



**Universidad
Europea** CANARIAS

**Efectividad de las Terapias
Psicológicas Centradas en el Trauma
en Víctimas de Abuso Sexual Infantil
(ASI): una revisión sistemática**

Trabajo fin de Máster

Autora: Sheila Mateo Merino

Tutora: Andrea Duarte Díaz

9 de marzo de 2026

Resumen

La terapia psicológica centrada en el trauma es una de las intervenciones más utilizadas para tratar las consecuencias derivadas del abuso sexual infantil (ASI). Si bien su eficacia está comprobada en cuanto a la remisión de síntomas relacionados con el trastorno de estrés postraumático (TEPT) se presentan interrogantes en cuanto a su efectividad en variables significativas como la disociación y la autoestima. El objetivo principal fue analizar la efectividad de las intervenciones psicológicas centradas en trauma en víctimas de ASI mediante una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados (incluyendo estudios de seguimiento). Se realizó una búsqueda en las bases de datos de APA PsyArticles, APA PsycINFO, CINAHL Complete y MEDLINE, a través de la plataforma EBSCO donde no se realizó ninguna restricción temporal. Se seleccionaron estudios que evaluaran intervenciones centradas en trauma y arrojaran resultados en relación con las variables: TEPT, disociación y/o autoestima. La calidad metodológica se evaluó mediante los criterios CASPe. Tras el análisis de los ocho estudios incluidos, los resultados confirman que la terapia centrada en el trauma en comparación con otros tipos de intervenciones reduce y mantienen la mejoría de los síntomas relacionados con el TEPT. Los resultados se mantienen a largo plazo y se constata también que la intervención con un mayor número de sesiones tiene mejores resultados que con intervenciones con menos número de sesiones. Sin embargo, solo dos de los ocho estudios han tenido en cuenta la disociación como una medida de resultado. A su vez, solo uno de los estudios ha tenido en cuenta, como variable de resultado, la autoestima. En conclusión, la terapia centrada en el trauma es la intervención más eficaz para la reducción de sintomatología asociada al TEPT en víctimas de ASI. Sin embargo, se plantea la necesidad de intervención y desarrollo de protocolos que incorporen tanto la disociación como la autoestima como medidas de resultados para lograr una reparación integral de la víctima.

Palabras clave: Abuso Sexual Infantil, EMDR, TF-CBT, Trauma, Revisión Sistemática

Abstract

Trauma-focused psychological therapy is one of the most widely used interventions for treating the consequences of child sexual abuse (CSA). While its efficacy is proven in alleviating symptoms related to post-traumatic stress disorder (PTSD), questions remain regarding its effectiveness on significant variables such as dissociation and self-esteem. The main objective of this study was to analyze the effectiveness of trauma-focused psychological interventions in CSA victims through a systematic review of randomized controlled trials (including follow-up studies). Regarding methodology, a search was conducted in the APA PsyArticles, APA PsycINFO, CINAHL Complete, and MEDLINE databases via the EBSCO platform, with no time restrictions. Studies evaluating trauma-focused interventions and reporting results related to the variables of PTSD, dissociation, and/or self-esteem were selected. Methodological quality was assessed using the CASPe criteria. The results, after analyzing the eight included studies, confirm that trauma-focused therapy, compared to other types of interventions, reduces and maintains improvement in PTSD-related symptoms. These results are maintained in the long term, and it is also observed that interventions with a greater number of sessions yield better results than those with fewer sessions. However, only two of the eight studies considered dissociation as an outcome measure. Similarly, only one study considered self-esteem as an outcome variable. In conclusion, trauma-focused therapy is the most effective intervention for reducing PTSD-related symptoms in victims of sexual assault. However, the need arises for interventions and the development of protocols that incorporate both dissociation and self-esteem as outcome measures to achieve comprehensive recovery for the victim.

Keywords: Child Sexual Abuse, EMDR, TF-CBT, Trauma, Systematic Review

Introducción

Origen y concepto del trauma

El término trauma proviene del griego **τραῦμα** (traûma), que significa **“herida”**. Inicialmente, se utilizó en el ámbito médico para referirse y describir una lesión de origen físico o corporal. A finales del siglo XIX fue cuando comenzó a adquirir una connotación psicológica, ya que se empezó a observar que algunos acontecimientos dejaban “heridas” en la mente que, si bien no eran visibles, sí eran profundas (Leys, 2000).

Jean-Martin Charcot y Pierre Janet fueron los primeros en investigar cómo las experiencias traumáticas podrían derivar en síntomas psicológicos. Charcot pudo observar la histeria traumática en internos del Hospital de la Sapêtrière donde, por medio, del término neurosis traumática describía los síntomas postraumáticos (Iatp, 2025). A finales de 1880, se publicó *“L’automatisme psychologique”* donde Janet analizaba la relación entre los recuerdos traumáticos almacenados en el cerebro como ideas subconscientes y cómo estas pueden presentarse como estados emocionales y no como una narración verbal. Fue en ese momento cuando se introdujeron los términos “subconsciente” y “disociación”. A principios del siglo XX, el interés por el trauma experimentó un breve, seguido de un periodo de estancamiento; en el que la psiquiatría se desvinculó y perdió el interés por este concepto durante varias décadas (Nader-N., 2018). No obstante, el término “trauma” resurgió a mediados del siglo XX a raíz de la sintomatología postraumática observada en soldados tras la Primera y la Segunda Guerra Mundial.

Abuso Sexual Infantil (ASI)

Según la *World Health Organization* (2017), el abuso sexual infantil consiste en la participación de un niño o adolescente en una actividad sexual de la cual no es plenamente consciente bien porque no puede dar su consentimiento o porque no está preparado a nivel madurativo. Los menores pueden ser víctimas de abuso sexual por parte de adultos o de otros

menores que, por cuestiones de desarrollo, se encuentran en una posición de poder sobre la víctima. Por ello, y dependiendo del **origen del agresor**, el abuso puede ser: intrafamiliar, donde el abusador es un pariente o una persona del núcleo familiar, o interfamiliar donde el agresor se encuentra fuera del entorno familiar.

Se distinguen tres **tipos de abuso sexual infantil**: el abuso sexual sin contacto físico (amenazas de abuso sexual, insinuaciones sexuales, exposición a pornografía), abuso sexual con contacto físico, el cual incluye relaciones sexuales pudiendo ser agresión sexual o violación, y, por último, abuso sexual con contacto excluyendo las relaciones sexuales, pero sí incluyendo tocamientos, caricias y besos inapropiados.

Cabe destacar que tal y como se señala en la Guía Clínica de la OMS, el abuso sexual infantil se suele llevar a cabo mediante **manipulación** y no mediante fuerza como podría ocurrir en otro tipo de abuso sexual.

En 2013 se llevó a cabo un metaanálisis donde se sugiere que en torno al 9% de las niñas y el 3% de los niños sufren intentos o consumaciones de relaciones sexuales no consentidas ya sea de origen oral, vaginal o anal (Barth et al., 2013). Por otro lado, en un estudio realizado en 2018 sobre las características del abuso físico y sexual infantil como predictores de psicopatología se establece que la aparición temprana del abuso físico y sexual está asociada con sintomatología más grave de depresión, ansiedad, así como de Trastorno de Estrés Postraumático. En este estudio se señala que, en general, los resultados sugieren que los abusos ocurridos después de los 5 años pueden tener un impacto más perjudicial en referencia con la salud mental (Adams et al., 2018).

¿Cómo afecta a nivel psicobiológico el trauma?

De Bellis et al. (1999) observaron en una muestra de 44 niños y adolescentes maltratados con TEPT que presentaban volúmenes intracraneales y cerebrales menores que los sujetos del grupo control. Estos resultados muestran, por lo tanto, alteraciones

estructurales vinculadas a una exposición temprana al trauma. Además, en víctimas de abuso sexual, se presentan anomalías en las hormonas del estrés debido a una desregulación del eje hipotálamo-hipofisiario-suprarrenal. Por su parte, Schalinski et al. (2016) llevaron a cabo un estudio sobre el tipo y momento de experiencias adversas en la infancia que afectan la **gravedad del TEPT** y síntomas disociativos y depresivos en pacientes adultos hospitalizados. Este estudio establece que una exposición a abuso infantil en periodos de vulnerabilidad afecta a diferentes áreas del cerebro. Entre los **3 y 5 años** presenta una sintomatología mayor en TEPT debido a su incidencia en el desarrollo del **hipocampo** (encargado de la memoria y el aprendizaje). La exposición a abuso entre los **10 y 11 años** afecta significativamente al desarrollo de la **amígdala** (encargada de procesar las emociones y la respuesta al miedo). Entre los **11 y 13 años** se encuentra afectado el desarrollo del hipocampo, afectando a la corteza **prefrontal** (encargada de la toma de decisiones, el razonamiento y la planificación) entre los **14 y 16 años**, afectando, así, a los mecanismos de **regulación emocional** y respuesta al estrés.

En otro estudio sobre **maltrato y el desarrollo cerebral**, se analizó una muestra de 167 adolescentes entre 13 y 14 años que tenía como objetivo abordar el análisis de experiencias acumulativas frente a la mediación diferenciada de experiencias de abuso y negligencia en relación con el desarrollo cerebral. Los resultados del estudio sugieren que la **negligencia** tiene efectos perjudiciales en el neurodesarrollo del **sistema de valoración** (evaluación del valor y riesgo asociado a estímulos apetitivos/aversivos). Sin embargo, el **abuso** tiene efectos acelerados en el neurodesarrollo del **sistema de control** (evitación de situaciones de riesgo) (Kim-Spoon et al., 2021).

En base a lo anterior, se demuestra que el trauma psicológico especialmente derivado del ASI tiene repercusiones en la persona tanto a nivel emocional, cognitivo como neurobiológico.

Evidencia empírica

Entre las intervenciones con mayor respaldo y evidencia científica se encuentra la **Terapia Cognitivo-Conductual Centrada en el Trauma (TF-CBT)**, desarrollada por Cohen et al. (2004), Cohen, Mannarino y Deblinger (2006). Este enfoque integra técnicas como la **reestructuración cognitiva, exposición gradual, entrenamiento de habilidades de afrontamiento y trabajo con padres**. Tiene como objetivo ayudar a niños y adolescentes víctimas de un proceso traumático a procesar el trauma de una forma segura.

La evidencia empírica disponible le otorga un respaldo a la TF-CBT en cuanto a la eficacia en intervenciones con víctimas de ASI. Diversos ensayos clínicos aleatorizados han mostrado que esta intervención se asocia con mejoras significativas en los síntomas de TEPT, depresión y problemas conductuales, obteniendo efectos superiores a otras modalidades de intervención manteniendo los resultados a largo plazo (Cohen et al., 2004; Cohen et al., 2005).

Asimismo, otros estudios han señalado la existencia de heterogeneidad en la respuesta al tratamiento, identificando diferentes perfiles en niños y niñas víctimas de ASI. Más allá de estas diferencias, en general, la evidencia muestra que la TF-CBT podría asociarse con una reducción significativa de síntomas postraumáticos y disociativos, así como mejoras en el funcionamiento emocional y conductual (Hébert & Amédée, 2020). Si bien la TF-CBT es una intervención clave para la reducción de sintomatología asociada al TEPT o a síntomas disociativos, algunos estudios presentan limitaciones significativas como seguimiento a largo plazo o la falta de control de variables como adherencia al tratamiento o a la implicación de los cuidadores no agresores.

Otro enfoque esperanzador es el basado en la intervención mediante la terapia de reprocesamiento cognitivo, la cual ha mostrado resultados significativos tanto en la intervención como en el mantenimiento de resultados a largo plazo (Nixon., et al 2016)

La Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR), la cual está basada en el modelo de procesamiento adaptativo de la información, ha ganado relevancia dentro del contexto de trauma infantil. Ensayos comparativos en víctimas adultas víctimas de ASI indican que ambos tipos de intervención producen mejoras significativas de TEPT, ansiedad y regulación emocional (Molero-Zafra et al., 2024)

En definitiva, aunque los hallazgos son esperanzadores en cuanto a la eficacia de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma, así como de otros enfoques como la terapia de procesamiento cognitivo, existen limitaciones que restringen la generalización de resultados.

Objetivo

La presente revisión sistemática tiene como objetivo analizar y comparar la eficacia de las terapias psicológicas centradas en el trauma en víctimas de abuso sexual infantil, mediante la revisión de estudios aleatorizados en función de los marcadores: estrés postraumático, autoestima y disociación. Por lo tanto, se pretende contribuir a una comprensión de la eficacia de las diferentes terapias centradas en el trauma con el fin de ofrecer orientación de cara a investigaciones futuras y a las víctimas de ASI.

Método

Se realizó una revisión sistemática informada de acuerdo con las recomendaciones de la Declaración PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Page et al., 2021), un conjunto de directrices internacionales diseñadas para garantizar la transparencia, la calidad metodológica y la exhaustividad en la elaboración de revisiones sistemáticas y metaanálisis. Esto permite una descripción clara y reproducible del proceso del procedimiento en relación con la identificación, selección y síntesis de resultados de los artículos incluidos.

El objetivo principal de la presente revisión sistemática es analizar y comprobar la eficacia de la terapia psicológica centrada en trauma en víctimas de Abuso Sexual Infantil (ASI), en comparación con otros enfoques terapéuticos. La investigación giró en torno a la siguiente pregunta de investigación: *¿Es eficaz la terapia psicológica centrada en el trauma respecto a la intervención con otro tipo de terapias para reducir los síntomas psicológicos en víctimas de abuso sexual infantil?*

Fuentes de información y estrategia de búsqueda de información y estrategia de búsqueda

La búsqueda se realizó mediante las bases de datos electrónicas *APA PsycArticles*, *CINAHL Complete*, *MEDLINE* y *APA PsycInfo* el 7 de noviembre de 2025. Los descriptores (términos MeSH) utilizados fueron los siguientes: Child Abuse, Sexual, Child Abuse Survivors, adult Survivors of Child Abuse y Sexual Trauma. La estrategia de búsqueda (Tabla 1) se llevó a cabo con una interrelación de los términos MeSH señalados y palabras claves relacionadas por medio de operadores booleanos (AND y OR).

Tabla 1

Estrategia de búsqueda

Base de datos (plataforma)	Estrategia de búsqueda	Fecha de búsqueda	Resultados
APA PsycArticles, CINAHL Complete, MEDLINE y APA PsycInfo (vía EBSCO)	((("sexual-abuse" or "sexual victimization" or "sexual violence" or "rape" or "child sexual abuse" OR "childhood sexual abuse" OR "sexual abuse in childhood" OR CSA OR "early sexual trauma") OR ("sexual-abuse" or "sexual victimization" or "sexual violence" or "rape" or "child sexual abuse" OR "childhood sexual abuse" OR "sexual abuse in childhood" OR CSA OR "early sexual trauma") AND (MH "Child Abuse" OR MH "Child Abuse, Sexual" OR MH "Child Abuse Survivors") AND (MH "Adult Survivors of Child Abuse" OR MH "Sexual Trauma")) AND (TI ("trauma focused cognitive behavioral therapy" OR "trauma focused cognitive behavioural therapy" OR "trauma-focused cognitive behavior*" OR "trauma-focused cognitive behavioural*" OR "trauma focused cbt" OR "tf-cbt" OR "trauma-focused therapy" OR "trauma focused therapy" OR "trauma-focused treatment" OR "trauma informed therapy" OR "trauma therapy" OR "trauma centered" OR "trauma	07/11/2025	405 (305 tras eliminar duplicados)

Base de datos (plataforma)	Estrategia de búsqueda	Fecha de búsqueda	Resultados
	centred") OR AB ("trauma focused cognitive behavioral therapy" OR "trauma focused cognitive behavioural therapy" OR "trauma-focused cognitive behavior*" OR "trauma-focused cognitive behavioural*" OR "trauma focused cbt" OR "tf-cbt" OR "trauma-focused therapy" OR "trauma focused therapy" OR "trauma-focused treatment" OR "trauma informed therapy" OR "trauma therapy" OR "trauma centered" OR "trauma centred"))		

Criterios de elegibilidad

Se establecieron criterios de inclusión y exclusión de artículos con el fin de garantizar una selección sistemática, transparente y reproducible de los estudios significativos para la presente revisión. Tanto los criterios de inclusión como de exclusión permitieron delimitar el alcance de la literatura revisada y asegurar la pertinencia de los artículos seleccionados relacionados con el objetivo del estudio, así como con la pregunta de investigación planteada.

Los criterios de inclusión para la selección de artículos fueron:

- Población: personas que hayan sido víctimas de ASI.
- Artículos que midieran: la eficacia de la terapia psicológica centrada en el trauma en víctimas de abuso sexual infantil en comparación con otro tipo de terapia.
- Comparador: intervención con otro tipo de terapia: Terapia Centrada en el Niño, Terapia de Apoyo No Directiva, Placebo, Terapia Narrativa, EDMR, Tratamiento habitual, lista de espera.
- Resultados: reducción significativa, tras la intervención, en la sintomatología asociada a Trastorno de Estrés Postraumático, autoestima y/o disociación.
- Diseño de los estudios: ensayos controlados aleatorizados (ECA).
- Artículos originales publicados en inglés o español.
- Artículos disponibles a texto completo.

- Fecha de publicación: sin límites

Los criterios de exclusión fueron:

- Estudios con un idioma diferente al inglés o español.
- Artículos que no dieran respuesta a la pregunta de investigación y, además, no estuvieran relacionados con el objetivo de la revisión.
- Revisiones sistemáticas, metaanálisis y protocolos, así como otro tipo de estudios como cualitativos y observacionales o capítulos de libros.

Proceso de selección de los datos

Tras la identificación de la muestra de artículos obtenida a través de las bases de datos seleccionadas (Tabla 1), los duplicados fueron eliminados de forma automática durante el proceso de exportación de los metadatos desde la plataforma EBSCOhost, obteniéndose así la muestra de registros única para el posterior proceso de cribado. Posteriormente, los artículos restantes fueron evaluados mediante un proceso de revisión por pares independientes. La gestión de las referencias identificadas se llevó a cabo mediante la plataforma Rayyan, una herramienta web diseñada específicamente para facilitar la selección de estudios en revisiones sistemáticas, lo cual permite un trabajo colaborativo entre revisores usando el modo ciego y la resolución eficaz de discrepancias entre los revisores.

En la primera fase, las revisoras evaluaron de manera independiente y en modo ciego los estudios identificados solo a través del título y resumen de estos, con el objetivo de determinar su elegibilidad según los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Una vez completada la fase, se desactivó el modo ciego y se discutieron las discrepancias surgidas entre los revisores hasta alcanzar el consenso. Para alcanzar dicho consenso, cada revisora indicó los motivos por los cuales decidieron incluir o excluir el estudio en cuestión. De esta forma, se obtuvo la primera selección depurada. La siguiente fase, consistió en revisar la primera selección depurada, nuevamente en modo ciego, pero en esta ocasión a texto

completo, con el objetivo de determinar la muestra definitiva siguiendo los criterios de elegibilidad.

Proceso de extracción de datos

La extracción de datos se realizó a partir de los estudios incluidos tras el proceso de la selección final. Para ello, se realizó una lectura completa y detallada de cada uno de los artículos, con el objetivo de identificar la información relevante en función de los objetivos establecidos en la revisión. La extracción fue realizada por la autora del trabajo mediante el uso de una tabla de extracción de datos previamente diseñada y acordada. En caso de dudas en la interpretación de la información, se consultó con la tutora para llegar a un consenso.

Lista de datos

Para cada uno de los estudios seleccionados se extrajeron los datos siguientes:

- Datos de identificación del estudio (autoría, año de publicación y país)
- Tamaño muestral
- Características de la población (edad media, porcentaje de mujeres y hombres...).
- Características de la intervención (enfoque, número de sesiones, frecuencia de las sesiones, duración de las sesiones, modalidad: individual/grupal, modalidad: presencial/online)
- Tipo de comparador: enfoque terapéutico, placebo o lista de espera.
- Medida de resultado e instrumento utilizado.

Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales

La evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos se realizó con el objetivo de valorar la calidad metodológica y la validez interna de los resultados. Para ello, se utilizó una adaptación de la herramienta CASPe (*Critical Appraisal Skills Programme España*), programa de lectura crítica la cual proporciona una guía estructurada para la evaluación

sistemática de la calidad de la evidencia científica especialmente en ensayos clínicos.

Se emplearon los seis primeros ítems de CASPe para ensayos clínicos, al considerar que son los más relevantes para la identificación de posibles sesgos. Los ítems evaluados fueron los siguientes:

1. ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida? (población de estudio, intervención realizada, resultados considerados).
2. ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos? (ocultación de la secuencia de aleatorización).
3. ¿Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él? (seguimiento completo, interrupciones en el estudio, análisis de pacientes en el grupo asignado).
4. ¿Se mantuvo el cegamiento? (pacientes, clínicos, personal de estudio).
5. ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo? (en función de efecto sobre el resultado: edad, sexo, etc.)
6. ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?

La evaluación fue realizada por una revisora que, en caso de duda, consultó con la segunda revisora. En caso de discrepancias se resolvieron mediante discusión y consenso.

Medidas del efecto

Las medidas del efecto se extrajeron para cada desenlace en función del tipo de variable y de la información disponible de los estudios. Dado que la mayoría de los desenlaces fueron continuos y se evaluaron mediante instrumentos psicométricos validados, los resultados se presentaron principalmente como diferencias de medias entre los grupos intervención y control. En ausencia de estos indicadores, los resultados se describieron a

partir de las estadísticas resumidas informadas por los autores, sin realizar cálculos adicionales.

Método de síntesis

Los resultados se integraron mediante una síntesis de tipo narrativo, en la que se incluyeron todos los estudios que cumplieron con los criterios de elegibilidad, sin aplicar filtros adicionales para análisis cuantitativos. La heterogeneidad en las características de las intervenciones, las poblaciones estudiadas y las variables de resultados impidió la realización de un metaanálisis. La síntesis narrativa se organizó en torno a tres desenlaces de interés: síntomas TEPT, autoestima y disociación, lo que permitió estructurar la comparación de los hallazgos de forma clara y coherente. Los resultados se presentaron mediante tablas descriptivas y una exposición narrativa de los principales hallazgos, con el fin de facilitar la interpretación y ofrecer una visión comprensible de la diversidad de intervenciones y efectos recogidos en la revisión. Se elaboraron tablas descriptivas con el fin de facilitar la comparación entre los diferentes enfoques terapéuticos.

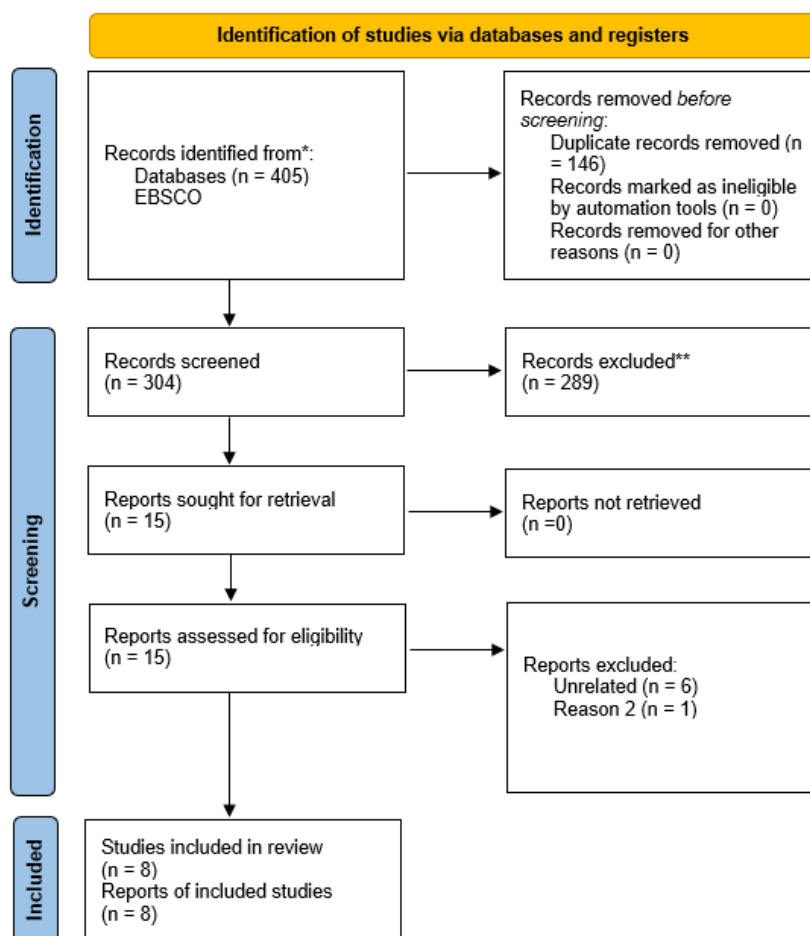
Resultados

Selección de los estudios

La búsqueda inicial arrojó un total de 450 resultados, que tras la eliminación de duplicados se redujo a 304 artículos. Después de la fase de cribado por título y resumen, se evaluaron 15 artículos a texto completo, de los cuales 8 estudios cumplieron con los criterios de elegibilidad formándose así la muestra final (Figura 1).

Figura 1

Proceso de selección de estudios: diagrama PRISMA



Características de los estudios incluidos

Los ocho estudios incluidos fueron publicados entre 2004 y 2024 y todos emplearon un diseño experimental ECA donde siete de ellos centraron su intervención en la TF-CBT y, uno de ellos, en la terapia de procesamiento cognitivo (CPT). Los estudios fueron llevados a cabo en diferentes contextos, principalmente en Estados Unidos, aunque también en España, Australia y la República Democrática del Congo. Si bien la mayoría de los estudios se centraron en población infanto-juvenil, dos de los estudios incluyeron población adulta. Los tamaños muestrales fueron variables y oscilaron entre 19 y 229 participantes. En general, las muestras estuvieron compuestas

en su mayoría por mujeres mientras que algunos de los estudios se llevaron a cabo con una muestra exclusivamente femenina.

Las intervenciones evaluadas se basaron en un enfoque cognitivo-conductual centrado en el trauma, con una variación en el número de sesiones (entre 6 y 16), diferencia en la duración de estas (30-120 minutos) así como la modalidad de intervención (individual/grupal, presencial/telemática). En algunos estudios se analizaron variantes específicas como la inclusión de componentes narrativos o la combinación terapia psicológico y farmacología. Los comparadores, a su vez, incluyeron modalidades como: tratamiento habitual, placebo o lista de espera.

Los resultados en todos los estudios fueron los síntomas relacionados con el TEPT, evaluados mediante la aplicación de instrumentos validados. La disociación y la autoestima se evaluaron de forma limitada en los estudios propuestos. La mayoría de los estudios informaron resultados post-intervención y varios incluyeron, además, seguimientos a medio y largo plazo, con duración entre los tres y doce meses.

A continuación, se describen características principales de cada uno de los estudios incluidos, y se sintetizan en la Tabla 2:

En el ECA multicéntrico de Cohen et al. (2004) se evaluó una muestra de 229 niños con edades comprendidas entre los 8 y 14 años que sufrían síntomas de TEPT por abuso sexual infantil. Comparó la Terapia Cognitivo-Conductual focalizada en Trauma (TF-CBT) con la Terapia Centrada en el Niño (CCT). Además, en Deblinger et al. (2006) se realiza un seguimiento a los 6 y 12 meses de la muestra original llevada a cabo por Cohen et al. (2004).

En Cohen et al. (2005), por su parte, se analizó la durabilidad de los efectos en 82 niños con edades comprendidas entre los 8 y 15 años. Se asignaron a grupos de TF-CBT o Terapia de Apoyo No Directiva (NST) durante 12 sesiones.

Por otro lado, en Cohen et al. (2007), un estudio piloto aleatorizado doble ciego, se contó con una muestra de 24 niñas con una edad comprendida entre los 10 y 17 años con el fin de comprobar la eficacia de añadir sertralina en la TF-CBT aportaba beneficios adicionales en relación con el TEPT y trastornos relacionados. La muestra fue aleatorizada generando dos grupos: sertralina + TF-CBT o placebo + TF-CBT durante un periodo de 12 semanas.

En Deblinger et al. (2011) se examinó el impacto de la duración del tratamiento (8 sesiones vs 16 sesiones) así como el componente de la Narrativa del Trauma (TN) en una muestra de 210 niños con edades comprendidas entre los 4 y los 11 años. La muestra se asignó aleatoriamente a uno de los cuatro condiciones: 8 sesiones sin TN, 8 sesiones con TN, 16 sesiones sin TN y 16 sesiones con TN.

Asimismo, en O'Callaghan et al. (2013), estudio llevado a cabo en la República Democrática del Congo. Se evaluó la eficacia de la TF-CBT en relación con el estrés postraumático, depresión y ansiedad, así como problemas de conducta y conducta prosocial en una muestra de 52 niñas con edades comprendidas entre los 12 y 17 años explotadas sexualmente.

Nixon et al. (2016) evaluaron la efectividad de la Terapia de Procesamiento Cognitivo (CPT) en comparación con el Tratamiento Habitual (TAU) en 47 mujeres supervivientes de abuso sexual con trastorno de estrés agudo.

Por último, Molero-Zafra et al. (2024) compararon la eficacia de la psicoterapia EMDR (Protocolo G-TEP) con la TF-CBT mediante un formato online grupal compuesto para 19 mujeres adultas víctimas de abuso sexual infantil.

Tabla 2*Características de los estudios incluidos*

Estudio (año), país	Población	Intervención	Comparador	Resultados	Medidas
Cohen et al. (2004), Pittsburgh (EEUU) / Deblinger et al. (2006), EEUU	N = 229 niños Edad media: 10.76 años (niños entre 8 y 14 años) % mujeres: 79% (160) % hombres: 21% (43)	Enfoque: Terapia Cognitivo Conductual centrada en el trauma (TCC-TF) Número de sesiones: 12 Frecuencia de las sesiones: 12 sesiones. Semanal. Duración de las sesiones: 90 minutos (45 min niños / 45 min cuidador) 3 sesiones conjuntas de 30 min Modalidad: individual	Terapia Centrada en el niño (TCC)	Síntomas TEPT (instrumento): K-SADS- PL Disociación (instrumento): No evaluado Autoestima (instrumento): no evaluado	Post-intervención y seguimiento a los 6 y 12 meses.
Cohen et al. (2005), Pittsburgh (EEUU)	N= 82 Edad media: 11.4 años (niños entre 8 y 45años) % mujeres: 68% (56) % hombres: 32% (26)	Enfoque: Terapia Cognitivo Conductual centrada en el trauma (TCC-TF) Número de sesiones: 12 Frecuencia de las sesiones: 12 sesiones. Semanal. Duración de las sesiones: 90 minutos (45 min niños / 45 min cuidador) 3 sesiones conjuntas de 30 min Modalidad: individual Modalidad: presencial	Terapia de Apoyo No Directiva (NST)	Síntomas TEPT (instrumento): TSCC- (TEPT) Disociación (instrumento): TSCC(Disociación) Autoestima (instrumento): no evaluado	Seguimiento a los 6 y 12 meses

Estudio (año), país	Población	Intervención	Comparador	Resultados	Medidas
Cohen et al. (2007), Pittsburgh (EEUU)	N = 176 niños, finalmente 24 niños Edad media: 13,14 años (10 y 17 años) % mujeres: 100 (22) % hombres: 0%	Enfoque: Terapia Cognitivo Conductual centrada en el trauma (+ sertralina) Número de sesiones: 12 Frecuencia de las sesiones: Semanal. Duración de las sesiones: 90 minutos Modalidad: individual Modalidad: presencial	TCC-TF + placebo	Síntomas TEPT (instrumento): K-SADS-PL –TEPT Children´s PTSD Symptoms Scale (CPSS) Disociación (instrumento): No evaluado Autoestima (instrumento): no evaluado	Post-intervención
Deblinger et al. (2011), EEUU	N= 210 niños Edad media: 7,7 años (4 a 11 años) % mujeres: 61% % hombres: 39%	Enfoque: Terapia Cognitivo Conductual centrada en el Trauma. Número de sesiones: 8 o 16 sesiones Frecuencia de las sesiones: semanal Duración de las sesiones: 30 minutos Modalidad: individual Modalidad: presencial	Terapia Cognitivo Conductual centrada en el Trauma con diferentes componentes; 8 No Terapia Narrativa 8 Sí Terapia Narrativa 16 No Terapia Narrativa 16 Sí Terapia Narrativa	Síntomas TEPT (instrumento): K-SADS-PL Disociación (instrumento): No evaluado Autoestima (instrumento): no evaluado	Post-intervención
Molero-Zafra et al. (2024), España	N= 19 mujeres Edad media: 38,42 años % mujeres: 100% % hombres: 0%	Enfoque: Terapia Cognitivo Conductual centrada en el Trauma Número de sesiones: 8 sesiones Frecuencia de las sesiones: semanal Duración de las sesiones: 60 minutos Modalidad: grupal Modalidad: telemática (zoom)	Psicoterapia EDMR	Síntomas TEPT (instrumento): Escala de gravedad de los síntomas del TEPT Disociación (instrumento): Escala de síntomas disociativos Autoestima (instrumento): escala de autoestima de Rosenberg	Post-intervención: a las 8 semanas tras finalizar el tratamiento

Estudio (año), país	Población	Intervención	Comparador	Resultados	Medidas
Nixon et al. (2016), Australia	N= 47	Enfoque; Terapia de procesamiento cognitivo	Tratamiento habitual	Síntomas TEPT (instrumento):	Post-intervención: 1 semana después
	Edad media: 32.46 años	Número de sesiones: 6 sesiones		Escala de gravedad de los síntomas del TEPT. CAPS.	Seguimiento: 3,6 y 12 meses
	% mujeres: 98%	Frecuencia de las sesiones: semanal		Disociación (instrumento): No evaluada	
	% hombres: 2%	Duración de las sesiones: 90 minutos		Autoestima (instrumento): No evaluada	
		Modalidad: individual			
		Modalidad: presencial			
O'Callaghan et al. (2013), República Democrática del Congo	N= 52	Enfoque; Terapia Cognitivo Conductual	Lista de espera	Síntomas TEPT (instrumento): Índice de reacción al TEPT de UCLA	Post- intervención: 7 semanas
	Edad media: 16,02 años (12 a 17 años)	Número de sesiones: 15 sesiones		Disociación (instrumento): No evaluada	Seguimiento: a los 3 meses solo al grupo de intervención.
	% mujeres: 100%	Frecuencia de las sesiones: 3 sesiones a la semana		Autoestima (instrumento): No evaluada	
	% hombres: 0%	Duración de las sesiones: 2h			
		Modalidad: grupal			
		Modalidad: presencial			

Riesgo de sesgo de los estudios incluidos

A continuación, se describe la evaluación de riesgo de sesgo de los estudios seleccionados para la revisión sistemática, que se presenta de forma sintetizada en la Tabla 3.

Definición de la pregunta de investigación

Todos los estudios incluidos plantean una pregunta de investigación clara y definida especificando la población objeto de estudio (niños, adolescentes, mujeres, víctimas de abuso sexual infantil), la intervención llevada a cabo (TF-CBT, TCC, EDMR etc.) y los resultados han sido considerados en términos de sintomatología de Trastorno de Estrés Postraumático, disociación, autoestima y otros.

Aleatorización

La asignación aleatoria fue una característica necesaria para la inclusión del estudio. La diferencia entre los estudios es el tipo de aleatorización llevada a cabo. Por ejemplo, Cohen et al., 2005 utilizó una secuencia generada por ordenador. Por su parte Molero-Zafra et al., 2024 empleó la aleatorización por bloques y Nixon et al., 2016 utilizó un proceso de aleatorización secuencial controlado por los investigadores principales del proyecto. Con la aleatorización, se pretende garantizar la homogeneidad de los grupos.

Seguimiento y análisis de los pacientes

En todos los estudios se consideraron los pacientes hasta el final del estudio registrando, en su caso, las tasas de abandono y sus causas.

Para poder garantizar la validez de los hallazgos, Nixon et al. (2016) recurrió a modelos de imputación múltiple para gestionar los datos perdidos, pero sin sesgar los resultados

obtenidos. O'Callagan et al. (2013) aplicó el análisis de intención por tratar, así como Cohen et al. (2004).

Mantenimiento del cegamiento

En el caso de Cohen et al. (2004) y Deblinger et al. (2006) se mantuvo un cegamiento de simple ciego, donde el evaluador independiente no conocía las condiciones del tratamiento. A su vez, en Cohen et al. (2005) se indica que el evaluador estaba cegado a la condición o asignación del tratamiento. O'Callagan et al. (2013) y Deblinger et al. (2011) también se decantaron por este modelo de cegamiento.

Cohen et al. (2007) fue el único estudio de los ocho incluidos que se llevó a cabo mediante un cegamiento doble ciego donde ninguna persona directamente involucrada (padres, niños, evaluador independiente, terapeutas o psiquiatra de niños y adolescentes) sabía a qué condición estaba asignado cada niño durante el tratamiento.

En el caso de Nixon et al. (2017) se llevó a cabo un enmascaramiento donde participantes sí conocían la asignación, pero donde los evaluadores no proporcionaban terapia y desconocían en el postratamiento y seguimiento la condición de tratamiento.

En Molero-Zafra et al. (2024), se mantiene a los participantes cegados de las dos condiciones experimentales y no se les informa sobre la asignación a cada grupo. Por otro lado, tanto terapeutas como los miembros del comité de ética conocen la existencia de dos grupos de tratamiento.

Similitud de los grupos al inicio

En todos los estudios incluidos, se garantizó la homogeneidad con el fin de asegurar que los resultados dependieran exclusivamente de la intervención.

Igualdad de tratamiento

Es importante señalar que, si bien todos los estudios trataron a los grupos de forma igualitaria, en el caso de Nixon et al. (2016) el grupo de tratamiento habitual

recibió más sesiones de terapia durante el seguimiento que el grupo de intervención lo que puede conllevar a un sesgo en la interpretación del resultado y el mantenimiento de la eficacia a largo plazo.

Tabla 3

Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos - CASPe

Estudio (año), país	1	2	3	4	5	6
Cohen et al. (2004),	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Cohen et al. (2005),	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Cohen et al. (2007),	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Deblinger et al. (2011),	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Deblinger et al. (2006),	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Molero-Zafra et al. (2024)	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Nixon et al. (2016)	SI	SI	SI	SI	SI	No
O'Callaghan et al. (2013)	SI	SI	SI	SI	Si	SI

1. ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?
2. ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?
3. ¿Se mantuvo la comparabilidad de los grupos a través del estudio?
4. ¿Fue adecuado el manejo de las pérdidas durante el estudio?
5. ¿Fue adecuada la medición de los desenlaces?
6. ¿Se evito la comunicación selectiva de resultados?

Resultados de los estudios individuales

A continuación, se presentan los principales resultados de los estudios incluidos organizados por la variable de resultado de interés. Los hallazgos, además, se sintetizan en la Tabla 4.

Síntomas TEPT

Los 8 estudios incluidos en la revisión han evaluado la eficacia de las intervenciones a través de la sintomatología en TEPT. Los instrumentos que se han aplicado varían según el estudio:

Cohen et al. (2004) y en el estudio de seguimiento Deblinger et al. (2006) aplicaron la entrevista semiestructurada K-SADS-PL con el fin de evaluar los criterios diagnósticos del DSM-IV. Tras el seguimiento, se observó que el grupo experimental (TF-CBT) mantuvo una reducción significativamente mayor en sintomatología relacionada con la reexperimentación, evitación e hiperalerta en comparación con el grupo de Terapia Centrada en el Niño (CCT). El Cohen et al. (2004), el grupo experimental redujo la sintomatología relacionada con la reexperimentación tras el tratamiento obteniendo una puntuación de 3,98 pretratamiento y una puntuación de 1,53 tras la aplicación de este, es decir, una reducción del 61,6%. Por su parte, el grupo de control (CCT), también obtuvo una reducción de la sintomatología pasando de un 4,08 en la medida pretratamiento a un 2,32 en la medida postratamiento siendo una reducción del 43,1%. Durante el seguimiento a los 6 y 12 meses, el patrón general de resultados indicó que los niños del grupo experimental mantuvieron la mejoría. Las mejorías se consideran significativas siendo $p < 0,01$. Es importante señalar que el apoyo parental en ambas condiciones disminuyó a lo largo del tiempo en ambas condiciones.

Deblinger et al. (2011) aplicó la entrevista K-SADS para evaluar los síntomas de estrés postraumático. De las múltiples subescalas, nos hemos centrado en la subescala de reexperimentación. Tras la intervención, donde se compararon diferentes números de sesiones (8 vs 16 sesiones), se observó que las diferencias eran estadísticamente significativas en el caso de la intervención de mayor duración ($p < 0,01$). Se obtuvo una diferencia de 0,58 puntos en comparación con el grupo que recibió 8 sesiones y el grupo con 16 sesiones de tratamiento (1,82 8 sesiones y 1,24 16 sesiones).

Cohen et al. (2007) evaluó los síntomas de estrés postraumático mediante el K-SADS-PL y la escala CPSS. Tras la intervención, llevada a cabo durante 12 semanas, no se observaron diferencias sumamente significativas entre ambos grupos experimentales

en cuanto a sintomatología relacionada con el TEPT. El grupo experimental obtuvo una puntuación postratamiento de 1,36 respecto a 1,91 que obtuvo el grupo control. Por lo tanto, solo se establece una diferencia de 0,55.

O'Callaghan et al. (2013) utilizó el UCLA PTSD Reaction Index (Revised) para medir la gravedad de los síntomas de TEPT en niños y adolescentes. Los resultados indican una mejoría de estos tras la intervención suponiendo una reducción del 55%. Sin embargo, la sintomatología asociada al estrés postraumático del grupo de control (lista de espera) aumentó en un 6,6%. El seguimiento llevado a cabo solo al grupo de intervención a los tres meses tras la finalización de la intervención muestra un mantenimiento de la mejoría donde la sintomatología ha reducido, de nuevo, en un 18% respecto al resultado de la postintervención.

Nixon et al. (2026), utilizó la Escala de Gravedad de los síntomas de TEPT (CAPS), así como el autoinforme Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-S). Ambos grupos de intervención obtuvieron una reducción de sintomatología asociada al TEPT. En el grupo experimental, su reducción fue de un 48,2% reduciendo otro 14,6% en el seguimiento 12 meses después de la intervención. Respecto al grupo de control el cual recibió el tratamiento habitual, tuvo una reducción de sintomatología de un 42,7% manteniendo la mejoría también en un 6,8% respecto a la puntuación postratamiento.

Molero-Zafra et al. (2024), en población de mujeres adultas, utilizó la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R) basada en los criterios del DSM-5. Los resultados, si bien no informan de los valores estadísticos, permiten dilucidar que tras ocho semanas de tratamiento el grupo que recibió TF-CBR redujo significativamente la presencia de síntomas relacionados con la reexperimentación. Al comparar estos resultados con la aplicación de EDMR, se puede

concluir que no se hallaron diferencias significativas entre ambas intervenciones siendo igualmente eficaces a la hora de disminuir los síntomas de reexperimentación.

Disociación

Dos de los ocho estudios evaluaron la disociación contemplada como una medida de resultado específica:

Cohen et al. (2005), utilizó el factor de Disociación (DIS) de la escala TSCC.

Los resultados muestran una mejora en cuanto a los síntomas relacionados con la disociación. En el grupo de intervención se redujo la sintomatología en un 13,5% tras la finalización del tratamiento. Esta mejoría se mantuvo durante el seguimiento a los 6 y 12 meses, obteniendo una reducción total respecto al primer valor (pretratamiento) de un 25,9%. En cuanto al grupo de control también obtuvo mejorías reduciendo la sintomatología en un 7,7% siendo estas inferiores al grupo experimental.

Molero-Zafra et al. (2024), se utilizó la Dissociative Symptom Scale (DSS) para medir la despersonalización y desrealización. Los resultados muestran que, tras la intervención, no hay diferencias significativas entre ambas condiciones experimentales por lo que ambas terapias tienen un impacto similar en las mujeres víctimas de abuso sexual.

Autoestima

Solo uno de los ocho estudios evaluó la autoestima como variable de resultado. Molero-Zafra et al. (2024) utilizó la Rosenberg Self-Esteem Scale (RSS) para medir el sentimiento de satisfacción propia y respeto por uno mismo en mujeres adultas. De nuevo, no se observan diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos de intervención.

Tabla 4*Resultados de los estudios individuales*

ESTUDIO	INSTRUMENTO	INTERVENCIÓN			CONTROL			CONCLUSIONES
		Pre Media (DT)	Post Media (DT)	Seguimiento Media (DT)	Pre Media (DT)	Post Media (DT)	Seguimiento	
Trastorno de Estrés Postraumático								
Cohen et al. (2004) /Deblinger et al. (2006)	K-SADS-PL	3,98 (1,31)	1,53 (1,39)	6 meses: 1,19 (1,33) 12 meses: 1 (1,14)	4,98 (1,30)	2,32 (1,81)	6 meses: 1,91 (1,66) 12 meses: 1,33 (1,41)	La terapia cognitivo conductual centrada en el trauma mantuvo la eficacia tanto a corto como a largo plazo.
Cohen et al. (2005)	TSCC-TEPT	10,63 (5,17)	8,78 (4,88)	6 y 12 meses: 7,66 (3,94) y 7,17 (4,17)	10,83 (5,84)	9,92 (5,28)	6 y 12 meses: 9,60 (5,79) y 9,58 (5,81)	La TF-CBT mostró una mejoría en relación con el TEPT significativamente superior a largo plazo
Cohen et al. (2007)	K-SADS-PL TEPT	3,91 (0,94)	1,36 (0,92)		3,91 (0,94)	1,91 (1,70)		No se evidencia la mejoría de incluir sertralina en la intervención con TCC-TF.
Deblinger (2011) - Con terapia	K-SADS	*error estándar 8 sesiones	*error estándar 16 sesiones		No se informa	No se informa		La TCC-FT independientemente del número de sesiones o de la

ESTUDIO	INSTRUMENTO	INTERVENCIÓN			CONTROL			CONCLUSIONES
		Pre Media (DT)	Post Media (DT)	Seguimiento Media (DT)	Pre Media (DT)	Post Media (DT)	Seguimiento	
narrativa *error estándar		1,86 (0,22)	1,45 (0,20)					inclusión de la narrativa, fue eficaz para la mejoría de los pacientes.
Deblinger (2011) - Sin terapia narrativa *error estándar	K-SADS	*error estándar 8 sesiones 1,79 (0,21)	*error estándar 16 sesiones 1,03 (0,23)	No se informa	No se informa	No se informa	No se informa	No hubo grupo control, se comparó la eficacia de la intervención en función del número de sesiones.
O'Callaghan et al. (2013)	UCLA-PTSD	40,88 (10,03)	18,38 (10,53)	3 meses: 15,08 (8,79)	40,29 (10,91)	42,93 (13,67)		Reducción significativa de la sintomatología relacionada con el TEPT en el grupo experimental manteniendo esta eficacia en el seguimiento posterior al tratamiento.
Nixon et al. (2016)	CAPS	70,52 (25,51)	36,50 (31,81)	3 meses: 40,86 (29,65) 6 meses: 35,71 (28,06) 12 meses: 31,19 (29)	79,77 (21,21)	45,72 (27,67)	3 meses: 52,94 (28,45) 6 meses: 51,34 (34,03) 12 meses: 42,59 (30,32)	Ambos grupos fueron eficaces, pero la Terapia de Procesamiento Cognitivo produjo mejores resultados a lo largo del seguimiento.

ESTUDIO	INSTRUMENTO	INTERVENCIÓN			CONTROL			CONCLUSIONES
		Pre Media (DT)	Post Media (DT)	Seguimiento Media (DT)	Pre Media (DT)	Post Media (DT)	Seguimiento	
Molero-Zafra et al. (2024)	Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R)	No se informa	No se informa		No se informa	No se informa		Según los resultados del estudio, no existen diferencias significativas entre los grupos que recibieron TF-CBT y EDMR
Disociación								
Cohen et al. (2005)	TSCC- DIS	9,02 (5,29)	7,80 (5,72)	6 meses: 6,88 (4,49) 12 meses: 6,68 (4,97)	8,43 (4,32)	8,20 (4,74)	6 meses: 8,73 (5,03) 12 meses: 7,78 (4,53)	La TF-CBT mostró una mejoría en relación con la Disociación significativamente superior a largo plazo.
Molero-Zafra et al. (2024)	Escala de Síntomas Disociativos (DSS)	No se informa	No se informa		No se informa	No se informa		Según los resultados del estudio, no se observan diferencias significativas entre la TF-CBT y EDMR.
Autoestima								
Molero-Zafra et al. (2024)	Escala de autoestima de Rosenberg	No se informa	No se informa		No se informa	No se informa		Según los resultados del estudio no se observan cambios significativos en

ESTUDIO	INSTRUMENTO	INTERVENCIÓN			CONTROL			CONCLUSIONES
		Pre	Post	Seguimiento	Pre	Post	Seguimiento	
		Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)		ninguna de las dos condiciones experimentales tras las 8 semanas de tratamiento.

Resultados de la síntesis

En conjunto, los estudios incluidos muestran que las intervenciones basadas en enfoques cognitivo-conductuales centrados en el trauma se asociaron con una reducción de la sintomatología de TEPT, tanto en población infantil y adolescente como en población adulta. A su vez, el estudio incluido con intervención basada en reprocesamiento cognitivo obtuvo resultados significativos en relación a la disminución de sintomatología TEPT tanto postintervención como a largo plazo.

En relación con la población infantil, la TF-CBT mostró reducción significativa en los síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación en comparación con las condiciones de control. Asimismo, los estudios que compararon la duración del tratamiento (8 sesiones vs 16 sesiones) observaron mayores reducciones de síntomas en las intervenciones con mayor número de sesiones. En el estudio con lista de espera como comparador, la intervención se asoció de manera directa a la reducción de la sintomatología, donde el grupo control mostró un incremento de los síntomas durante el mismo periodo de la intervención.

En cuanto a la población adulta, las intervenciones se asociaron con una disminución de síntomas relacionados con TEPT, observando mejoría tanto en los grupos experimentales como en los comparadores. En los estudios que incluyeron seguimiento, los efectos se mantuvieron a lo largo del tiempo. Cuando se compararon distintas intervenciones: TF-CBT frente a EMDR, o TF-CBT combinada con tratamiento farmacológico frente a placebo, no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas.

La evaluación de disociación y autoestima es limitada. En relación con la disociación, los resultados muestran una reducción sintomatológica postintervención, con mejores más importantes en el grupo que recibió TF-CBT frente al control.

La autoestima fue evaluada solo en un estudio, donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos comparados.

Aunque no se realizó un análisis formal del sesgo de publicación, al tratarse de una revisión con síntesis narrativa, el sesgo de publicación se consideró bajo ya que, al considerarse múltiples bases de datos sin restricción temporal, se incluyeron ensayos que no reportaban resultados significativos en variables de clave, minimizando así el riesgo de incluir solo estudios con resultados exitosos.

Discusión

Los resultados de la presente revisión sistemática giran en torno a la eficacia de las Terapias Psicológicas Centradas en el Trauma en comparación con otras intervenciones relacionadas con víctimas de abuso sexual infantil (ASI) con trauma complejo. A través de los estudios seleccionados, se puede observar que hay una evidencia sólida que establece que, en siete de los ocho estudios a la TF-CBT constituye un modelo de intervención primordial para reducir la sintomatología relacionada con el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Si bien la TF-CBT se corona como intervención principal en la reducción de síntomas relacionados con el trauma tras un abuso sexual infantil, existen otros acercamientos como la CPT que han obtenido buenos resultados tras su intervención. Sin embargo, también se localizan brechas que han de ser tenidas en cuenta como medida de resultado, en concreto, la disociación ya que es un componente esencial presente en la mayor parte de las víctimas de abuso sexual. En el caso que nos repercute, solo dos estudios han sido capaces de tener en cuenta esta variable.

Tanto los estudios focalizados en TF-CBT como los centrados en CPT concluyen que tras la aplicación de este tipo de terapias consiguen una reducción duradera en los síntomas de reexperimentación. Además, en estudios como Cohen et al. (2004) y Deblinger et al. (2006) demostraron que es posible mantener la eficacia de los resultados durante un año posterior a la finalización de la intervención.

Es importante señalar que O'Callaghan et al. (2013) dirigió un estudio en un contexto de precariedad con niñas explotadas sexualmente en la República Democrática del Congo, donde, también, consiguieron mantener la eficacia de los síntomas en seguimientos posteriores.

Como se comentaba al inicio de esta discusión resulta preocupante que solo dos de los ocho estudios integre la disociación como una medida de resultado específica (Cohen et al. 2004 y Molero-Zafra et al., 2024). Esta omisión, a nivel clínico, es muy significativa ya que es un componente central en víctimas de ASI. La disociación es un mecanismo de defensa ante experiencias traumáticas donde la huida es un hecho imposible, como ocurriría en las víctimas de abuso sexual infantil, es decir, “escapar cuando no puedes escapar”. De esta manera, el cerebro encuentra la forma de poder enfrentar la situación, en este caso, el abuso. Por ello, los niños aprenden a desconectarse de la realidad para poder sobrevivir al horror que están sufriendo en silencio.

Kisiel y Lyons (2021) investigaron el papel de la disociación como mediador de los resultados en salud mental en niños con historia de abuso sexual. Los resultados mostraron que antecedentes en abuso sexual se asociaron significativamente con la disociación

Otra limitación importante que se ha localizado es la ausencia de medidas con relación a la autoestima siendo el estudio de Molero-Zafra et al. (2024) el único que incluyó la Escala de Roserberg, pero como resultado se obtuvo que ningún grupo experimental había experimentado cambios significativos en esta escala. Esto es llamativo ya que, tras un abuso sexual infantil, hay que trabajar sobre la reconstrucción del yo al quedar el autoconcepto invalidado y disgregado debido al abuso y generando, además, emociones intensas en relación con la vergüenza y la culpa.

Es un hecho fundamentado que trabajar sobre la sintomatología centrada en el TEPT es primordial pero los estudios no han de olvidarse que las intervenciones han de estar,

también, centradas en la reparación del trauma. Deblinger et al. (2006) habla de la vergüenza y como esta es un mediador de la recuperación a largo plazo.

Si nos centramos en la significación de la duración de los tratamientos, tras la evaluación de resultados de los estudios, Deblinger et al. (2011) muestra que los resultados con mayor número de sesiones tienen una eficacia significativamente superior a las intervenciones con un número menor de sesiones. Además, este estudio puso en relieve que incorporar el componente Narrativa del Trauma (TN) es eficaz para reducir el miedo y la ansiedad asociada al abuso.

Bien, una vez identificados los aspectos positivos y negativos de las intervenciones incluidas, pero, ahora, hemos de centrarnos en qué ocurre cuando se incorpora la farmacología: ¿aporta algo la medicación? Cohen et al. (2007) quiso comprobar si los resultados mejoran añadiendo sertralina a la intervención con TF-CBT. Los resultados mostraron que no hubo beneficios significativos por añadir el fármaco en las medidas de TEPT. Es decir, el grupo sin farmacología mejoró igual que el grupo que combinó ambos tratamientos.

A continuación, se detallan algunas limitaciones encontradas tras la revisión sistemática:

- Tamaño de la muestra: se observa que alguno de los estudios las muestras son pequeñas lo que limita la generalización de los resultados.
- Tipología de la muestra: se observa como en la mayoría de los estudios el porcentaje de participantes mujeres es superior al de participantes hombres. Sería necesario plantear investigaciones donde la presencia sea mayor y donde podría plantearse otra pregunta que sería ¿tienen los hombres menos capacidad para denunciar una situación de ASI?

- Población de la muestra: aunque el estudio realizado en la República Democrática del Congo fue seleccionado por cumplir con los criterios de inclusión y aportar diversidad cultural a la revisión sistemática, es necesario considerar las particularidades sociales y culturales de la población. Estas características podrían limitar la generalización de los resultados a otros contextos socioculturales diferentes.
- Seguimiento: se observa falta de seguimiento a largo plazo en la mayoría de los estudios lo que impide saber si las mejoras en las variables de estudio se mantienen a lo largo del tiempo.

En definitiva, se plantea la opción de seguir investigando acerca de cómo afecta el abuso sexual impacta en la persona que lo sufre a largo plazo. Si bien se ha podido confirmar que la TF-CBT es la intervención con mayor eficacia para reducir la sintomatología asociada al TEPT, los resultados sugieren que la intervención ha de ir más allá y no solo centrarse en la intervención desde la parte cognitiva. Por todo lo anterior, es sumamente necesario indagar sobre el tipo de abuso, la duración de la exposición, la relación con el agresor, así como la edad de inicio, ya que el conjunto de estas variables condiciona tanto la sintomatología como la respuesta al tratamiento.

En conclusión, los resultados muestran que la TF-CBT es una de las intervenciones psicológicas más eficaces para la reducción de la sintomatología asociada al TEPT en víctimas de ASI. Asimismo, hay otros enfoques como la CPT que, también, muestran resultados esperanzadores en la mejoría de los síntomas relacionados con el trauma. Sin embargo, los hallazgos evidencian la necesidad de incluir en los estudios variables como la disociación, y autoestima, así como otros procesos emocionales que puedan estar implicados en la reparación del trauma.

Referencias bibliográficas

- Adams, J., Mrug, S., & Knight, D. C. (2018). Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 86, 167-177.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.019>
- CASPe. (2018). Programa de lectura crítica CASPe: Guías para la evaluación crítica de la literatura científica. Critical Appraisal Skills Programme España.
<https://www.redcaspe.org>
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469-483.
<https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1>
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A Multisite, Randomized Controlled Trial for Children With Sexual Abuse–Related PTSD Symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393-402.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200404000-00005>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Publications
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 29(2), 135-145.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.12.005>
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B. J., Giedd, J. N., Boring, A. M., Frustaci, K., & Ryan, N. D. (1999). Developmental traumatology. Part II: Brain development. *Biological Psychiatry*, 45(10), 1271–1284.
[https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(99\)00045-1](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00045-1)
<https://iptrauma.org/docs/history-of-psychotraumatology/history-and-conceptual-development-of-psychotraumatology/>

- Iatp. (2025). History and Conceptual Development of Psychotraumatology | Psychotraumatology. Psychotraumatology | Institute.
- Kim-Spoon, J., Herd, T., Briant, A., Peviani, K., Deater-Deckard, K., Lauharatanahirun, N., Lee, J., & King-Casas, B. (2021). Maltreatment and brain development: The effects of abuse and neglect on longitudinal trajectories of neural activation during risk processing and cognitive control. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 48, 100939. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2021.100939>
- Kisiel, C. L., & Lyons, J. S. (2001). Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *The American journal of psychiatry*, 158(7), 1034–1039. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.7.1034>
- Leys, R. (2000). Trauma: A genealogy. University of Chicago Press.
- Molero-Zafra, M., Mitjans-Lafont, M. T., Hernández-Jiménez, M. J., & Pérez-Marín, M. (2022). Psychological Intervention in Women Victims of Childhood Sexual Abuse: An Open Study—Protocol of a Randomized Controlled Clinical Trial Comparing EMDR Psychotherapy and Trauma-Based Cognitive Therapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12), 7468. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127468>
- Nader-N., A. (2018). Disociación y síntomas neurológicos funcionales en la perspectiva de Pierre Janet. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 56(3), 161-168. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272018000300161>
- Page M J, McKenzie J E, Bossuyt P M, Boutron I, Hoffmann T C, Mulrow C D et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews *BMJ* 2021; 372 :n71 doi:10.1136/bmj.n71
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J.,

- Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Shapiro, F. (2018). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy: Basic Principles, Protocols, and Procedures* (3.^a ed.). The Guilford Press.
- Slade, M. K., & Warne, R. T. (2016). A meta-analysis of the effectiveness of trauma-focused cognitive-behavioral therapy and play therapy for child victims of abuse. *Journal of young investigators*, 30(6).
- Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York, 3, 14-211.
- World Health Organization. (2017). *Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines*. World Health Organization