psicosociales seguras y apropiadas es un paso importante para responder a los supervivientes de abuso sexual infantil que experimentan síntomas de afecciones de salud mental (García-

Moreno y Amin, 2016). Sin embargo, los profesionales de atención médica también necesitan habilidades para brindar apoyo de primera línea o primeros auxilios psicológicos como respuesta inicial a todos los niños y adolescentes que revelan abuso sexual (Organización Mundial de la Salud, 2017). Además, la promoción y la voluntad política son necesarias para asegurar que el sector salud y otros sectores trabajen de manera coordinada para brindar atención y apoyo integrales.

A su vez se necesita una respuesta apropiada del sistema judicial para niños y adolescentes, en los principios de igualdad de género y derechos humanos con el fin de contribuir a la equidad de quienes tienen mayor probabilidad de sufrir discriminación y marginación.

Fortalezas, limitaciones y direcciones futuras:

En esta revisión, una de las mayores limitaciones hace referencia al bajo número de participantes en los estudios incluidos. Asimismo, la exclusión de los estudios cuasialeatorios es una limitación potencial ya que, cuando no se disminuyen por otras limitaciones en el diseño (p. Ej., Falta de ocultamiento), estos estudios podrían proporcionar evidencia de alta certeza que puede ser útil para informar decisiones sobre intervenciones efectivas para el abuso sexual infantil (Schünemann et al., 2013).

Las pruebas sobre intervenciones psicosociales para niños y adolescentes expuestos al abuso sexual incluidas en esta revisión están limitadas por el número de estudios (especialmente en países de ingresos bajos y medios). Por ejemplo, ciertas intervenciones parecen prometedoras en niños expuestos al abuso sexual en países de ingresos altos (p. Ej., Terapia de exposición prolongada, Reducción del riesgo a través de la terapia familiar), pero se necesita más investigación antes de que podamos concluir que los hallazgos positivos que muestran los beneficios de dicho tratamiento no se deben simplemente al azar. Los ensayos futuros deben aspirar a ser doble ciego tratando de asegurarse de que los participantes y sus familias no son conscientes de que está recibiendo una intervención activa. Además, se deben realizar esfuerzos para asegurar altas tasas de seguimiento a largo plazo (es decir, más de un mes después de la terapia).

Es necesario seguir investigando en esta línea, así como resaltar la importancia de hacerlo, para, de este modo, examinar si los resultados existentes hasta el momento pueden replicarse y seguir, si cabe, mejorando las intervenciones y adaptaciones en pro al bienestar de las víctimas.

Además, también es importante identificar y evaluar las intervenciones psicosociales que se pueden implementar en entornos de bajos recursos. Asimismo, aunque muchos metanálisis han examinado la asociación entre el abuso sexual infantil y los resultados posteriores, el alcance, la validez y la calidad de esta evidencia no se han evaluado de manera integral, siendo necesario comprender mejor los mecanismos subyacentes a la asociación entre el abuso sexual infantil y los resultados a largo plazo.

Hasta el momento, la investigación sobre la prevención primaria del abuso sexual infantil se ha centrado principalmente en las intervenciones escolares y las intervenciones para padres en el hogar. Existe alguna evidencia de que los programas escolares destinados a ayudar a los niños a reconocer y denunciar el abuso sexual para mejorar el conocimiento y las conductas de protección de los niños, aunque no se han desarrollado para prevenir resultados adversos después del abuso sexual.

Un creciente cuerpo de investigación también sugiere que los programas de visitas domiciliarias de la primera infancia y los programas de educación para padres que promueven el reconocimiento del abuso sexual infantil y los síntomas tempranos de resultados adversos podrían prevenir o reducir el riesgo de maltrato infantil en general.

Las investigaciones han indicado la eficacia de las intervenciones para el trastorno de estrés postraumático en personas que han experimentado abuso sexual infantil, así como depresión. La búsqueda de diversas modalidades de tratamiento para personas que han sufrido abuso sexual infantil proporciona cierto apoyo para las intervenciones cognitivo-conductuales, en particular la eficacia de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para los jóvenes con trastorno de estrés postraumático, ansiedad o síntomas depresivos que han sido abusados sexualmente. Sin embargo, la investigación sobre tratamientos para algunos de los otros resultados importantes reportados, particularmente el abuso de sustancias y la revictimización sexual, en individuos que han sido abusados sexualmente necesitan mayor replicación. Otra área de investigación es mejorar la traducción de intervenciones efectivas en políticas y prácticas, como el establecimiento de programas comunitarios para responder al abuso sexual. Además, para prevenir las psicopatologías y otros resultados después del abuso sexual, es necesaria más investigación sobre los mecanismos del desarrollo.

Se necesitan más estudios empíricos para aclarar las vías de desarrollo desde el abuso sexual hasta los resultados psicosociales y relacionados con la salud, así como la investigación de los resultados del tratamiento en personas que han experimentado abuso sexual infantil.

Conclusiones:

Se necesitan más investigaciones que evalúen y demuestren la eficacia relativa a los tratamientos psicológicos para niños/as y adolescentes expuestos a abuso sexual. Aunque se encontraron algunas pruebas de la efectividad de las terapias psicológicas, en particular la TCC, para prevenir la aparición de PTSD y disminuir los síntomas de PTSD en niños y adolescentes hasta un mes después del tratamiento, la calidad de esta evidencia fue muy baja a moderado, y los efectos no fueron evidentes a largo plazo. Es por ello necesario estudiar mucho más a fondo la posibilidad de implementar intervenciones de TCC centradas en el trauma, especialmente en entornos de bajos recursos, los hallazgos de esta revisión sugieren que la TCC con un enfoque de trauma puede reducir los síntomas de TEPT entre los niños y adolescentes expuestos al

abuso sexual y podría considerarse como parte de una respuesta integral al abuso sexual de niños y adolescentes.

Los ensayos futuros deben tener como objetivo ser doble ciego al intentar asegurar que los participantes y sus familias no sepan quién está recibiendo una intervención activa. También se deben incluir las medidas completadas por observadores cegados como los profesionales, además de las medidas completadas por los participantes o sus familias. Se deben realizar esfuerzos para asegurar altas tasas de seguimiento a más largo plazo, es decir, más de un mes después del tratamiento.

Referencias:

- AACAP (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (10), Supplement, 4S–26S.
- Abajobir, A. A., Kisely, S., Maravilla, J. C., Williams, G., & Najman, J. M. (2017). Gender differences in the association between childhood sexual abuse and risky sexual behaviours: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 63, 249–260. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.023>.
- Barberá, V. P. (2007). Viejas y nuevas cuestiones en las viejas y nuevas terapias psicológicas. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 12(2), 71-90.
- Bass, J. K., Annan, J., McIvor Murray, S., Kaysen, D., Griffiths, S., Cetinoglu, T., ... Bolton, P. A. (2013). Controlled trial of psychotherapy for Congolese survivors of sexual violence. *New England Journal of Medicine*, 368(23), 2182–2191. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1211853>.
- Benish, S. G., Quintana, S., & Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: A direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 279–289. <https://doi.org/10.1037/a0023626>.
- Benuto, L. T., & O'Donohue, W. (2015). Treatment of the sexually abused child: Review and synthesis of recent meta-analyses. *Children and Youth Services Review*, 56, 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.06.009>.
- BluePages. http://bluepages.anu.edu.au/treatments/what_works/psychological_treatments/ (accessed 20 August 2012).
- Bonner, B.L. (2003). Child maltreatment. In T. Ollendick and C. Schroeder (Eds.), *Encyclopedia of Clinical Child and Pediatrics Psychology* (pp. 92-93). New York: Plenum Pub.
- Bryant RA, Friedman M. Medication and non-medication treatments of post-traumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychiatry* 2001;14(2):119–23.

- Carr A. Interventions for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Pediatric Rehabilitation* 2004;7(4):231-44.
- Celano, M., Hazzard, A., Webb, C., & McCall, C. (1996). Treatment of traumagenic beliefs among sexually abused girls and their mothers: An evaluation study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(1), 1-17.
- clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1347-1355.
- Cohen JA, Mannarino AP. A treatment study for sexually abused preschool children: outcome during a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1997;36(9):1228-35.
- Cohen JA, Mannarino AP. Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children: six- and 12- month follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1998;37(1):44-51.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed)*. Hillsdale, N.J: L: Erlbaum Associates.
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J. y Van der Kolk, B.A. (Eds.) (2003). *Complex Trauma in Children and Adolescents*. National Child Traumatic Stress Network. Recuperado
- Corral, P., Echeburúa, E., Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (1992). Estrés postraumático en ex combatientes y víctimas de agresiones sexuales: nuevas perspectivas terapéuticas. *Boletín de Psicología*, 35, 7-24.
- Danielson, C. K., McCart, M. R., Walsh, K., de Arellano, M. A., White, D., & Resnick, H. S. (2012). Reducing substance use risk and mental health problems among sexually assaulted adolescents: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Family Psychology*, 26(4), 628-635. <https://doi.org/10.1037/a0028862>.
- Davis, L. y Siegel, L.J. (2000). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: A review and analysis. *Clinical child and family psychology review*, 3 (3), 135-154.
- Day, A., Thurlowb, K. y Woolliscroftb, J. (2003). Working with childhood sexual abuse: a survey of mental health professionals. *Child Abuse and Neglect*, 27 (2), 191-198.
- De Arellano, M. A. R., Lyman, D. R., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Trauma-focused cognitive- behavioral therapy for children and adolescents: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(5), 591-602. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300255>.

- Deblinger, E., Lippmann, J., & Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment, 1*(4), 310–321. <https://doi.org/10.1177/1077559596001004003>.
- Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: Assessing the evidence. *Psychiatric Services, 65*(5), 591–602. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300255>.
- Donnelly CL, Amaya-Jackson L. Post-traumatic stress disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and treatment options. *Paediatric Drugs 2002;4*(3):159–70.
- Echeburúa, E. and Subijana, I.J. (2008). Guía de buena práctica psicológica en el tratamiento judicial de los niños abusados sexualmente. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 8*, 733-748.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2007). Tratamiento psicológico en las fases tempranas del trastorno de estrés postraumático. En J. L. Vázquez-Barquero y A. Herrán (dirs.), *Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Trastornos de ansiedad* (pp. 133-141). Barcelona: Elsevier/Masson.
- Finkelhor, D. and Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 1408–1423.
- Finkelhor, D. and Browne, L. (1986). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development, 632-648*.
- Fletcher KE. Childhood posttraumatic stress disorder. In: Mash EJ, Barkley RA editor(s). *Child Psychopathology. 2nd Edition. New York, NY: The Guildford Press, 2003:330–71*
- Foa EB, Meadows EA. Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: a critical review. *Annual Review of Psychology 1997;48:449–80*.
- Foa, E. B., McLean, C. P., Capaldi, S., & Rosenfield, D. (2013). Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: A randomized clinical trial. *JAMA, 310*(24), 2650–2657. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.282829>.

- Foa, E. B., McLean, C. P., Capaldi, S., & Rosenfield, D. (2013). Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: A randomized clinical trial. *JAMA*, 310(24), 2650–2657. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.282829>.
- Foy DW, Madvig BT, Pynoos RS, Camilleri AJ. Etiologic factors in the development of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of School Psychology* 1996;34(2):133–45.
- García-Moreno, C., & Amin, A. (2016). *The sustainable development goals, violence and women's and children's health*. Retrieved from World Health Organization website: <http://www.who.int/libaccess.lib.mcmaster.ca/bulletin/volumes/94/5/16-172205.pdf>.
- Gillies D, Taylor F, Gray C, O'Brien L, D'Abrew N. Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 12. [DOI: 10.1002/14651858.CD006726.pub2]
- Gillies, D., Maiocchi, L., Bhandari, A. P., Taylor, F., Gray, C., & O'Brien, L. (2016). Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. *Cochrane database of systematic reviews*, (10).
- Griner, D., & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 43(4), 531–548. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.531>.
- Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 830-839.
- Henken T, Huibers MJ, Churchill R, Restifo KK, Roelofs JJ. Family therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue Issue 3. Art. No.: CD006728. [DOI: 10.1002/14651858.CD006728]
- Higgins J.P., Green S. (Eds.), 2011. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Retrieved from <http://handbook.cochrane.org/>.
- Higgins JPT, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Chichester: Wiley Blackwell, 2008.
- Higgins, J. P. T., Altman, D. G., & Sterne, J. (2008). Evaluación del riesgo de sesgo en los estudios incluidos. Higgins J, Green S. *Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones, versión*, 5(0).

- Hinton, D. E., & Patel, A. (2017). Cultural adaptations of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric Clinics*, 40(4), 701–714. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.006>.
- Hyde, C., Bentovim, A., & Monck, E. (1995). Some clinical and methodological implications of a treatment outcome study of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 19(11), 1387–1399.
- Hyde, C., Bentovim, A., & Monck, E. (1995). Some clinical and methodological implications of a treatment outcome study of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 19(11), 1387–1399.
- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zand, S. O., & Dolatabadi, S. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(5), 358–368. <https://doi.org/10.1002/cpp.395>.
- King, N. J., Tonge, B. J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., ... Ollendick, T. H. (2000). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1347–1355. <https://doi.org/10.1097/00004583-200011000-00008>.
- King, N.J., Tonge, B.J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., Martin, R., and Ollendick, T.H. (2000). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer.
- McNally, R. J. (2007). Psychological debriefing and its alternatives. En S. Begeç (dir.), *The integration and management of traumatized people after terrorist attacks* (pp. 119-131). Amsterdam: IOS Press (Nato Science Series).
- Macdonald, G., Higgins, J. P., Ramchandani, P., Valentine, J. C., Bronger, L. P., Klein, P., ... Taylor, M. (2012). Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (5), Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com.proxy1.lib.uwo.ca/doi/10.1002/14651858.CD001930.pub3/abstract>.
- Maniglio, R. (2010). Child sexual abuse in the etiology of depression: A systematic review of reviews. *Depression and Anxiety*, 27(7), 631–642. <https://doi.org/10.1002/da.20687>.
- Martín Baró Ignacio Editor.(1990) *Psicología Social de la guerra*. UCA Editores. San Salvador. El Salvador. Naciones Unidas E/CN.4/1995/42: *Preliminary Report submitted by the special rapporteur on violence against women. Its causes and consequences*. Ms.Radhika Coomaraswamy,in accordance with Comission on Human Rights resolution 1994/45.

- Martín, J.L. y De Paul, J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*, 16 (1), 45-49.
- McCrone P, Weeramanthri T, Knapp M, Rushton A, Trowell J, Miles G, et al. Cost-effectiveness of individual versus group psychotherapy for sexually abused girls. *Child and Adolescent Mental Health* 2005;10(1):26–31
- McLeer, S.V., Deblinger, E., Henry, D. y Orvaschel, H. (1992). Sexually abused children at high risk for post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(5), 875-879.
- McNally RJ. Assessment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of School Psychology* 1996;3(2):147–61.
- McTavish, J. R., Santesso, N., Amin, A., Reijnders, M., Ali, M. U., Fitzpatrick-Lewis, D., & MacMillan, H. L. (2019). Psychosocial interventions for responding to child sexual abuse: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 104203.
- Murray, L. K., Dorsey, S., Skavenski, S., Kasoma, M., Imasiku, M., Bolton, P., ... Cohen, J. A. (2013). Identification, modification, and implementation of an evidence-based psychotherapy for children in a low-income country: The use of TF-CBT in Zambia. *International Journal of Mental Health Systems*, 7(1), 24. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-7-24>.
- Neuner F, Schauer M, Klaschik C, Karunakara U, Elbert T. A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004;72(4):579–87.
- O’Callaghan, P., McMullen, J., Shannon, C., Rafferty, H., & Black, A. (2013). A randomized controlled trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually exploited, war-affected Congolese girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(4), 359–369. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.01.013>.
- Pereda, N., Abad, J. y Guilera, G. (2012) *Victimología del desarrollo. Incidencia y repercusiones de la victimización y la polivictimización en jóvenes catalanes*. Barcelona: Centre d’estudis jurídics i formació especialitzada.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. y Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clinical psychology review*. 29 (4), 328-338.

- Perrin S, Smith P, Yule W. Practitioner review: the assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2000;41(3):277–89. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 71-90.
- Robertson M, Humphreys L, Ray R. Psychological treatments for posttraumatic stress disorder: recommendations for the clinician based on a review of the literature. *Journal of Psychiatric Practice* 2004;10(2):106–18.
- Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue Issue 2. Art. No.: CD000560. [DOI: 10.1002/14651858.CD000560]
- Rosner, R., Rimane, E., Frick, U., Gutermann, J., Hagl, M., Renneberg, B., ... & Steil, R. (2019). Effect of developmentally adapted cognitive processing therapy for youth with symptoms of posttraumatic stress disorder after childhood sexual and physical abuse: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 76(5), 484-491.
- Saigh PA, Yasik AE, Oberfield RA, Green BL, Halamandaris PV, Rubenstein H, et al. The Children's PTSD Inventory: development and reliability. *Journal of Traumatic Stress* 2000;13(3):369–80.
- Sanchez-Meca, J., Rosa-Alcazar, A.I., & Lopez-Soler, C. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 67–93.
- Saywitz, K.J., Mannarino, A.P., Berliner, L., and Cohen, J. A. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55, 1040–1049.
- Schünemann, H., Brožek, J., Guyatt, G., & Oxman, A. (2013).). *Summarizing the evidence. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach*. Retrieved from <http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/handbook/handbook.html#h.52ccy41iwbon>.
- Shirk SR, DePrince AP, Crisostomo PS, Labus J. Cognitive behavioral therapy for depressed adolescents exposed to interpersonal trauma: an initial effectiveness trial. *Psychotherapy* 2014;51:167–79.
- Sones HM, Thorp SR, Raskind M. Prevention of posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 2011;34(1):79–94.
- Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence

around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79–101. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>.

Sumner, S. A., Mercy, A. A., Saul, J., Motsa-Nzuza, N., Kwesigabo, G., Buluma, R., ... Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2015). Prevalence of sexual violence against children and use of social services—Seven countries, 2007–2013. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 64(21), 565–569.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). A clinical approach to posttraumatic growth. *Positive psychology in practice*, 405.

Trowell, J., Kolvin, I., Weeramanthri, T., (deceased), H. S., Berelowitz, M., Glasser, D., ... Leitch, I. (2002). Psychotherapy for sexually abused girls: Psychopathological outcome findings and patterns of change. *The British Journal of Psychiatry*, 180(3), 234–247. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.3.234>.

World Health Organization (2017). *Responding to children and adolescents who have been sexually abused*. Retrieved October 25, 2017, from WHO website:<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/clinical-response-csa/en/>.

World Health Organization (2017). *Responding to children and adolescents who have been sexually abused*. Retrieved October 25, 2017, from WHO website:<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/clinical-response-csa/en/>.

Yule W. Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *International Review of Psychiatry* 2001;13(3):194–200.

Anexos:

Anexo 1

Revisiones sistemáticas (ECA) encontradas hasta el año 2016.

<i>Autor y año</i>	<i>País</i>	<i>Objetivos</i>	<i>BBDD y Palabras clave</i>	<i>Criterios de inclusión</i>	<i>Periodo de búsqueda</i>	<i>Estudios incluidos</i>	<i>Seguimiento y numero de sesiones</i>
Benuto (2015)	EE.UU	Describir y evaluar siete metanálisis y proporcionar recomendaciones de tratamientos basadas en evidencia para niños y adolescentes que han sido abusados sexualmente.	PsycINFO, Academic Search Premier, Criminal Justice Abstrances, PsycARTICLES, PsychCRITIQUES Palabras clave: Abuso sexual infantil, Víctima infantil, Delito sexual infantil y victimización infantil.	1. Diseñado para examinar la efectividad de un tratamiento grupal para niños o adolescentes abusados sexualmente 2. Resultados basados en medidas empíricas 1. Diseñado para examinar la efectividad del tratamiento para niños o adolescentes abusados sexualmente 2. Diseño previo y posterior 3. Tamaño de muestra superior a N=10 4. Población menor de 18 años.	Entre 1992 (después de la revisión de O'Donohue & Elliot) y 2013.	Sanchez-Meca, Rosa-Alcazar, & Lopez-Soler (2011) Trask, Walshm, and DiLillo (2011)	20 de 1 hora 10 de 1 hora

<i>Autor y año</i>	<i>País</i>	<i>Objetivos</i>	<i>BBDD y Palabras clave</i>	<i>Criterios de inclusión</i>	<i>Periodo de búsqueda</i>	<i>Estudios incluidos</i>	<i>Seguimiento y numero de sesiones</i>
Gillies, (2016)	Australia	Evaluar los efectos de las terapias psicológicas en la prevención del TEPT y los resultados emocionales, conductuales y de salud mental negativos asociados en niños y adolescentes que han sufrido un evento traumático.	Informes de ensayos controlados aleatorios relevantes de The Cochrane Library (todos los años), EMBASE (1974 hasta la fecha), MEDLINE (1950 hasta la fecha) y PsycINFO (1967 hasta la fecha). Palabras clave: PTSD o postraumatismo, postraumático, postrauma, trauma, estrés, adolesc, preadolesc, preadolesc, niño, niña, infante, juvenil, menores, escuela, pediatri, pediatri, pubescen, pubertad o estudiante, adolescente, joven, escuela, escuela secundaria, escuela secundaria y pregrado.	Todos los ensayos controlados aleatorios de terapias psicológicas comparados con un control como el tratamiento habitual, lista de espera o ningún tratamiento, terapia farmacológica u otros tratamientos en niños o adolescentes que habían sufrido un evento traumático. Se incluyeron estudios de niños o adolescentes, niños y niñas, hasta los 18 años inclusive, que habían estado expuestos a un evento traumático.	Hasta el 29 de mayo de 2015.	Berkowitz 2011 Celano 1996 Cohen 1996 Danielson 2012 Deblinger 1996 O'Callaghan 2013 Shirk 2014	5 sesiones, 50 o 60 minutos 12 sesiones, 50 minutos 17 sesiones, 1 hora 10 sesiones, 1 hora 10 sesiones, 50 minutos 10 sesiones, 1 hora 12 sesiones, 50 o 60 minutos

<i>Autor y año</i>	<i>País</i>	<i>Objetivos</i>	<i>BBDD y Palabras clave</i>	<i>Criterios de inclusión</i>	<i>Periodo de búsqueda</i>	<i>Estudios incluidos</i>	<i>Seguimiento y numero de sesiones</i>
McTavish (2019)	Canadá	<p>Evaluar los estudios que investigaron los efectos de las intervenciones psicosociales para reducir los resultados de salud mental asociados con el abuso sexual.</p>	<p>Se realizaron búsquedas en un total de 14 bases de datos para obtener estudios relevantes: PubMed, PsycINFO, Web of Science, Cochrane Libraries, Embase, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Sociological Abstracts, Education Resources Information Center, Social Work Abstracts, Social Services Abstracts, Criminal Justice Abstracts, Applied Social Sciences Index and Abstracts, Campbell Corporation y el Index Medicus de la Organización Mundial de la Salud.</p> <p>Palabras clave: Abuso sexual, Niño, Adolescente, Intervenciones psicosociales Organización Mundial de la Salud.</p>	<p>1. Población: Niños expuestos a abuso sexual que presentan síntomas o trastornos de salud mental (con o sin cuidadores).</p> <p>2. Intervención de interés: cualquier intervención psicosocial avanzada (por ejemplo, asesoramiento psicológico o intervención psicoterapéutica).</p> <p>3. Resultados: 1. Síntomas y trastornos de externalización del niño, 2. Síntomas y trastornos de internalización del niño, 3. Ansiedad del niño, 4. Depresión del niño, 5. Escuela infantil funcionamiento, 6. Síntomas y trastornos del estrés postraumático.</p>	<p>hasta el 24 de junio del 2016</p>	<p>Foa et al., 2013</p> <p>Berliner & Saunders, 1996</p> <p>Jaberghaderi et al., 2004</p> <p>Hyde et al., 1995</p>	<p>14 sesiones de entre 60 y 90 minutos</p> <p>10 sesiones, 1 hora</p> <p>12 sesiones, 45 min sessions</p> <p>De 6 a 20 sesiones de 1 hora.</p>

<i>Autor y año</i>	<i>País</i>	<i>Objetivos</i>	<i>BBDD y Palabras clave</i>	<i>Criterios de inclusión</i>	<i>Periodo de búsqueda</i>	<i>Estudios incluidos</i>	<i>Seguimiento y numero de sesiones</i>
Sánchez-Meca (2011)	España	Investigar la eficacia de los tratamientos psicológicos para niños y adolescentes que han sufrido abuso sexual	PsycInfo y Medline Palabras clave: abuso, trauma sexual, maltrato, adolescente, niño, joven, tratar, intervenir, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés postraumático.	Aplicar algún tratamiento psicológico a una muestra de niños y / o adolescentes que hubieran tenido sufrido abuso sexual; el tratamiento podría estar dirigido al niño solo o al niño y los padres, tutores o toda la familia.; los servicios infantiles debían detectar claramente el abuso sexual en los niños; los estudios podrían incluir uno o más grupos de tratamiento con o sin un grupo de control, pero todos debían incluir medidas de pretest y posttest; el estudio puede estar escrito en inglés, español, francés, italiano o portugués; el estudio tuvo que ser publicado o terminado entre 1970 y 2006	Desde 1970 hasta 2006.	King et al., 2000	Entre 10 y 25 de 45 a 60 min

Protocolo de estudios en marcha sin resultado encontrada del año 2019

<i>Autor y año</i>	<i>País</i>	<i>Diseño</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Tamaño de la muestra</i>	<i>Criterios de inclusión</i>	<i>Periodo de búsqueda</i>	<i>Intervención</i>	<i>Seguimiento y número de sesiones</i>
Rosner (2019)	Alemania	Ensayo clínico multicéntrico y aleatorizado de 88 participantes.	Examinar si la terapia de procesamiento cognitivo adaptada al desarrollo (D-CPT) es más eficaz que una condición de lista de espera con asesoramiento de tratamiento (WL / TA) entre los adolescentes con TEPT relacionado con el abuso infantil.	N= 88 85% mujeres Edad Media: 18 años	Adolescentes y adultos jóvenes (de 14 a 21 años de edad) que buscaban tratamiento en 3 clínicas ambulatorias y estaban inscritos desde 2013 hasta 2015. Un diagnóstico primario de trastorno de estrés posttraumático relacionado con el abuso sexual o físico infantil (presentar un mínimo de 2 síntomas de evitación en la entrevista clínica en lugar de los 3 definidos en el <i>DSM-IV-TR</i>). Saber alemán, y debían tener condiciones de vida estables (es decir, sin abuso continuo y sin hogar)	Desde julio de 2013 hasta junio 2015, con la última entrevista de seguimiento realizada en mayo de 2016	La terapia de procesamiento cognitivo (CPT) vs Intervención de apoyo	25 de 1 hora

Anexo 2

Evaluación de riesgo de sesgo.

	Generación de secuencia aleatoria (Sesgo de selección)	Ocultación de la asignación (Sesgo de Sesgo de selección)	Cegamiento de los participantes y el personal (Sesgo de realización)	Cegamiento de los evaluadores de resultado (Sesgo de detección)	Cegamiento de los datos de resultado (Sesgo de desgaste) Mortalidad por todas las causas	Notificación selectiva de los resultados (Sesgo de notificación)
<u>Celano</u> 1996	●	●	●	●	●	●
Cohen 1997	●	●	●	●	●	●
Cohen 1998	●	●	●	●	●	●
<u>Danielson</u> 2012	●	●	●	●	●	●
<u>Deblinger</u> 1996	●	●	●	●	●	●
<u>Foa</u> 2013	●	●	●	●	●	●
Hyde 2005	●	●	●	●	●	●
<u>Jaberghaderi</u> 2004	●	●	●	●	●	●
King 2000	●	●	●	●	●	●
<u>Q'Callaghan</u> 2013	●	●	●	●	●	●
Sánchez 2011	●	●	●	●	●	●
<u>Shirk</u> 2014	●	●	●	●	●	●
<u>Trowel</u> 2002	●	●	●	●	●	●

Riesgo de sesgo bajo



Riesgo de sesgo poco claro



Riesgo de sesgo alto

