



**Universidad
Zaragoza**

**TRABAJO FIN DE MÁSTER
MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA**

Título: "Terapias psicológicas eficaces en menores que han sufrido Abuso Sexual Infantil y presentan síntomas de Estrés Postraumático: Una revisión sistemática"

Title: "Effective psychological therapies in minors who have suffered Child Sexual Abuse and present symptoms of Post-Traumatic Stress: A systematic review"

Alumno/a: Ana Martínez Espinosa

NIA: 704252

Director/a: Antonio Lucas Alba

AÑO ACADÉMICO 2021-2022



**Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel
Universidad Zaragoza**

Índice

Índice	2
Resumen	3
Introducción	4
Marco teórico	6
Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)	6
Terapias psicológicas sintomatología TEPT	6
<i>Terapias Cognitivo- Conductuales</i>	6
<i>Terapias Centradas en el Cliente</i>	7
<i>Terapias Psicodinámicas</i>	8
<i>Tratamientos basados en la atención plena</i>	8
<i>La Terapia de Reprocesamiento y Desensibilización a través del Movimiento Ocular (EMDR)</i>	8
Metodología	9
Estrategia de búsqueda	9
Extracción de datos	10
Selección de estudios y criterio de elegibilidad	10
Resultados	10
Discusión	13
Referencias	15
Anexos	21
Apéndices	23

Resumen

Objetivos: En este trabajo se exponen las principales terapias psicológicas aplicadas a menores (6-18 años) que han sufrido Abuso Sexual Infantil (ASI) y presentan sintomatología relacionada con el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), y se revisan sistemáticamente Ensayos Controlados Aleatorios que comparen la eficacia de las terapias. **Metodología:** El primer objetivo se desarrolló a través de una revisión narrativa, mientras que el segundo se llevó a cabo mediante una revisión sistemática en bases de datos especializadas siguiendo el protocolo PRISMA, que dio lugar al análisis de catorce artículos. **Resultados:** La Terapia de Exposición Prolongada y la Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma ofrecen resultados eficaces en la reducción de sintomatología TEPT y comorbilidades mantenidas a lo largo de 18 meses de seguimiento. Para el tratamiento comórbido de TEPT y abuso de sustancias, la Terapia Familiar de Reducción de Riesgos ofrece cobertura eficaz manteniendo resultados durante 18 meses. **Conclusiones:** Las terapias que incluyen técnicas de exposición resultan altamente eficaces para el tratamiento del TEPT, comórbido con abuso de sustancias y síntomas asociados en ASI. La alianza terapéutica tiene una función moderadora en los tratamientos que potencia la mejora de la sintomatología. Los menores más jóvenes y con menos comorbilidades son los que más se benefician, siendo primordial la atención inmediata. Los resultados sugieren la integración de los principios de los tratamientos en la práctica general, en especial en la atención primaria.

Palabras Clave: Abuso Sexual Infantil, Trastorno de Estrés Postraumático, menores, adolescentes, terapia eficaz, PRISMA, Ensayo Controlado Aleatorio.

Abstract

Objectives: This work aims to expose the main psychological therapies applied to minors (6-18 years old) who have suffered Child Sexual Abuse (CSA) and present symptoms related to Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), and systematically review Randomized Controlled Trials that compare the efficacy of therapies. **Methodology:** The first objective was developed through a narrative review, while the second was carried out through a systematic review in specialized databases following the PRISMA protocol and selecting fourteen papers. **Results:** Prolonged Exposure Therapy and Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy yielded effective results in reducing PTSD symptoms and comorbidities up to 18 months follow-up. For the treatment of comorbid PTSD and substance abuse, Risk Reduction Family Therapy offers effective coverage

maintaining results for 18 months. **Conclusions:** Therapies that include exposure techniques are highly effective for the treatment of PTSD, comorbid substance abuse and associated symptoms in CSA. The therapeutic alliance has a moderating function in treatments that enhances the improvement of symptoms. The youngest minors and those with fewer comorbidities are the ones who benefit the most, with immediate care being paramount. The results suggest the integration of early treatments in general practice, especially in primary care.

Keywords: Child Sexual Abuse, Post Traumatic Stress Disorder, minors, adolescents, therapy, effective, PRISMA, Randomized Controlled Trial.

Introducción

El Abuso Sexual Infantil (ASI), incluye cualquier actividad de tipo sexual con menores en la cual no existe consentimiento o no puede ser dado. Comprende contactos sexuales que se han llevado a cabo de forma forzosa o amenazante, así como los contactos sexuales entre un adulto y un menor independientemente de si existe engaño o no, o si el/la menor entiende la naturaleza de la actividad (Cantón-Cortés y Cortés, 2015). Puede ser también cometido por una persona menor de 18 años cuando esta es significativamente mayor que el niño/a (víctima) o cuando el agresor/a está en una posición de poder o control sobre otro (Roth, 1978). Incluye, entre otros, violación, tocamientos no deseados, amenazas de violencia sexual, exhibicionismo y uso de niños en la pornografía o el trabajo sexual (WHO, 2017, citado por McTavish, 2019). En la actualidad, se han desarrollado nuevas situaciones de exposición involuntaria a material sexual en internet hacia los/as menores (Sabina et al., 2008), a su vez, relacionado con casos de *grooming online* (acoso y abuso sexual a través de medios digitales), llamadas telefónicas obscenas y *sexting* (envío de mensajes, fotos o videos de contenido sexual). También el ASI facilitado por drogas, definido como actividad sexual que se lleva a cabo cuando el menor está en un estado de incapacitación o inconsciente, producido por los efectos del alcohol y/u otras drogas. Es de importancia señalar, que el número de casos reportados en los últimos años ha aumentado (de Castro et al., 2012).

Los datos informados de ASI son alarmantes. Estudios internacionales con población menor estiman prevalencias de 17 % para el género masculino, y entre el 8 y 31 % para el género femenino, con un riesgo de hasta tres veces mayor en comparación, independientemente de características contextuales y métodos utilizados (Bath et al., 2013). Entre un 10 y un 20 % de la población española ha sido víctima de ASI (Pereda,

2016); datos provenientes de estudiantes universitarios, muestran que la prevalencia es de un 15,5% en el género masculino y un 19% en el femenino, manteniéndose constante a largo plazo (Pereda et al., 2007). Por otra parte, los datos subestiman las tasas reales de violencia que sufren los/as menores (McTavish et al., 2019). Las cifras difieren si solo se tienen en cuenta como fuente de datos las estadísticas oficiales, que sólo representan la capacidad de detección de ASI de los profesionales. Son escasos los estudios en menores con algún tipo de discapacidad física o psíquica (Pereda, 2016).

Los estudios indican que el período inmediato posterior a la revelación y terminación del ASI aumenta el riesgo de padecer sintomatología (McLeer et al., 1998), incluyendo depresión, ansiedad, problemas de conducta, comportamiento sexualizado y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (Saywitz et al., 2000). Multiplica por 4 las probabilidades de presentar niveles clínicos de TEPT y por 8 la evidencia de niveles clínicos de disociación en niñas de edad escolar (Collin-Vézina y Hébert, 2005). Los menores que han sufrido ASI presentan más disociación y sintomatología TEPT (Raghavan y Kingston, 2006), lo que aumenta la vulnerabilidad de revictimización sexual, pudiendo catalizar el aumento de riesgo de la activación de la sintomatología TEPT (Ullman et al., 2009). El ASI presenta un impacto en el Trauma Complejo, definido como un evento traumático crónico e interpersonal, con inicio en la infancia, produciendo problemas en la regulación de los afectos, conductas, impulsos, atención y conciencia, así como problemas interpersonales y de identidad (Cook et al., 2003; citado por Wamser-Nanney y Vandenberg, 2013). Adam et al. (2019) mostraron con una muestra psiquiátrica con pacientes menores hospitalizados, que el TEPT se diagnosticó más comúnmente en aquellos que habían sufrido ASI (43 %) frente a los que habían sufrido maltrato físico (20 %) o ambos tipos de maltrato (28 %). Las consecuencias psicológicas relacionadas con ASI son graves y de larga duración (Gallego, 2011), en particular los traumas interpersonales ya que son perpetrados intencionalmente por otra persona. Además, los traumas en la infancia se relacionan con síntomas más severos (Wamser-Nanney y Vandenberg, 2013). Son resultados que indican la necesidad de una evaluación rutinaria y sistemática de estos síntomas y el TEPT para planificar la intervención (McLeer et al., 1998).

El ASI implica una exposición a consecuencias graves y negativas para la salud, incluido el TEPT y su sintomatología (McTavish et al., 2019). La presente revisión tiene como objetivo revisar la eficacia de las intervenciones psicológicas aplicadas a la sintomatología TEPT en menores que han sufrido ASI.

Marco teórico

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

El diagnóstico del TEPT requiere la exposición a un evento traumático que implica una amenaza real o percibida a la integridad física de un individuo o de otros, incluyendo el ASI (Wamser-Nanney y Vandenberg, 2013). Las características del tipo de trauma, se relacionan con el resultado, incluida la naturaleza, cronicidad y edad de inicio del trauma. Está asociado con diferentes síntomas, incluidas las intrusiones (flashbacks), evitación de recordatorios de trauma, alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo y alteraciones en la excitación (hipervigilancia). Además, una parte importante de personas con TEPT (15- 30 %) experimentan síntomas de disociación, incluyendo la despersonalización y la desrealización (Boyd et al., 2018). Los cuadros sintomáticos que emergen con mayor fuerza y coherencia, son los concomitantes a conflictos emocionales y relacionales; la respuesta neurobiológica al estrés traumático es significativamente distinta a la del estrés normal (Gallego, 2011). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013), aplica los siguientes criterios diagnósticos a adultos, adolescentes y niños/as mayores de 6 años, para determinar el diagnóstico del TEPT, los cuales quedan detallados en el **Anexo 1**. Siguiendo tales criterios, la edad de la población diana en la que se centra la revisión queda restringida a niños/as y adolescentes mayores de la edad indicada.

Terapias psicológicas sintomatología TEPT

Terapias Cognitivo- Conductuales

El principal enfoque de TCC para tratar el ASI es la Terapia Cognitiva Conductual Centrada en el Trauma (TF-CBT) desarrollada por Cohen et al. (2006; citado por Vizard 2013). Se define como un enfoque híbrido basado en componentes resumidos en las siglas PRACTIC en inglés: Psicoeducación; Habilidades de los padres; Relajación; Modulación afectiva; Afrontamiento y procesamiento cognitivo; Narrativa del trauma; Dominio in vivo de recordatorios de trauma; Sesiones conjuntas menor/cuidador; Mejora de la seguridad futura y desarrollo (Macdonald et al., 2012). Utiliza un multienfoque modal para el dominio de los síntomas intrusivos del TEPT, que incluye también la TCC infantil directa como apoyo y refuerzo del cuidador (no abusador) (Vizard, 2013).

La Terapia de Exposición Prolongada (EP) es una TCC adaptada desde el protocolo de tratamiento de adultos con apoyo empírico (PE; Foa, Hembree y Rothbaum, 2007; citado por Zandberg et al., 2016) para orientarla hacia otras etapas vitales, como infancia y adolescencia. Tiene como objetivo interrumpir asociaciones desadaptativas entre señales inocuas relacionadas con el abuso y las emociones negativas extremas que se desarrollan como resultado del condicionamiento respondiente (Deblinger 1996a citado por Macdonald et al., 2012). Se basa en la Tª del Procesamiento Emocional, desarrollada por Foa y Kozak (Foa et al., 2008), que defiende que el TEPT se produce cuando las personas evitan el procesamiento emocional traumático (McTavish et al., 2019). Proporciona psicoeducación y posteriormente se centra en la exposición (Zandberg et al., 2016).

Otra destacada TCC, es la Terapia de Procesamiento Cognitivo Adaptada al Desarrollo (TPC-D), ajustada a las necesidades de personas jóvenes. Esta terapia comienza centrándose en una fase de compromiso para mejorar la motivación del tratamiento y alianza terapéutica y establecer el marco formal para administrar terapia; más tarde se trabaja la integración de la gestión de las emociones; se intensifica el abordaje de la motivación fluctuante en adolescentes y se da consideración especial al desarrollo de tareas opcionales (Rosner et al., 2019).

La Reducción de Riesgos a Través de la Terapia Familiar (RRFT) es una adaptación e integración de TCC basada en la evidencia que abordan los síntomas del TEPT, abuso de sustancias y salud sexual (Danielson et al., 2020). Parte de la Teoría Ecológica, identifica factores mantenedores en cada nivel de la ecología que contribuyen al problema y pueden ser modificados, promoviendo en diferentes niveles factores de protección. El consumo de sustancias se identifica como conducta de escape/evitación a la sintomatología TEPT; se utilizan técnicas de exposición para el afrontamiento emocional (Hahn et al., 2020). El tratamiento se organiza en 28 intervenciones a través de 7 componentes: psicoeducación y compromiso, comunicación familiar, abuso de sustancias, afrontamiento, TEPT, citas saludables y toma de decisiones sexuales, reducción del riesgo de victimización (Danielson et al., 2020).

Terapias Centradas en el Cliente

La Terapia Centrada en el Cliente (CCT) adopta un enfoque no directivo basado en los principios de Carl Rogers con el objeto de proporcionar comprensión empática, autenticidad terapéutica y aceptación incondicional (Goodman et al., 2004). El modelo traumático que resulta compatible con la CCT es el Modelo Traumagénico de Browne

(citado por Goodman et al., 2004), el cual postula que la sintomatología TEPT está relacionada con los cambios dinámicos que los menores experimentan en su autovisión y visión del mundo, inmersos en un sentimiento de traición dirigido a los adultos, de los cuales se espera protección. Esto daña el sentido de autenticidad del menor y genera una profunda sensación de impotencia. El objetivo es apoyar e incentivar la construcción y reparación de un sentido positivo de sí, brindando orientación y espacio para desarrollar su identidad y establecer un sentido seguro de autoeficacia (Goodman et al., 2004).

Terapias Psicodinámicas

Actualmente existen una gran variedad de enfoques bajo el prisma de la psicoterapia psicoanalítica y psicodinámica, que consideran que los conflictos tienen su origen en dificultades del pasado en relaciones y experiencias. Esta psicoterapia intenta explorar, a través de la conversación, el juego y la formación de una relación terapéutica, cómo las experiencias anteriores influyen y distorsionan los pensamientos, sentimientos, comportamientos (acciones) y relaciones actuales. Adaptar el tratamiento a la etapa del desarrollo y necesidades del individuo es esencial (Parker y Turner 2013).

Tratamientos basados en la atención plena

Las prácticas contemplativas se caracterizan por la regulación atenta a la respiración (mediada por la activación vagal), concebidas como una intervención complementaria y/o alternativa, basada en modelos neurobiológicos del TEPT y cuyo objetivo es la submodulación y la sobremodulación emocional. Investigaciones recientes avalan su eficacia para reducir la sintomatología TEPT (Poli et al., 2021), y para restaurar la conectividad cerebral (Boyd et al., 2018). La Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena (MBSR) es el tratamiento indicado basado en Mindfulness, y también la terapia cognitiva (MBCT) ha sido adaptada desde este enfoque; ambas han demostrado eficacia en una amplia gama de trastornos (Boyd et al., 2018).

La Terapia de Reprocesamiento y Desensibilización a través del Movimiento Ocular (EMDR)

El fundamento teórico de la EMDR, es el Modelo del Sistema de Procesamiento de Información, que postula que la psicopatología surge de una codificación inadecuada, a un procesamiento incompleto de experiencias de vida traumáticas que incapacitan al individuo para integrar las experiencias de forma adaptativa. La EMDR tiene por objeto facilitar la reanudación del procesamiento e integración normal de información, y se ha mostrado eficaz en la reducción de los síntomas del TEPT en niños que sufrieron trauma (Jarero et al, 2014). La EMDR es una terapia breve centrada en el

trauma (Shapiro y Forest, 2016; citado por Karadag et al., 2020) que incluye técnicas de exposición, cognitivas y psicoanalíticas. Se centra en la estimulación bilateral al tiempo que el paciente recuerda la situación traumática. Las fases son anamnesis y planificación del tratamiento, preparación, evaluación, desensibilización, instalación, escaneo corporal, cierre y reevaluación (Karadag et al., 2020).

En síntesis, existen diferentes terapias que resultan eficaces; la presente revisión propone revisar sistemáticamente ensayos controlados aleatorios (ECAs) que permiten comparar la efectividad de diversas terapias en niños/as y adolescentes, ofreciendo resultados empíricos para afrontar la problemática atendiendo a las terapias que ofrezcan mejores resultados.

Metodología

La revisión sistemática se llevó a cabo a través de la aplicación del protocolo PRISMA, con el objeto de determinar la integridad y transparencia de la misma incorporando nuevos aspectos conceptuales y metodológicos (Urrutia y Bonfill, 2010).

Estrategia de búsqueda

Para identificar los artículos potencialmente relevantes para el objetivo de la revisión, se realizaron búsquedas sistemáticas en las principales bases de datos en el ámbito de la psicología. La búsqueda bibliográfica final se realizó en diciembre de 2021, utilizando las bases de datos electrónicas Scopus (considerada la mayor base de datos de citas y resúmenes de bibliografía revisada por pares), Web of Science (plataforma multidisciplinaria más grande con estudios de alta calidad) y PsycArticles (considerado el recurso más completo en ciencias del comportamiento y salud mental). La búsqueda sistemática se realizó en base a publicaciones desde 2011 a 2021, incluyendo artículos científicos. En esta fase se podría indicar la existencia de sesgos de publicaciones en cuanto a trabajos presentados en congresos, y en cuanto a publicaciones que se encuentran fuera de las bases de datos. En los términos de búsqueda se utilizaron operadores de truncamiento con el objeto de ampliar la búsqueda, para el TEPT fueron 3 los términos utilizados: “PTSD”, “posttraumatic stress disor*”, “post-traumatic stress disor*”. De igual forma, en relación a la naturaleza del trauma (ASI) se utilizó el término “sexual* abuse*”. Para delimitar la población diana se utilizaron los siguientes términos: “child*”, “teen*”, “infant*”, “adolescenc*”, “minor*”, “young*”. En referencia a la intervención psicológica, los términos de búsqueda se concretaron en 4: “psychological intervention*”, “therap*”,

“psychotherap*”, “treatment*”. Finalmente, en cuanto al tipo de estudio, se tuvo en cuenta el control de asignación aleatoria en referencia a los grupos aplicando en la búsqueda los siguientes términos: “RCT”, “random* trial*”, “random* control* trial*”. Además, se revisaron las referencias de los artículos seleccionados, obteniendo un total de 295 resultados tal y como se presentan en **Apéndice A: “Tabla 1”**.

Extracción de datos

Tras la búsqueda, se exportaron los documentos a la plataforma Rayyan en diferentes archivos donde se realizó la selección. La información exportada de cada artículo incluye los siguientes campos: tipo de publicación (artículo, libro...), autores, título, resumen, revista, año de publicación, DOI, links y base de datos.

Selección de estudios y criterio de elegibilidad

La primera selección se realizó mediante la lectura de títulos y resúmenes, optando por los estudios que aparentemente podrían ser de interés. Posteriormente, los artículos elegibles se identificaron mediante la revisión de textos completos utilizando previamente criterios de exclusión e inclusión. Los criterios de inclusión utilizados atienden a ensayos controlados aleatorios que evalúan cualquier terapia psicológica comparada y evaluada con otro grupo (ya sea grupo control u otra intervención), dirigidas a reducir sintomatología TEPT en niños/as o adolescentes (6-18 años), siendo la tipología del trauma de carácter sexual, y artículos publicados en inglés o castellano desde el año 2011 hasta la actualidad. Por tanto, los criterios de exclusión hacen referencia a publicaciones en idiomas que no fueran inglés o castellano, revisiones teóricas, meta-análisis, revisiones sistemáticas, estudios no experimentales, artículos sobre instrumentos o programas y estudios en los que no se recopilaban datos cuantitativos. De igual manera, se estimó la exclusión de los artículos que trabajaban con población no normativa o que la relación con los síntomas de TEPT estuviera mediatizada por casuísticas concretas no relacionadas con el abuso sexual, y principalmente, estudios que no examinen el impacto de las terapias psicológicas en relación a la sintomatología en menores y no comparadas con un grupo (ver **Apéndice B: “Figura 1”**), minimizando así el riesgo de sesgo en los estudios individuales.

Resultados

Se identificaron 14 estudios que evalúan la efectividad de diferentes terapias en comparación con otro grupo atendiendo a la reducción de la sintomatología del TEPT en menores que han sufrido ASI (ver **Apéndice C: “Tabla 2”**). En la tabla 2 (columna

de resultados) quedan detalladas las evidencias empíricas. Se ha incluido un artículo cuya muestra abarca desde la niñez hasta los 25 años de edad por la similitud caracterológica con los demás estudios y la población a estudiar.

La Terapia EP ofrece resultados superiores comparados con CS (basado en CCT) (14 sesiones de 60-90 minutos; 1 vez por semana) tanto en sintomatología TEPT, como en gravedad de los síntomas, gravedad de la depresión y el funcionamiento global de los/as menores en el post-tratamiento. Además los resultados se intensificaron durante la terapia garantizando el mantenimiento en el seguimiento a los 3, 6 y 12 meses, en los cuales no se reportan recaídas significativas (Foa et al., 2013). Rossouw et al. (2018), en la Terapia EP también obtuvo mejoras superiores significativas en comparación a CS (basado en CCT) en la reducción de sintomatología TEPT durante el tratamiento (7-14 sesiones de 60-90 minutos; 1 vez por semana); tras la finalización los resultados se mantuvieron a los 3 y 6 meses logrando la remisión de los síntomas; no resultó superior en la variable del funcionamiento general, a diferencia del estudio anterior. Zandberg et al. (2016) avalan que aplicando el tratamiento de EP (8-14 sesiones semanales de 60-90 minutos; 1 vez por semana) en comparación a la CCT, mejoró la sintomatología en dimensiones emocionales y conductuales de los/as menores, resultó significativamente superior durante el tratamiento agudo y en el seguimiento a los 12 meses, manteniendo los niveles de los resultados sin recaídas significativas en la subescala de externalización (comportamiento irrupido, agresivo y problemas de conducta). No se encontraron evidencias de la superioridad comparada en la dimensión internalizante. En relación a la sintomatología TEPT relacionada con el sueño (insomnio y pesadillas), Brownlow et al., (2016) revelaron la superioridad de la Terapia EP frente a la CCT (14 sesiones de 60-90 minutos; semanalmente) durante el tratamiento, en el post tratamiento y en el seguimiento de 3 a 6 meses, manteniendo resultados en sintomatología postraumática, el insomnio y el funcionamiento general, el cual se vio influenciado directamente por los síntomas del sueño. Pese a la superioridad del tratamiento en comparación, los resultados indican altas tasas de trastorno del sueño postraumático residual. Además, ateniendo a la importancia de la alianza terapéutica, tras comparar el efecto de la misma en un grupo que recibe Terapia EP y otro asignado a la condición de terapia CCT, los resultados señalan que las puntuaciones más altas en alianza se dan en el grupo que recibió Terapia EP, moderando la mejora y obteniendo resultados superiores desde la sesión 3 hasta la finalización del tratamiento con tasas más rápidas de mejora y menor gravedad de sintomatología TEPT (Capaldi et al., 2016).

Atendiendo a la implicación de la alianza terapéutica en diferentes condiciones, Ormhaug et al. (2014) compararon la misma en TF-CBT frente a TAU (comprende enfoques psicodinámicos, TCC y familiar y/o sistémico). En contraste, la condición TF-CBT (12-15 sesiones de 60-90 minutos; 1 vez a la semana) reportó resultados superiores en alianza terapéutica, moderando y obteniendo como resultado mejoras significativas en la reducción de sintomatología TEPT en medidas de post-tratamiento. De modo similar, Jensen et al., (2014) observaron que, la condición TF-CBT (15 sesiones de 60-90 minutos, 1 vez a la semana) en la medida del post-tratamiento resultó ser significativamente superior en comparación con TAU en la reducción de los síntomas relacionados con TEPT, sintomatología depresiva (resultados destacables) y en consecuencia, en problemas generales de salud mental (externalizantes, relacionales, socio-emocionales, hiperactividad y problemas de concentración). No difirieron los resultados en la variable ansiedad, a excepción de la dimensión del Trastorno de Ansiedad Generalizado (TAG). En la misma línea, Jensen et al. (2017) observaron una reducción más rápida de la sintomatología TEPT, depresión, ansiedad y síntomas generales de salud mental en la condición TF-CBT frente a TAU en el tratamiento. Además, proporciona bajas tasas de recaídas ya que en el seguimiento a los 18 meses se mantienen los efectos, aunque en comparación con la condición TAU a largo plazo, sólo difiere en superioridad en la variable de síntomas generales de salud mental. Aas et al., (2019) también mostraron la superioridad comparada del TF-CBT con TAU (15 sesiones de tratamiento, 60-90 minutos; 1 vez a la semana) en un impacto más rápido en reducción de la sintomatología TEPT y depresiva, aumentando de inmediato la calidad de vida relacionada con la salud; las mejoras se mantuvieron a lo largo del seguimiento a los 12 y 18 meses sin recaídas significativas, aunque en este punto de tiempo las medidas no difieren de la condición TAU. Otro aspecto a señalar es que la condición TF-CBT fue superior a TAU ya que repercutió directamente con la liberación de otros recursos sociales, escolares y sanitarios .

En la misma línea, Unterhitzent et al. (2020) compararon la condición TF-CBT (12 sesiones de 60-90 minutos; 1 vez a la semana) con un GC (lista de espera), observando mejorías en la condición GC, si bien TF-CBT superó éstas con un gran tamaño del efecto en reducción de sintomatología TEPT y depresiva. En las mismas condiciones, Goldbeck et al. (2016) pusieron de manifiesto la superioridad comparada de la condición TF-CBT en medidas del post-tratamiento, en la reducción de sintomatología TEPT, cogniciones postraumáticas, depresión, ansiedad y problemas de

comportamiento. Los pacientes más jóvenes y con menos trastornos comórbidos fueron los que más se beneficiaron.

Rosner et al. (2019) compararon la TPC-D (30 sesiones de 50 minutos; dos veces a la semana) con la condición CS. Aunque los resultados no diferían en la primera fase del tratamiento (compromiso y regulación emocional), se obtuvieron resultados significativamente positivos durante la fase central (centrada en el trauma) y en el post-tratamiento, reportando reducción de sintomatología TEPT, depresión, síntomas límite, problemas de conducta y disociación; el éxito fue estable en el seguimiento a los 3 meses y generalizado a otras comorbilidades.

En relación al tratamiento de la comorbilidad de los síntomas TEPT y el abuso de sustancias en población joven y adolescente, Danielson et al. (2020) comparan la terapia RRFT frente a TAU (TF-CBT, (12-18 sesiones de 40-90 minutos; 1 vez a la semana)). La RRFT resulta significativamente superior en comparación en el post-tratamiento, con mayor reducción en síntomas de evitación (relacionados con el consumo); días de consumo y síntomas de hiperexcitación. Estos resultados perduran en el seguimiento a los 3, 12 y 18 meses, y se observa una diferencia significativa a favor de la abstinencia del consumo de Cannabis y múltiples sustancias a largo plazo en el seguimiento para la condición RRFT, pero no difiere en alcohol con la condición TAU. Danielson et al. (2012) comparan la condición TAU (inespecífico) con RRFT (20-23 sesiones de 60 a 90 minutos; 1 vez a la semana), se observa superioridad significativa comparada de RRFT en la reducción de TEPT, uso de sustancias, depresión y sintomatología internalizante, tanto en el post-tratamiento como en el seguimiento de 3 y 6 meses; no fue significativa la diferencia en la variable comportamiento sexual de riesgo, aunque los/as participantes de esta condición reportaron menos ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) y menos parejas sexuales. Queda destacar que en la condición RRFT se recibieron más sesiones promedio que en TAU.

Discusión

Las terapias psicológicas que ofrecen mejor cobertura para atender a la sintomatología TEPT en menores que han sufrido ASI se enmarcan en el enfoque de las TCC. En primer lugar, con Terapia de EP, se observa el mantenimiento de las mejoras transcurridos 12 meses, además de ser más efectiva con la sintomatología postraumática relacionada con el sueño y síntomas comórbidos (depresión, funcionamiento global y síntomas externalizantes), importantes para proteger a los/as menores de efectos

negativos de TEPT. Por otro lado, destaca la eficacia de la TF-CBT, con resultados alentadores en la rápida reducción de la sintomatología TEPT en esta población que se mantienen 18 meses más tarde, en particular en los más jóvenes y con menos trastornos comórbidos. El tratamiento implica una liberación de otros recursos que atienden a la problemática, lo que sugiere la integración de principios de los tratamientos en la práctica general, particularmente en nivel de atención primaria. Ambas terapias potencian la efectividad en comparación a otras atendiendo e integrando la alianza terapéutica durante el proceso. Incorporan técnicas de exposición del trauma a nivel emocional y cognitivo, además de aumentar el compromiso de los/as menores a través de objetivos y tareas, facilitando la alianza terapéutica, moderadora de resultados positivos. Interesa en investigaciones próximas comparar la eficacia de ambas terapias y analizar las aportaciones más positivas de cada una de ellas, con el objetivo de unificar la evidencia.

En ECAs en los que la población menor presenta comorbilidad de sintomatología TEPT y abuso de sustancias, la RRFT ofrece buenos resultados mantenidos en ambas problemáticas hasta 18 meses, destacando la abstinencia en el consumo de Cannabis. No se observó una relación iatrogénica entre las técnicas de exposición y el consumo de sustancias; se obtuvieron resultados positivos. La RRFT subraya la relevancia del papel activo de la familia, dado que se atiende a menores de edad. Se propone un enfoque integrador en el que se tiene en cuenta tanto a los menores como a familiares. La investigación futura debería contar con grupos de control y seguimientos a largo plazo (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011), y resultaría interesante incluir en futuros ensayos terapias familiares de enfoque sistémico. Bajo la perspectiva de las TCC, Rosner et al., (2019), revelaron la eficacia de TPC-D, la cual resulta eficaz y se mantienen las mejoras hasta los 3 meses en sintomatología TEPT y comorbilidades (depresión, síntomas límite, problemas de conducta y disociación). No se observaron mejorías en terapia en las fases de compromiso y regulación emocional, aunque es importante atender a aspectos moderadores como se ha visto en estudios anteriores con la alianza terapéutica (Ormhaug et al., 2014; Capaldi et al., 2016). No obstante son necesarias más investigaciones al respecto para unificar conclusiones, así como estudiar los resultados a largo plazo.

Una de las limitaciones observadas es la ausencia de ECAs que comparen terapia psicoanalítica/ psicodinámica con TAU o GC en menores víctimas de ASI, por lo que se carece de resultados sobre su eficacia en esta población (Parker y Turner, 2013).

Además, en esta revisión tampoco se han encontrado ensayos ECAs que comparen la efectividad de nuevas terapias basadas en la atención plena y EDMR con otras que atiendan sintomatología TEPT en menores. Estas intervenciones promueven la actividad parasimpática, un aumento del tono vagal y mejoras en el TEPT regulando el estado actual y promoviendo la resiliencia (Poli et al., 2021), pudiendo ser un área importante en la que la investigación actual focalice los recursos, diseñando y explorando de forma más rigurosa resultados comparados. Es importante evitar que se pasen por alto investigaciones que pueden ofrecer resultados favorecedores. Es sabido que la empatía del terapeuta es un factor relevante en el éxito terapéutico, independientemente de la orientación en la reducción de sintomatología TEPT (Goodman et al., 2004). Todo apunta a que el esclarecimiento y la evolución de los mecanismos neurobiológicos y de los modelos teóricos, puede sustentar las bases para diseñar y aplicar tratamientos mejorados (Jarero, 2014).

Asimismo, en relación a próximas investigaciones, es importante determinar si menores con síntomas subumbrales de TEPT también tienen síntomas incesantes y determinar qué tratamientos son más eficaces para los síntomas específicos (McLeer et al., 1998). El TEPT puede ser insuficiente para capturar completamente el potencial debilitante de las consecuencias del Trauma Complejo en menores (Wamser-Nanney y Vandenberg, 2013). Por último, resaltar también la necesidad de estudiar a los menores que responden al ASI en formas que no pueden clasificarse o que parecen no mostrar psicopatología. Con la realización de estudios longitudinales debe promoverse la comprensión en el tiempo del curso de la sintomatología de menores con TEPT, así como de los resilientes (Morrisette, 1999; citado por Gallego, 2011).

El resultado de la revisión sistemática reafirma que las terapias bajo el prisma de las TCC conllevan una reducción significativa de la sintomatología TEPT, pero es necesario atender a otros datos. Boyd et al. (2018) observaron en adultos una proporción sustancial de pacientes que conservan su diagnóstico de TEPT después del tratamiento (60%–72%) o continúan experimentando síntomas residuales considerables, además de altas tasas de deserción (35 - 40%). Por tanto, sin negar la efectividad de las TCC para el TEPT, la necesidad de posibles tratamientos integrados o alternativos es evidente.

Referencias

Aas, E., Iversen, T., Holt, T., Ormhaug, S. M., y Jensen, T. K. (2019). Cost-effectiveness analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy: A randomized

- control trial among Norwegian youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(sup1), S298-S311. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1463535>
- Adam, B. S., Everett, B. L., y O'Neal, E. (1992). PTSD in physically and sexually abused psychiatrically hospitalized children. *Child Psychiatry and Human Development*, 23(1), 3-8. <https://doi.org/10.1007/BF00706695>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
- Boyd, J. E., Lanius, R. A., y McKinnon, M. C. (2018). Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder: a review of the treatment literature and neurobiological evidence. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 43(1), 7–25. <https://doi.org/10.1503/jpn.170021>
- Brownlow, J. A., McLean, C. P., Gehrman, P. R., Harb, G. C., Ross, R. J., y Foa, E. B. (2016). Influence of sleep disturbance on global functioning after posttraumatic stress disorder treatment. *Journal of Traumatic Stress*, 29(6), 515-521. <https://doi.org/10.1002/jts.22139>
- Cantón-Cortés, D., y Rosario Cortés, M. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de psicología*, 31(2), 607-614. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>
- Capaldi, S., Asnaani, A., Zandberg, L. J., Carpenter, J. K., y Foa, E. B. (2016). Therapeutic alliance during prolonged exposure versus client-centered therapy for adolescent posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 72(10), 1026-1036. <https://doi.org/10.1002/jclp.22303>
- Collin-Vézina, D., y Hébert, M. (2005). Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(1), 47-52. doi: 10.1097/01.nmd.0000149218.76592.26
- Danielson, C. K., Adams, Z., McCart, M. R., Chapman, J. E., Sheidow, A. J., Walker, J., Smalling, A., y de Arellano, M. A. (2020). Safety and efficacy of Exposure-Based risk reduction through family therapy for co-occurring substance use problems and posttraumatic stress disorder symptoms among adolescents: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 77(6), 574-586. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4803>
- Danielson, C. K., McCart, M. R., Walsh, K., de Arellano, M. A., White, D., y 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. <https://doi.org/10.1037/a0028862>
- de Castro, A., Lendoiro, E., Quintela, Ó., Concheiro, M., López-Rivadulla, M., y Cruz, A. (2012). Hair analysis interpretation of an unusual case of alleged scopolamine-facilitated sexual assault. *Forensic toxicology*, 30(2), 193-198. <https://doi.org/10.1007/s11419-012-0141-x>
- Echeburúa, E., y Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Psicología conductual*, 19(2), 469. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3738651>
- Foa, E. B., Chrestman, K. R., y Gilboa-Schechtman, E. (2008). *Prolonged exposure therapy for adolescents with PTSD emotional processing of traumatic experiences, therapist guide*. Oxford University Press.
- Foa, E. B., McLean, C. P., Capaldi, S., y 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. doi:10.1001/jama.2013.282829
- Gallego, E. B. (2011). Abuso sexual infantil: una revisión de los síntomas asociados con el trastorno por estrés postraumático. *Informació Psicológica*, (101), 40-48. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10550/47030>
- Goldbeck, L., Muche, R., Sachser, C., Tutus, D., y Rosner, R. (2016). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: A randomized controlled trial in eight German mental health clinics. *Psychotherapy and psychosomatics*, 85(3), 159-170. <https://doi.org/10.1159/000442824>
- Goodman, R. F., Morgan, A. V., Juriga, S., y Brown, E. J. (2004). Letting the story unfold: a case study of client-centered therapy for childhood traumatic grief. *Harvard review of psychiatry*, 12(4), 199-212. doi:10.1080/10673220490509534
- Hahn, A. M., Adams, Z. W., Chapman, J., McCart, M. R., Sheidow, A. J., de Arellano, M. A., y Danielson, C. K. (2020). Risk reduction through family therapy (RRFT): Protocol of a randomized controlled efficacy trial of an integrative treatment for co-occurring substance use problems and posttraumatic stress disorder symptoms in adolescents who have experienced interpersonal violence and other traumatic events. *Contemporary clinical trials*, 93, 106012. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2020.106012>
- Jarero, I., Roque-López, S., y Gómez, J. (2014). Primer estudio de investigación de la aplicación del protocolo grupal e integrativo con EMDR a niños víctimas de

- violencia interpersonal severa. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(4), 143E-155E. doi:10.1891/1933-3196.8.4.143
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., Hukkelberg, S. S., Indregard, T., Stormyren, S. D., y Wentzel-Larsen, T. (2014). A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 356-369. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.822307>
- Jensen, T. K., Holt, T., y Ormhaug, S. M. (2017). A follow-up study from a multisite, randomized controlled trial for traumatized children receiving TF-CBT. *Journal of abnormal child psychology*, 45(8), 1587-1597. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0270-0>
- Karadag, M., Gokcen, C., y Sarp, A. S. (2020). EMDR therapy in children and adolescents who have post-traumatic stress disorder: A six-week follow-up study. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 24(1), 77-82. <https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1682171>
- Macdonald, G., Higgins, J. P., Ramchandani, P., Valentine, J. C., Bronger, L. P., Klein, P., O'Daniel, R., Pickering, M., Rademaker, B., Richardson, G., y Taylor, M. (2012). Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 8(1), 1-111. <https://doi.org/10.4073/csr.2012.14>
- McLeer, S. V., Dixon, J. F., Henry, D., Ruggiero, K., Escovitz, K., Niedda, T., y Scholle, R. (1998). Psychopathology in non—clinically referred sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1326-1333. <https://doi.org/10.1097/00004583-199812000-00017>
- McTavish, J. R., Sverdlichenko, I., MacMillan, H. L., y Wekerle, C. (2019). Child sexual abuse, disclosure and PTSD: A systematic and critical review. *Child abuse & neglect*, 92, 196-208. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.04.006>
- Parker, B., y Turner, W. (2013). Psychoanalytic/Psycho-dynamic Psychotherapy for Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused: A Systematic Review. *Campbell Systematic Reviews*, 9(1), i-58. <https://doi.org/10.4073/csr.2013.13>
- Pereda, N. (2016). ¿Uno de cada cinco?: Victimización sexual infantil en España. *Papeles del psicólogo*, 37(2), 126-133. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77846055005>

- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., y Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child abuse & neglect*, 33(6), 331-342. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.07.007>
- Poli, A., Gemignani, A., Soldani, F., y Miccoli, M. (2021). A Systematic Review of a Polyvagal Perspective on Embodied Contemplative Practices as Promoters of Cardiorespiratory Coupling and Traumatic Stress Recovery for PTSD and OCD: Research Methodologies and State of the Art. *International journal of environmental research and public health*, 18(22), 11778. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211778>
- Sabina, C., Wolak, J., y Finkelhor, D. (2008). The nature and dynamics of Internet pornography exposure for youth. *CyberPsychology & Behavior*, 11(6), 691-693. <https://doi.org/10.1089/cpb.2007.0179>
- Saywitz, Karen J.; Mannarino, Anthony P.; Berliner, L., y Cohen, J. A. (2000). Treatment of sexually abused children and adolescents..*American Psychologist*, 55(9), 1040–1049. doi:10.1037/0003-066X.55.9.1040
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T., y Shirk, S. R. (2014). The therapeutic alliance in treatment of traumatized youths: Relation to outcome in a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(1), 52. <https://doi.org/10.1037/a0033884>
- Pereda, N., y Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect*, 31(4), 417-426. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.08.010>
- Raghavan, C., y Kingston, S. (2006). Child sexual abuse and posttraumatic stress disorder: The role of age at first use of substances and lifetime traumatic events. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 19(2), 269-278. <https://doi.org/10.1002/jts.20117>
- Rosner, R., Rimane, E., Frick, U., Gutermann, J., Hagl, M., Renneberg, B., Schreiber, F., Vogel, A., y 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. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4349>
- Rossouw, J., Yadin, E., Alexander, D., y Seedat, S. (2018). Prolonged exposure therapy and supportive counselling for post-traumatic stress disorder in adolescents: task-shifting randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 213(4), 587-594. doi:10.1192/bjp.2018.130

- Roth, R. A. (1978). Multidisciplinary Teams in Child Abuse and Neglect Programs: A Special Report from the National Center on Child Abuse and Neglect (Vol. 27, No. 5). National Center on Child Abuse and Neglect, US Children's Bureau, Administration for Children, Youth and Families, Office of Human Development Services, US Department of Health, Education, and Welfare.
- Ullman, S. E., Najdowski, C. J., y Filipas, H. H. (2009). Child sexual abuse, post-traumatic stress disorder, and substance use: Predictors of revictimization in adult sexual assault survivors. *Journal of child sexual abuse*, 18(4), 367-385.
<https://doi.org/10.1080/10538710903035263>
- Unterhitzenberger, J., Sachser, C., y Rosner, R. (2020). Posttraumatic stress disorder and childhood traumatic loss: a secondary analysis of symptom severity and treatment outcome. *Journal of traumatic stress*, 33(3), 208-217.
<https://doi.org/10.1002/jts.22499>
- Urrútia, G., y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina clínica*, 135(11), 507- 511. doi: 10.1016/j.medcli.2010.01.015
- Wamser-Nanney, R., y Vandenberg, B. R. (2013). Empirical support for the definition of a complex trauma event in children and adolescents. *Journal of traumatic stress*, 26(6), 671-678. <https://doi.org/10.1002/jts.21857>
- Vizard, E. (2013). Practitioner Review: The victims and juvenile perpetrators of child sexual abuse—assessment and intervention. *Journal of child psychology and psychiatry*, 54(5), 503-515. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12047>
- Wamser-Nanney, R., & Vandenberg, B. R. (2013). Empirical support for the definition of a complex trauma event in children and adolescents. *Journal of traumatic stress*, 26(6), 671-678. <https://doi.org/10.1002/jts.21857>
- World Health Organization (2017). Responding to children and adolescents who have been sexually abused. Recuperado 10 enero, 2021, de <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/clinical-response-csa/en/>.
- Zandberg, L., Kaczurkin, A. N., McLean, C. P., Rescorla, L., Yadin, E., y Foa, E. B. (2016). Treatment of adolescent PTSD: The impact of prolonged exposure versus client-centered therapy on co-occurring emotional and behavioral problems. *Journal of traumatic stress*, 29(6), 507-514. <https://doi.org/10.1002/jts.22138>

Anexos

Anexo 1: “Criterios diagnósticos TEPT DSM-5”

Trastorno de Estrés Postraumático	
Criterios diagnósticos	309.81 (F43.10)
<p>Trastorno de estrés postraumático</p> <p>Nota: Los criterios siguientes se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. Para niños menores de 6 años, véanse los criterios correspondientes más adelante.</p> <p>A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s). 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros. 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental. 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil). <p>Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.</p> <p>B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). <p>Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s). <p>Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente). <p>Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s). 5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s). <p>C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s). 2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s). <p>D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas). 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Estoy mal", "No puedo confiar en nadie", "El mundo es muy peligroso", "Tengo los nervios destrozados"). 	

3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

E La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara, sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
 2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado)
- Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Apéndices

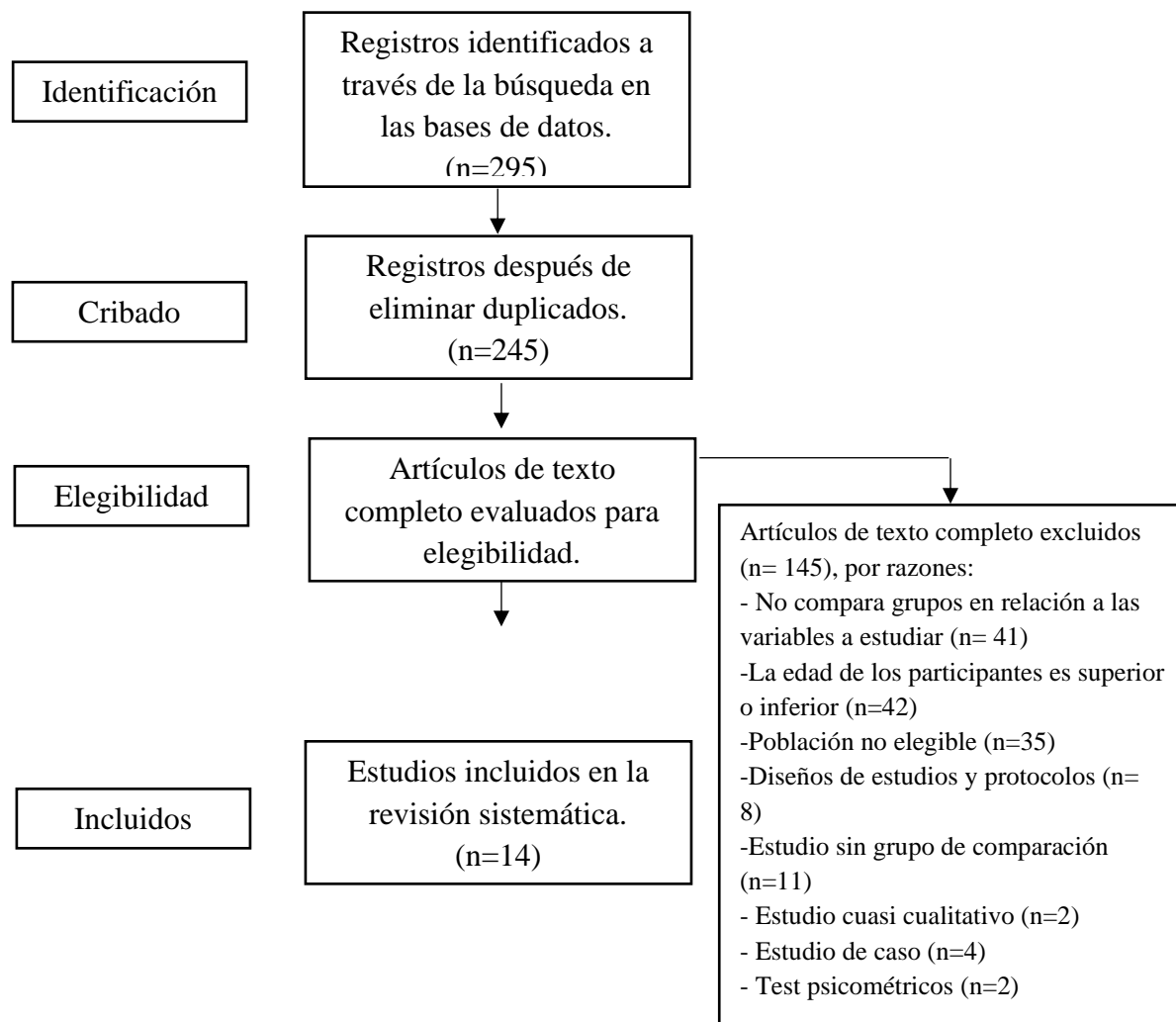
Apéndice A: Tabla 1: “Descripción de la estrategia de búsqueda”

Tabla 1	
Descripción de la estrategia de búsqueda (14 de diciembre de 2021)	
Delimitación de la búsqueda	Resultados
SCOPUS	105
<p>(TITLE-ABS-KEY ("PTSD" OR "posttraumatic stress disor*" OR "post-traumatic stress disor*") AND TITLE-ABS-KEY ("child*" OR "teen*" OR "infant*" OR "adolescen*" OR "minor*" OR "young*") AND TITLE-ABS-KEY ("sexual* abuse*") AND TITLE-ABS-KEY ("psychological intervention*" OR "therap*" OR "psychotherap*" OR "treatment*") AND TITLE-ABS-KEY ("RCT" OR "random* trial*" OR "random* control* trial*")) AND PUBYEAR > 2010</p>	
WEB OF SCIENCE	187
<p>“PTSD” OR “posttraumatic stress disor*” OR “post-traumatic stress disor*” (All Fields) and “child*” OR “teen*” OR “infant*” OR “adolescen*” OR “minor*” OR “young*” (All Fields) and “sexual* abuse*” (All Fields) and “psychological intervention*” OR “therap*” OR “psychotherap*” OR “treatment*” (All Fields) and “RCT” OR “random* trial*” OR “random* control* trial*” (All Fields)</p> <p>Timespan: 2011-01-01 to 2021-12-14 (Publication Date)</p>	
PSYCARTICLES	3
<p>“PTSD” OR “posttraumatic stress disor*” OR “post-traumatic stress disor*” AND Any Field: “child*” OR “teen*” OR “infant*” OR “adolescen*” OR “minor*” OR “young*” AND Any Field: “sexual* abuse*” AND Any Field: “psychological intervention*” OR “therap*” OR “psychotherap*” OR “treatment*” AND Any Field: “RCT” OR “random* trial*” OR “random* control* trial*” AND Year: 2011 To 2021</p>	
Total búsquedas	295

Apéndice B: Figura 1: “Diagrama de flujo”

Figura 1

Diagrama de flujo de elementos de informes preferidos para revisiones sistemáticas y meta-análisis (PRISMA)



Apéndice C: Tabla 2: “Resultados”

Tabla 2						
Características de los estudios seleccionados y los resultados encontrados						
Estudio (ECA)	Muestra	Tipo trauma	Intervenciones	Comparación y medidas	Resultados Primarios	Seguimiento
1.Aas et al. (2019)	Niños y adolescentes 10-18 años (n=156)	20 % ASI	TF-CBT vs. TAU (enfoque psicodinámico, familiar y CCT)	Comparación entre grupos CPSS 16D	-Mejoras significativas en ambos grupos -Fase de post-tratamiento TF-CBT >TAU	-1 año: no diferencias significativas entre grupos -1,5 años: no diferencias significativas entre grupos
2.Brownlow et al. (2016)	Adolescentes 13-18 años (n=61)	ASI	CCT (alteración del sueño postraumático) vs. Terapia EP	Comparación entre grupos CPSS-1 CGAS	-Ambos tratamientos mejora significativa en TEPT y funcionamiento global (persiste alteración residual del sueño postraumático) -EP > CCT	Seguimiento a los 6 y 12 meses: insomnio y pesadillas predicen significativamente peor funcionamiento global. Se mantienen las mejoras significativas
3. Capaldi et al. (2016)	Adolescentes 13-18 años (n=61)	ASI	Alianza terapéutica Terapia EP vs. Alianza terapéutica CCT	Comparación entre grupos CPSS WAI-S	-Ambos tratamientos reducción significativa TEPT -Alianza PE-A>CCT -Tratamiento Alianza EP> Alianza CCT	
4.Danielson et al. (2020)	Adolescentes 13-18 años (n=124)	ASI 68,5 %	RRFT vs. TAU: (Generalmente TF-CBT)	Comparación grupos Índice PTSD-A; PTSD-P de UCLA para DSM 5	-Mejora sintomatología ambos grupos -No hay diferencias significativas entre los grupos en relación a TEPT (sólo en síntomas de evitación)	-Se mantienen mejoras en ambos grupos hasta 18 meses después -RRFT mayor reducción en la gravedad síntomas de evitación.
5. Danielson et al. (2012)	Adolescentes 13-17 años (n=30)	ASI	RRFT vs. TAU: (ningún tratamiento surgió como aplicación constante)	Comparación grupos Índice PTSD-A; PTSD-P de UCLA para DSM 5	-Mejora sintomatología ambos grupos - RRFT >TAU	-Se mantienen mejoras hasta los 6 meses.
6. Foa et al. (2013)	Adolescentes 13- 18 años (n=61)	ASI	Terapia EP vs. CS: (modelo de psicoterapia Rogeriano)	Comparación grupos Escala síntomas TEPT; CPSS;	-Mejora en ambos grupos -EP>CS	-Durante 12 meses de seguimiento se mantienen las mejoras en ambos grupos

				CPSS-SR; K-SADS		
7. Goldbeck et al. (2016)	Niños y adolescentes 7-17 años (n=159)	Eventos traumáticos interpersonales 76,7 % (Incluye ASI)	TF-CBT vs. GC: (Lista de espera)	Comparación grupos CAPS-CA	-TF-CBT>GC Los pacientes más jóvenes con menos trastornos comórbidos muestran más mejora.	
8. Jensen et al. (2017)	Niños y adolescentes 10-18 años (n=156)	35,2% ASI	TF-CBT vs. TAU: (CCT, psicodinámico, intervención familiar y cognitiva)	Comparación grupos CPSS		-18 meses: se mantienen las mejoras significativas -TF-CBT: mejora más eficiente del trauma
9. Jensen et al (2014)	Niños y adolescentes 10-18 años (n=156)	35,2% ASI	TF-CBT vs. TAU: (CCT, psicodinámico, intervención familiar y cognitiva)	Comparación grupos CPSS CAPS-CA	-Mejora en ambos grupos -TF-CBT>TAU (no diferencias significativas en ansiedad)	
10. Ormhaug et al. (2014)	Niños y adolescentes 10-18 años (n=156)	ASI 29%	Alianza terapéutica TF-CBT vs. Alianza terapéutica TAU: (Psicodinámica, TCC; familiar o sistémico)	Comparación grupos TASC-R CPSS CAPS-CA	-Alianza más fuertemente asociada TF-CBT -TF-CBT>TAU	
11. Rosner et al. (2019)	Adolescentes 14-21 años (n=88)	Abuso físico y/o sexual infantil	TPC-D vs. CS (Lista Espera)	Comparación grupos CAPS-CA TEPT autoinformado	-Mejora sintomatología ambos grupos - TPC-D > CS	-Éxito del tratamiento TPC-D se mantiene a los 3 meses y generalizado a síntomas limítrofes y otras comorbilidades
12. Rossouw et al. (2018)	Adolescentes 13-18 años (n=63)	ASI 42.2 %	Terapia EP vs. CS: (CCT)	Comparación de grupos CPSS-SR MINI KID Diagnóstico TEPT	-Mejora sintomatología ambos grupos -EP>CS	-Se mantuvo durante 3 y 6 meses un tamaño del efecto similar (EP)
13. Unterhitzent et al. (2020)	Niños y adolescentes 7-17 años (n=59)	ASI	TF-CBT vs. GC: (Lista de espera)	Comparación de grupos CAPS-CA	-GC mejora de la sintomatología -Reducción síntomas TF-CBT gran efecto de tamaños	
14. Zandberg et al. (2016)	Adolescentes 13-18 años (n=61)	ASI	Terapia EP vs. CCT (Se incluyó sesiones pretratamiento en ambas condiciones)	Comparación de grupos Escala YSR	-Mejora sintomatología ambos grupos -EP>CCT en la escala de externalización	-Mejora significativa en fase de tratamiento y seguimiento: medición hasta 12m.

Nota. ASI: Abuso sexual infantil; TF-CBT: Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma; TAU: Tratamiento habitual; CCT: Terapia Centrada en el Cliente; CPSS: Escala Infantil de Síntomas de Estrés Postraumático; Terapia EP: Terapia de Exposición Prolongada; CGAS: Escala de Evaluación Global para menores; TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático; WAI-S: Inventario de alianza terapéutica versión corta; RRFT: Reducción de Riesgo mediante Terapia Familiar; CPSS-SR: Escala Infantil de Síntomas de Estrés Postraumático versión autoinformada; K-SADS: Entrevista diagnóstica niños y adolescentes; GC: Grupo Control; CS: Consejos; TASC-R: Escala de alianza terapéutica para niños revisada; TPC-D: Terapia de Procesamiento cognitivo mejorada; YSR: Escala “Youth Self- Report”.

Apéndice D: Tabla 3: “Glosario”**Glosario de términos**

ASI: Abuso Sexual Infantil

ASC-R: Escala de Alianza Terapéutica para niños revisada

CCT: Terapia Centrada en el Cliente

CGAS: Escala de Evaluación Global para menores

CPSS: Escala Infantil de síntomas de Estrés Postraumático

CPSS-SR: Escala Infantil de Síntomas de Estrés Postraumático (autoinformada)

CS: Consejos

ECA: Ensayo Controlado Aleatorio

EMDR: Terapia de Reprocesamiento y Desensibilización a través del Movimiento Ocular

ETS: Enfermedad de Transmisión Sexual

K-SADS: Entrevista diagnóstica niños y adolescentes

MBCT: Terapia Cognitiva Basada en el Mindfullnes

MBSR: Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena

RRFT: Reducción de Riesgos a Través de la Terapia Familiar

TAU: Tratamiento Habitual

TCC: Terapias Cognitivo-Conductuales

TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático

Terapia EP: Terapia de Exposición Prolongada

TPC-D: Terapia de Procesamiento Cognitivo Adaptada al Desarrollo

WAI-S: Inventario de Alianza Terapéutica versión corta

YSR: Escala “Youth Self Report”