

## INFORME FINAL

# *“Intervenciones en el Ámbito de la Prevención Secundaria y Terciaria: Detección y Tratamiento del Abuso Sexual en Niños y Niñas, Revisión Sistemática de la Literatura”*

**Investigadores: María Sylvia Campos, Teresa Parada y  
Cecilia Moraga.**

**Metodóloga Jefe y Coordinadora: Gabriela Moreno.**

**Directora: Vivienne Bachelet.**

**Santiago, 24 de junio del 2008.**

## Tabla de Contenido

1.	INTRODUCCIÓN .....	7
2.	DESCRIPCIÓN DE LA TECNOLOGÍA A EVALUAR .....	7
3.	OBJETIVO GENERAL.....	9
4.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
5.	MÉTODOS.....	10
5.1	Búsqueda Bibliográfica.....	10
5.1.1	Fuentes:.....	10
5.1.2	Palabras Claves:.....	10
5.1.3	Cobertura temporal de la búsqueda: .....	12
5.1.4	Idiomas: .....	12
5.2	Criterios de Inclusión.....	12
5.3	Criterios de Exclusión .....	13
6.	CRITERIOS DE ANÁLISIS CRÍTICO .....	13
7.	RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA .....	13
7.1	Revisiones Sistemáticas.....	13
7.2	Estudios Primarios.....	15
8.	CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS .....	16
8.1	¿Cuál es el tipo de psicoterapia individual para niños y niñas víctimas de abusos sexuales más efectiva para lograr la disminución de la sintomatología (ansiosa o depresiva y post traumática) y para prevenir un nuevo episodio de abuso? .....	16

8.1.1	Revisiones sistemáticas .....	16
8.1.2	Estudios primarios.....	19
8.2	¿Cuál es el tipo de psicoterapia individual en niños y niñas víctimas de delitos sexuales violentos más efectiva para lograr una elaboración integral (emocional y cognitiva) de la experiencia traumática?.....	19
8.3	¿Cuál es el tipo de psicoterapia familiar en familias de niños y niñas víctimas de abuso sexual más efectiva para lograr una elaboración integral (emocional y cognitiva) de la experiencia de abuso tanto en el niño o niña como en su familia? .....	20
8.3.1	Revisiones sistemáticas .....	20
8.3.2	Estudios primarios.....	22
8.4	¿Cuál es el tipo de psicoterapia grupal en niños y niñas víctimas de abuso sexual más efectiva para la elaboración integral (emocional y cognitiva) del episodio de abuso? .....	26
8.4.1	Revisiones sistemáticas.....	26
8.4.2	Estudios primarios.....	32
8.5	¿Cuáles son los protocolos de primera respuesta que cuenten con mayor evidencia de efectividad frente a la atención de niños y niñas víctimas de delitos sexuales violentos y de abuso sexual, que incluyan aspectos de protección psicológica, física y judicial? .....	32
8.6	¿Cuáles son los instrumentos/métodos más efectivos en la detección de experiencias abuso sexual en niños y niñas de 0 a 15 años? .....	32
8.6.1	Revisiones sistemáticas .....	32
8.6.2	Estudios primarios.....	39
8.7	¿Cuáles son las intervenciones o estrategias más efectivas en el ámbito de la prevención terciaria del abuso sexual en niños y niñas, es decir, que presenten mayor efectividad en evitar un nuevo episodio de abuso sexual o en entregar herramientas para enfrentar o solicitar apoyo frente a una nueva amenaza?.....	44
9.	RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS .....	45

---

9.1	¿Cuál es el tipo de psicoterapia individual para niños y niñas víctimas de abusos sexuales más efectiva para lograr la disminución de la sintomatología (ansiosa o depresiva y post traumática) y para prevenir un nuevo episodio de abuso? .....	45
9.1.1	Revisiones sistemáticas .....	45
9.1.2	Estudios primarios .....	77
9.2	¿Cuál es el tipo de psicoterapia individual en niños y niñas víctimas de delitos sexuales violentos más efectiva para lograr una elaboración integral (emocional y cognitiva) de la experiencia traumática?.....	78
9.3	¿Cuál es el tipo de psicoterapia familiar en familias de niños y niñas víctimas de abuso sexual más efectiva para lograr una elaboración integral (emocional y cognitiva) de la experiencia de abuso tanto en el niño o niña como en su familia?.....	78
9.3.1	Revisiones sistemáticas .....	78
9.3.2	Estudios primarios.....	82
9.4	¿Cuál es el tipo de psicoterapia grupal en niños y niñas víctimas de abuso sexual más efectiva para la elaboración integral (emocional y cognitiva) del episodio de abuso? .....	86
9.4.1	Revisiones sistemáticas .....	86
9.4.2	Estudios primarios.....	127
9.5	¿Cuáles son los protocolos de primera respuesta que cuenten con mayor evidencia de efectividad frente a la atención de niños y niñas víctimas de delitos sexuales violentos y de abuso sexual, que incluyan aspectos de protección psicológica, física y judicial? .....	128
9.5.1	Revisiones sistemáticas .....	128
9.5.2	Estudios primarios.....	128
9.5.3	Guías de práctica clínica y/o manuales de atención .....	129
9.6	¿Cuáles son los instrumentos/métodos más efectivos en la detección de experiencias abuso sexual en niños y niñas de 0 a 15 años?.....	130
9.6.1	Revisiones sistemáticas .....	130

9.6.2	Estudios primarios.....	143
9.7	¿Cuáles son las intervenciones o estrategias más efectivas en el ámbito de la prevención secundaria del abuso sexual en niños y niñas, es decir, que presenten mayor efectividad en evitar un nuevo episodio de abuso sexual o en entregar herramientas para enfrentar o solicitar apoyo frente a una nueva amenaza?.....	157
10.	SÍNTESIS DE EVIDENCIA.....	158
10.1	¿Cuál es el tipo de psicoterapia individual para niños y niñas víctimas de abusos sexuales más efectiva para lograr la disminución de la sintomatología (ansiosa o depresiva y post traumática) y para prevenir un nuevo episodio de abuso?.....	158
10.2	¿Cuál es el tipo de psicoterapia individual en niños y niñas víctimas de delitos sexuales violentos más efectiva para lograr una elaboración integral (emocional y cognitiva) de la experiencia traumática?.....	159
10.3	¿Cuál es el tipo de psicoterapia familiar en familias de niños y niñas víctimas de abuso sexual más efectiva para lograr una elaboración integral (emocional y cognitiva) de la experiencia de abuso tanto en el niño o niña como en su familia?.....	159
10.4	¿Cuál es el tipo de psicoterapia grupal en niños y niñas víctimas de abuso sexual más efectiva para la elaboración integral (emocional y cognitiva) del episodio de abuso?.....	160
10.5	¿Cuáles son los protocolos de primera respuesta que cuenten con mayor evidencia de efectividad frente a la atención de niños y niñas víctimas de delitos sexuales violentos y de abuso sexual, que incluyan aspectos de protección psicológica, física y judicial?.....	162
10.6	¿Cuáles son los instrumentos/métodos más efectivos en la detección de experiencias abuso sexual en niños y niñas de 0 a 15 años?.....	166
10.6.1	Resultados en detección:.....	167
10.6.2	Resultados en evaluación.....	170
10.7	¿Cuáles son las intervenciones o estrategias más efectivas en el ámbito de la prevención secundaria del abuso sexual en niños y niñas, es decir, que presenten mayor efectividad en evitar un nuevo episodio de abuso sexual o en entregar herramientas para enfrentar o solicitar apoyo frente a una nueva amenaza?.....	172

---

11.	ANEXOS .....	175
11.1	Revisiones Sistemáticas Seleccionadas .....	175
11.2	Revisiones Sistemáticas Excluidas .....	175
11.3	Estudios Primarios Seleccionados .....	177
11.4	Estudios Primarios Excluidos .....	178
12.	ANÁLISIS CRÍTICO DE ESTUDIOS PRIMARIOS .....	180
13.	BIBLIOGRAFÍA DE RESPALDO AL MARCO TEÓRICO .....	182
14.	GUÍAS Y ORIENTACIONES .....	184
14.1	Guía para tomar decisiones de denuncia legal de abuso sexual infantil .....	184
14.2	Clasificación de la conducta infantil sexualizada .....	184
14.3	Guía para interpretar hallazgos físicos y de laboratorio frente a sospecha de ASI .....	185
14.4	Tipología preliminar de víctimas de abuso con conducta sexualizada .....	187
15.	GLOSARIO .....	189
15.1	Siglas Metodológicas .....	189
15.2	Siglas de Test o Instrumentos .....	189
15.3	Otras .....	193
15.4	Glosario de Terapias y Técnicas Psicológicas .....	193

## 1. INTRODUCCIÓN

Este informe ha sido elaborado dentro del marco de la adquisición número 757-905-LE07 llamada “Revisión de Literatura Científica y Evaluación de Tecnologías Sanitarias para el Desarrollo de Guías de Práctica Clínica”, solicitada por la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud de Chile. Este fue adjudicado a Medwave Estudios Ltda. mediante Resolución Número 834, con fecha 19 de diciembre de 2007, firmada por la subsecretaria de salud pública, Doña Lidia Amarales Osorio y correspondiente a convenio aprobado mediante Resolución Número 889. Las bases del presente estudio corresponden a los términos fijados en la Resolución No. 754 y el convenio corresponde a la resolución No. 889.

## 2. DESCRIPCIÓN DE LA TECNOLOGÍA A EVALUAR

El abuso sexual de niños y niñas es una forma de maltrato que produce efectos negativos en el desarrollo integral de los niños, adolescentes, en sus familias y la sociedad. La violencia intrafamiliar es una vulneración a los derechos humanos del niño, por lo que se constituye en un tema de relevancia en políticas públicas.

### Prevalencia

El abuso sexual y los delitos sexuales violentos en niños y niñas son un problema social con una prevalencia importante en todo el mundo. Existen dificultades para realizar estudios de prevalencia e incidencia exactos, la misma dinámica del secreto y las consecuencias legales dificultan la revelación del abuso y la denuncia en instancias oficiales.

Sin embargo, hay cifras que estiman una prevalencia aproximada de que un 20% de las mujeres y un 10% de los hombre refieren experiencias de abuso sexual en su infancia (Finkelhor 1986). La OMS estima una prevalencia de 7 a 34% en niñas y de 3 a 29% en niños varones.

En Chile, la prevalencia de maltrato infantil es muy alta, un estudio en nuestro país mostró que 75,3% de los niños han sido víctima de algún tipo de maltrato en su familia y que existe una validación de la violencia como una forma de establecer disciplina en los niños (UNICEF, 2006).

La prevalencia de abuso sexual a niños se considera como una cifra subestimada dada las dificultades inherentes a su detección. A pesar de esto, se sabe que 54% de las causas ingresada a la Fiscalía Nacional en 2005, correspondió a delitos sexuales y un 70% de éstos corresponde a víctimas menores de 14 años correspondiendo en 82,9% a niñas mujeres (Larraín y Valdebenito, 2007).

En Santiago, un estudio de prevalencia en la comuna de Puente Alto mostró una prevalencia lápsica estimada de 0,2% en centros de educación, 5 % en centros de salud y 1,3% en centros de justicia para abuso sexual (de la Barra et al, 1998).

### **Definición**

Entenderemos por abuso sexual a una forma de maltrato infantil en la que se involucra a un niño o niña en alguna actividad sexual que él o ella no puede comprender completamente, siendo incapaz de dar su consentimiento informado o para la cual el niño no está preparado desde su desarrollo, o que viola las leyes o tabúes sociales. Los niños pueden ser abusados por adultos y/o niños, quienes están -en virtud de su edad o estado del desarrollo- en una posición de responsabilidad, confianza o poder sobre la víctima (OMS, 2006).

Según la relación entre la víctima y el agresor el abuso sexual infantil (ASI) puede clasificarse en intrafamiliar, siendo este el más común, y el extrafamiliar. Para efectos de esta revisión se considerarán los estudios que incluyan niños y niñas que hayan sufrido AS intra o extrafamiliar, y no otras formas de explotación sexual como prostitución, tráfico y turismo sexual.

### **El proceso del abuso sexual**

Las situaciones de abuso sexual intrafamiliar o extrafamiliar que son de larga data suelen estar caracterizadas por una dinámica abusiva específica, que permite que los eventos se sucedan y el niño o la niña no pidan ayuda. Estos fenómenos son la ley del silencio y la seducción que ejerce el adulto sobre el niño o niña, sumado a esto están las características de la estructura familiar que dificultan la declaración del niño, la credibilidad y apoyo por parte de sus figuras de apego. En cambio, cuando el abuso sexual es de tipo violento, suelen ser otras las características asociadas al trauma, al riesgo de vida y a la severidad de las condiciones; generalmente este suele ser un evento único.

En el proceso de abuso intrafamiliar se distingue las siguientes etapas, las tres primeras constituyen una situación familiar de equilibrio, y las dos últimas una situación de crisis:

1. **Fase de seducción:** el agresor establece una relación más cercana con la víctima.
2. **Fase de interacción abusiva:** despliegue de acciones abusivas, con o sin contacto físico. Estas pueden ser exhibición de genitales, tocar o hacer tocar los genitales, masturbación, penetración con objetos o con el pene en la boca, genitales o ano de la víctima. Se describe que el niño sufre una erotización traumática, puesto que es expuesto a experiencias que no puede elaborar ni cognitiva ni emocionalmente, ni las puede integrar a su experiencia. El nivel de *arousal*/excitación interna de él sube sin tener resolución.
3. **Fase del secreto:** el agresor impone la ley del silencio y amenazas que dificultan la revelación.
4. **Fase de divulgación:** cuando se abre o revela la situación de abuso, porque el niño cuenta lo ocurrido o un tercero lo descubre.
5. **Fase de represión y/o retractación:** el agresor impone su poder sobre la víctima y adultos quienes desmienten o se retractan de la acusación (Síndrome de Summit)

Cuando se realizan intervenciones eficientes se consideran dos fases más:

**Fase de protección:** lo ideal es pasar a proteger al niño para evitar que ocurra lo anterior y para resguardar su seguridad evitando una repetición de los abusos.

**Fase de reparación:** víctima, adultos no agresores y los agresores reciben ayuda, tanto en reparación del daño como en rehabilitación respectivamente.

### **Efectos del abuso**

Para la mayoría de los niños y niñas, el vivir experiencias de abuso sexual puede dar lugar a una serie de trastornos psicológicos, alteraciones en el desarrollo armónico e integral y problemas de comportamiento, los que pueden manifestarse tempranamente o recién en la adolescencia o en la edad adulta. Existen mediadores que se asocian a la severidad de las consecuencias, como son la edad, la relación preexistente entre el agresor y la víctima, la frecuencia de los eventos y la severidad de éstos.

El foco de esta revisión sistemática será la cobertura de las preguntas de investigación desde una perspectiva ecológica, integrando no sólo aspectos médicos, sino también psicológicos, familiares y contextuales que permitan entender la evidencia comprensivamente.

Esta revisión tiene como objetivo conocer la evidencia en relación a las diversas manifestaciones que presentan las víctimas de estos abusos para orientar la detección precoz. Así como también, conocer cuáles son las intervenciones terapéuticas, tanto a nivel individual como grupal, que puedan beneficiar más a estos niños y niñas en la fase de reparación del daño.

### **3. OBJETIVO GENERAL**

- Identificar y sintetizar la mejor evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones en el ámbito de la prevención secundaria y terciaria: detección y tratamiento del abuso sexual en niños y niñas de 0 a 15 años.

### **4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar y sintetizar la mejor evidencia disponible en la literatura nacional e internacional en relación a la efectividad de la psicoterapia individual en niños y niñas víctimas de abusos sexuales.
- Identificar y sintetizar la mejor evidencia disponible en la literatura nacional e internacional en relación a la efectividad de la psicoterapia individual en niños y niñas víctimas de delitos sexuales violentos
- Identificar y sintetizar la mejor evidencia disponible en la literatura nacional e internacional en relación a la efectividad de la psicoterapia familiar en familias de niños y niñas víctimas de abuso sexual

- Identificar y sintetizar la mejor evidencia disponible en la literatura nacional e internacional en relación a la efectividad de la psicoterapia grupal en niños y niñas víctimas de abuso sexual.
- Identificar y sintetizar la mejor evidencia disponible en la literatura nacional e internacional en relación a los protocolos de primera respuesta frente a la atención de niños y niñas víctimas de delitos sexuales violentos, que incluyan aspectos de protección psicológica, física y judicial.
- Identificar y sintetizar la evidencia disponible en la literatura nacional e internacional en relación a los instrumentos o métodos más efectivos en la detección de abuso sexual en niños y niñas.
- Identificar y sintetizar la evidencia disponible en la literatura nacional e internacional en relación a las intervenciones o estrategias más efectivas en el ámbito de la prevención secundaria del abuso sexual.

## 5. MÉTODOS

La revisión sistemática se desarrollará en las siguientes etapas:

### 5.1 Búsqueda Bibliográfica

#### 5.1.1 Fuentes:

Las bases de datos electrónicas consultadas: MEDLINE, The Cochrane Database for Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness and The Cochrane Clinical Trials Register in the Cochrane Library, Online J Curr Clin Trials, Lilacs, PsycINFO, Psycfirst, CINAHL, National Guideline Clearinghouse, ProQuest, EBM Reviews (Ovid), Science Direct (Elsevier).

#### 5.1.2 Palabras Claves:

##### **Psicoterapia individual en abuso sexual infantil**

- Términos MeSH: "Child Abuse, Sexual/ therapy"[MeSH], "Child Abuse, Sexual/ psychology"[MeSH], "Sex Offenses/psychology" [MeSH], "Child Abuse, Sexual/ therapy"[MeSH], "Child Abuse, Sexual/ therapy"[MeSH], [MeSH], Child Abuse, Sexual [MeSH], Rape [MeSH].
- Otros: (términos no MeSH y en español): abuso sexual, psicoterapia individual, tratamiento, criminal sexual assault, sexual abuse and psychotherapy.
- Filtros utilizados: Limits/Systematic Reviews y All Child: 0-18 years de PubMed, Limits/Practice Guideline y All Child: 0-18 years de PubMed, Limits/Guideline Category: Treatment

##### **Psicoterapia individual en víctimas de delitos sexuales violentos**

- Términos MeSH: "Child Abuse, Sexual/ therapy"[MeSH], "Child Abuse, Sexual/ psychology"[MeSH], "Sex Offenses/psychology" [MeSH], "Child Abuse, Sexual/

therapy"[MeSH], "Child Abuse, Sexual/ therapy"[MeSH], Child Abuse,Sexual [MeSH], Rape [MeSH].

- Otros: (términos no MeSH y en español): abuso sexual, psicoterapia individual, violación, tratamiento, incest, criminal sexual assault, statutory rape, date rape, sexual abuse and psychotherapy.
- Filtros utilizados: Limits/Systematic Reviews y All Child: 0-18 years de PubMed, Limits/Practice Guideline y All Child: 0-18 years de PubMed, Limits/Guideline Category: Treatment.

### **Psicoterapia familiar en abuso sexual infantil**

- Términos MeSH: "Child Abuse, Sexual/ therapy"[MeSH], "Child Abuse, Sexual/ psychology"[MeSH], "Sex Offenses/psychology" [MeSH], Child Abuse,Sexual [MeSH], Rape [MeSH].
- Otros: (términos no MeSH y en español): abuso sexual, psicoterapia familiar, tratamiento, criminal sexual assault, sexual abuse and psychotherapy.
- Filtros utilizados: Limits/Systematic Reviews y All Child: 0-18 years de PubMed, Limits/Practice Guideline y All Child: 0-18 years de PubMed, Limits/Guideline Category: Treatment

### **Psicoterapia grupal para víctimas de abusos sexuales**

- Términos MeSH: "Child Abuse, Sexual/ therapy"[MeSH], "Child Abuse, Sexual/ psychology"[MeSH], "Sex Offenses/psychology" [MeSH], Child Abuse,Sexual [MeSH], Rape [MeSH].
- Otros: (términos no MeSH y en español): abuso sexual, psicoterapia grupal, tratamiento, incest, criminal sexual assault, sexual abuse and psychotherapy.
- Filtros utilizados: Limits/Systematic Reviews y All Child: 0-18 years de PubMed, Limits/Practice Guideline y All Child: 0-18 years de PubMed, Limits/Guideline Category: Treatment

### **Protocolos de primera respuesta para la atención de víctimas de delitos sexuales violentos**

- Términos MeSH: "Child Abuse,Sexual/diagnosis"[MeSH], "Child Abuse, Sexual/ legislation and jurisprudence "[MeSH], "Sex Offenses/legislation and jurisprudence"[MeSH], "Rape/diagnosis"[MeSH], "Rape/legislation and jurisprudence"[MeSH], Child Abuse,Sexual [MeSH], Rape [MeSH].
- Otros: (términos no MeSH y en español): abuso sexual, violación, tratamiento, detección, indicadores, primera respuesta, incest, criminal sexual assault, statutory rape, sexual abuse.
- Filtros utilizados: Limits/Systematic Reviews y All Child: 0-18 years de PubMed, Limits/Practice Guideline y All Child: 0-18 years de PubMed, Limits/Guideline Category: Diagnosis

### **Instrumentos/métodos para la detección de abuso sexual infantil**

11 de 197

- Términos MeSH: "Child Abuse, Sexual/diagnosis"[MeSH], "Rape/diagnosis"[MeSH], Child Abuse, Sexual [MeSH], Rape [MeSH].
- Otros: (términos no MeSH y en español): abuso sexual, violación, detección, indicadores, primera respuesta, incesto, criminal sexual assault, statutory rape, date rape, sexual abuse.
- Filtros utilizados: Limits/Systematic Reviews y All Child: 0-18 years de PubMed, Limits/Practice Guideline y All Child: 0-18 years de PubM, Limits/Guideline Category: Diagnosis

### **Intervenciones para la prevención terciaria del abuso sexual en niños**

- Términos MeSH: "Child Abuse, Sexual/ therapy"[MeSH], "Child Abuse, Sexual/prevention and control"[MeSH], "Sex Offenses/prevention and control"[MeSH], "Child Abuse, Sexual/ legislation and jurisprudence "[MeSH], "Sex Offenses/legislation and jurisprudence"[MeSH], "Rape/legislation and jurisprudence"[MeSH], "Child Abuse, Sexual/ therapy"[MeSH], "Rape/prevention and control"[MeSH], Child Abuse,Sexual [MeSH], Rape [MeSH].
- Otros: (términos no MeSH y en español): abuso sexual, violación, tratamiento, prevención, indicadores, incest, criminal sexual assault, statutory rape, Date rape, sexual abuse
- Filtros utilizados: Limits/Systematic Reviews y All Child: 0-18 years de PubMed, Limits/Practice Guideline y All Child: 0-18 years de PubMed, Limits/Guideline Category:Prevention, Limits/Guideline Category: Treatment

#### **5.1.3 Cobertura temporal de la búsqueda:**

Hasta marzo de 2008.

#### **5.1.4 Idiomas:**

Estudios en inglés o español.

### **5.2 Criterios de Inclusión**

- Estudios en seres humanos, niños y niñas entre 0 y 15 años que hubiesen sido víctimas de abuso sexual.
- Estudios en seres humanos, niños y niñas entre 0 y 15 años que hubiesen sido víctimas de delitos sexuales violentos.
  - 1.1 Niños y niñas entre 0 y 15 años de población universal.
  - 1.2 Niños y niñas entre 0 y 15 años que recibieron o no psicoterapia individual o grupal.
  - 1.3 Niños y niñas entre 0 y 15 años cuyas familias recibieron o no terapia/psicoterapia grupal.
- Estudios que incluyan evaluación cuantitativa de resultados. Este criterio se puede flexibilizar para incorporar revisiones narrativas de buena calidad, aunque no incluyan una síntesis cuantitativa de resultados. Esto se realizará cuando no se

12 de 197

logre identificar alguna revisión sistemática referida a un tipo de desenlace específico que fuera de interés para los objetivos del estudio.

- Los estudios que se deberían incluir sobre diagnóstico son revisiones sistemáticas, diagnósticos individuales, estudios de cohorte con modelo predictivo. En preguntas de intervención se incluirán revisiones sistemáticas de ECA, guías de práctica clínica con evidencia y estudios primarios con ECA individuales aleatorizados y no aleatorizados.

### **5.3 Criterios de Exclusión**

- Estudios limitados a descripción de impactos cualitativos de intervenciones, sin análisis cuantitativo de los efectos de la intervención.
- Investigación cualitativa, encuestas.

## **6. CRITERIOS DE ANÁLISIS CRÍTICO**

Cada estudio será analizado individualmente en términos de su validez interna y de acuerdo al diseño, considerando:

### Revisiones sistemáticas:

- Calidad del proceso de búsqueda bibliográfica.
- Calidad de los criterios de selección de los estudios (pertinencia del tipo de diseño).
- Calidad del análisis crítico realizado sobre los estudios.

### Ensayos clínicos:

- Diseño.
- Método de asignación.
- Encubrimiento de la asignación.
- Pérdidas de seguimiento.
- Ciego.

## **7. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA**

### **7.1 Revisiones Sistemáticas**

La búsqueda bibliográfica permitió identificar un total de 20 revisiones sistemáticas relacionadas con el tema, de las cuales 6 (Anexo 14.1) cumplieron los criterios de inclusión. Las revisiones excluidas por razones temáticas o metodológicas se detallan en el Anexo 14.2. Los estudios seleccionados fueron obtenidos de las siguientes fuentes:

### **Tabla 1: Fuentes de revisiones sistemáticas seleccionadas**

---

<b>Fuente</b>	<b>Nº estudios seleccionados</b>
Medline	2
Cochrane	1
PsycINFO	0
CINAHL	0
ProQuest	0
EBM Reviews (Ovid),	0
National Guidelines Clearinghouse	0
Science Direct (Elsevier)	3
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>
<b>TOTAL EXCLUYENDO DUPLICADOS</b>	<b>6</b>

## 7.2 Estudios Primarios

La búsqueda bibliográfica identificó 23 estudios primarios, pero sólo se seleccionaron 7 estudios que cumplieron los criterios de inclusión y no se encontraban considerados en las revisiones sistemáticas seleccionadas (véase Anexo 14.3). Los estudios primarios excluidos por razones temáticas, metodológicas o que se encontraban incluidos en las revisiones sistemáticas se detallan en el Anexo 14.4.

**Tabla 2. Fuentes de Estudios Primarios**

<b>Fuente</b>	<b>Nº estudios seleccionados</b>
Medline	3
Cochrane	1
PsycINFO	0
CINAHL	0
ProQuest	0
EBM Reviews (Ovid),	0
National Guidelines Clearinghouse	0
Science Direct (Elsevier)	5
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>
<b>TOTAL EXCLUYENDO DUPLICADOS</b>	<b>7</b>

EMBASE no fue consultado debido al alto costo que excede las capacidades presupuestarias de este proyecto. Pero las revisiones seleccionadas incluyeron la revisión EMBASE.

## 8. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS

### 8.1 ¿Cuál es el tipo de psicoterapia individual para niños y niñas víctimas de abusos sexuales más efectiva para lograr la disminución de la sintomatología (ansiosa o depresiva y post traumática) y para prevenir un nuevo episodio de abuso?

#### 8.1.1 Revisiones sistemáticas

#	Estudio	Tipo de paciente incluido en la revisión	Tipo de intervenciones incluidas en la revisión	Contexto de los estudios incluidos en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Calidad metodológica de la revisión
2	Hetzel- Rigglin, 2007	Niños y adolescentes entre 3 y 18 años que fueron sexualmente abusados.	Las modalidades de intervenciones incluidas en la revisión son: <b>individual</b> (17 estudios), <b>grupala</b> (15), <b>cognitivo-conductual</b> (15 estudios), <b>con foco específico en abuso</b> , (15 estudios), <b>de apoyo</b> (11 estudios), <b>familiar</b> (9 estudios), no tratados (9 estudios), <b>juegos</b> (4 estudios), "otros" (EMDR); 1 estudio. Cabe destacar que estas terapias no fueron mutuamente excluyentes.	Se incluyó estudios que hayan tenido al menos 10 participantes, y que proporcionen suficiente información estadística para evaluar el tamaño del efecto y que se hayan publicado en una revista con evaluación por pares.	Los desenlaces evaluados fueron diferentes tipos de problemas secundarios: conductuales, distress psicológicos, auto estima, funcionamiento social y otros problemas.	Ensayos aleatorizados y estudios sin grupo control con evaluación pre y post intervención.	<b>Amplitud de la búsqueda bibliográfica:</b> La revisión incluyó estudios publicados en idioma inglés, entre 1975 y 2004. Las bases de datos consultadas fueron: PsychINFO, Social Science Abstracts, y Medline. <b>Calidad del análisis crítico:</b> No hay descripción acerca de la utilización de alguno de los criterios de Jadad para incluir los estudios, sólo que se incluyó estudios con un tamaño muestral de al menos 10 personas y que proporcionaran suficiente información

							estadística que permitiera el cálculo de los tamaños del efecto.
3	Macdonald, 2006	Población: niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años que sufrieron abuso sexual. N=847 participantes (10 estudios) Lugar: un estudio en Australia, (King, 2000) y 9 en Estados Unidos.	<b>Tratamiento grupal a los niños:</b> Burke 1988, comparó eficacia de CBT v/s grupo control sólo en niñas entre 8 y 13 años; Berliner 1996 utilizó la CBT v/s terapia convencional para abuso sexual en niños entre 4 y 13 años. Terapia grupal a los niños y sus madres en grupos separados: Deblinger 2001, utilizó la CBT grupal de soporte para los padres no agresores y CBT para los niños entre 2 y 8 años con enfoque didáctico. Tratamiento individual: Celano 1996 comparó eficacia de CBT aplicado a niñas entre 8 y 13 años y sus madres; Cohen 1996/7 comparó CBT terapias de soporte indirecto en niños entre 3 y 6 años y sus padres no agresores; Cohen 1998	Víctima de abusos sexuales.	Depresión, ansiedad, PTSD, comportamiento sexual, comportamiento: externalización.	ECA ECA por grupo EC cuasialeatorizados	<b>Amplitud de la búsqueda bibliográfica:</b> se revisaron bases de datos electrónicas: Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) hasta, 2005, Medline: 1966 hasta noviembre de 2005, EMBASE: 1980 hasta noviembre de 2005, CINAHL: 1982 hasta noviembre de 2005, PsycINFO: 1887 hasta 2 semanas de noviembre 2005, LILACS: 1982 a 2005, SIGLE: 1980 a 2005.  <b>Calidad del análisis crítico:</b> Los estudios se analizaron por la escala de Jadad, 8 ECA = Berliner 1996, EJ=2; Burke 1998, EJ=0; Celano 1996, EJ=1; Cohen 1998, EJ=2; Cohen 2004, EJ=1; Deblinger 1999, EJ=2;

			<p>lo comparó en niños entre 7 y 15 años y Domínguez 2001 lo hizo con niños entre 5 y 17 años; se comparó la CBT aplicado a los niños y a los niños con sus padres/familias, Deblinger 1999 lo realizó en niños entre 7 y 13 años con PTSD y King 2000, con niños entre 5 y 17 años con síntomas de PTSD o riesgo de sufrirlo. Cohen 2004 utiliza la CBT en niños entre 8 y 14 años y en los padres o cuidadores.</p>				<p>Domínguez 2001, EJ=2; King 2000, EJ=2. 1 ECA por grupos = Deblinger 2001, EJ=2 y 1 EC cuasialeatorizado =Cohen 1996/97, EJ=2.</p>
4	Ramchandani, 2003	Niños y niñas entre 2 y 17 años que han sufrido episodios de abuso sexual.	<p><b>Tratamientos psicológicos para el niño y/o su familia</b> donde el niño ha sido abusado sexualmente.</p>	No se describe algún criterio relevante.	Efectos psicológicos o conductuales producto del abuso sexual post tratamiento. Por ejemplo, ansiedad, depresión, desorden por estrés post-traumático y autoestima, entre otros.	ECA	<p><b>Amplitud de la búsqueda bibliográfica:</b> se realizó búsqueda en las siguientes bases de datos Medline, PsycLIT, CINAHL y the Cochrane Controlled Trials Register. Se realizó búsqueda manual en Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, the Journal of Child</p>

							<p>Psychiatry and Psychology, Child Abuse Review, the British Journal of Psychiatry and Child Abuse and Neglect entre los años 1997–2002. Sólo se incluyeron textos en idioma inglés.</p> <p><b>Calidad del análisis crítico:</b> se utilizó la escala de Jadad, (Jadad et al,1996).</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

### 8.1.2 Estudios primarios

No se encontraron estudios primarios para esta pregunta.

### 8.2 ¿Cuál es el tipo de psicoterapia individual en niños y niñas víctimas de delitos sexuales violentos más efectiva para lograr una elaboración integral (emocional y cognitiva) de la experiencia traumática?

No se encontraron revisiones sistemáticas ni estudios primarios para poder contestar esta pregunta.

### 8.3 ¿Cuál es el tipo de psicoterapia familiar en familias de niños y niñas víctimas de abuso sexual más efectiva para lograr una elaboración integral (emocional y cognitiva) de la experiencia de abuso tanto en el niño o niña como en su familia?

#### 8.3.1 Revisiones sistemáticas

#	Estudio	Tipo de paciente incluido en la revisión	Tipo de intervenciones incluidas en la revisión	Contexto de los estudios incluidos en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Calidad metodológica de la revisión
2	Hetzel- Riggin, 2007	Niños y adolescentes entre 3 y 18 años que fueron sexualmente abusados.	Las modalidades de intervenciones incluidas en la revisión son: <b>individual</b> (17 estudios), <b>grupal</b> (15), <b>cognitivo-conductual</b> (15 estudios), <b>con foco específico en abuso</b> , (15 estudios), <b>de apoyo</b> (11 estudios), <b>familiar</b> (9 estudios), no tratados (9 estudios), <b>juegos</b> (4 estudios), "otros" (EMDR); 1 estudio. Cabe destacar que estas terapias no fueron mutuamente excluyentes.	Se incluyó estudios que hayan tenido al menos 10 participantes, y que proporcionen suficiente información estadística para evaluar el tamaño del efecto y que se hayan publicado en una revista con evaluación por pares.	Los desenlaces evaluados fueron diferentes tipos de problemas secundarios: conductuales, distress psicológicos, auto estima, funcionamiento social y otros problemas.	Ensayos aleatorizados y estudios sin grupo control con evaluación pre y post intervención.	<b>Amplitud de la búsqueda bibliográfica:</b> La revisión incluyó estudios publicados en idioma inglés, entre 1975 y 2004. Las bases de datos consultadas fueron: PsychINFO, Social Science Abstracts y Medline. <b>Calidad del análisis crítico:</b> No hay descripción acerca de la utilización de alguno de los criterios de Jadad para incluir los estudios, sólo que se incluyó estudios con un tamaño muestral de al menos 10 personas y que proporcionaran suficiente información

							estadística que permitiera el cálculo de los tamaños del efecto.
4	Ramchandani, 2003	Niños y niñas entre 2 y 17 años que han sufrido episodios de abuso sexual.	<b>Tratamientos psicológicos para el niño y/o su familia</b> donde el niño ha sido abusado sexualmente.	No se describe algún criterio relevante.	Efectos psicológicos o conductuales producto del abuso sexual post tratamiento. Por ejemplo, ansiedad, depresión, desorden por estrés post-traumático y autoestima, entre otros.	ECA	<p><b>Amplitud de la búsqueda bibliográfica:</b> se realizó búsqueda en las siguientes bases de datos Medline, PsycLIT, CINAHL y the Cochrane Controlled Trials Register. Se realizó búsqueda manual en Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, the Journal of Child Psychiatry and Psychology, Child Abuse Review, the British Journal of Psychiatry and Child Abuse and Neglect entre los años 1997 y 2002. Sólo se incluyeron textos en idioma inglés.</p> <p><b>Calidad del análisis crítico:</b> se utilizó la escala de Jadad, (Jadad et al, 1996).</p>

### 8.3.2 Estudios primarios

#	Estudio	Intervención	Población y contexto	Diseño	Variables de resultado	Calidad metodológica	Observaciones
1	Bonner, 1999	<p><b>Terapia cognitivo conductual grupal y terapia de grupo orientada dinámicamente</b> (juego dinámico) tanto para los niños como los padres, padrastros u otro cuidador.</p> <p>12 sesiones grupales de 1 hora de duración más 12 sesiones individuales para niños y, para los padres y cuidadores sesiones grupales de 1 hora.</p> <p>Establecer tipologías de desarrollo.</p>	<p>Niños, no se especifican diferencias de género, entre 6 y 12 años con y sin problemas de conducta sexual y sus padres o cuidadores. Grupo tratamiento de ambos centros n=201 y grupo control de ambos grupos n= 52.</p> <p>El estudio se realizó en dos centros en Estados Unidos.</p>	<p>Estudio controlado (treatment controlled outcome).</p> <p>Seguimiento en 3 fases 1991-92; 1993-95; 1996-98.</p>	<p>* Problemas afectivos y conductuales: medidas con distintas escalas (child assesment scale, PTSD sympton scale, test de Rorschach, dibujo de la persona bajo la lluvia, child behavior checklist parent form, behavior change rating scale, revised children's manifest anxiety scale, self perception profile for children, pictorial scale of perceived competence and social acceptance for young children).</p> <p>* Habilidades cognitivas: breve test de inteligencia de Kaufman.</p> <p>* Problemas conductuales de tipo sexual: child sexual behaviour inventory.</p> <p>* Funcionamiento familiar: child version of the family scale.</p>	Se menciona que hubo asignación aleatoria al tratamiento, pero no se señala cómo.	<p>Grupo control: niños que no reportaron problemas conductuales de tipo sexual. Ningún tratamiento fue más efectivo que el otro.</p>

					<p>Evaluación padres: brief symptom inventory, parenting stress index, index of parental attitudes, family environment scale form r, demographic questionnaire.</p> <p>3 categorías de conducta sexual en la infancia (tipologías de desarrollo):</p> <p>1) niños sexualmente inapropiados.</p> <p>2) niños sexualmente intrusivos o intrusos.</p> <p>3) niños sexualmente agresivos.</p>		
4	Deblinger, 2006	Se trata de determinar la persistencia a los 6 y 12 meses, posterior al tratamiento, de las <b>diferencias observadas en las respuestas entre 2 terapias para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático</b>	Se evaluaron un total de 183 niños de 8 a 14 años de edad y sus cuidadores primarios a los 6 y 12 meses después de haber recibido una intervención. Cabe destacar que el criterio de inclusión de la muestra consideraba que los niños presentarán síntomas de estrés post traumático y problemas emocionales y	Es un estudio observacional que evalúa la persistencia de las intervenciones a los 6 y 12 meses post tratamiento. (TF-TCC y CCT), publicados por Cohen y	Todos los instrumentos fueron aplicados a los 6 y 12 meses post tratamiento: - Trastornos de estrés post traumáticos se evalúan a través de "Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version, PTSD section (K-SADS-PL-PTSD; Kaufman et al., 1996).	No hay reporte en cuanto a la calidad metodológica del estudio.	Es importante contar con el análisis del estudio original, para comprender cabalmente la secuenciación de los estudios y la evolución de los grupos posteriormente. Además, los autores proponen que: 1.- es preciso

		<p>en niños que han sido objeto de abusos sexuales: TF-TCC es un tratamiento estructurado que focaliza en el entrenamiento de herramientas educativas y de afrontamiento diseñadas para ayudar activamente a los niños y sus padres en el proceso de experiencias traumáticas, en un contexto de sesiones individuales y en conjunto con sus padres (Deblinger 1996).</p> <p>CCT es una terapia de apoyo, con un enfoque centrado en el cliente que se focaliza en el establecimiento de una relación terapéutica de confianza, de</p>	<p>conductuales como resultado del abuso sexual infantil.</p> <p>En la intervención TF-CBT, n=80 y n=82 completaron la evaluación a los 6 y 12 meses respectivamente; y con la modalidad CCT, n=71 y n=73 completaron la evaluación a los 6 y 12 meses post tratamiento, respectivamente.</p>	<p>Mandarino (1996). Los estudios originales donde se diseñaron y aplicaron las intervenciones eran ECA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depresión por auto reporte a través de CDI Kovacs, 1985).</li> <li>- Autoreporte de síntomas de ansiedad a través de State-Trait Anxiety Inventory for Children (Spielberger, 1973).</li> <li>- Autoreporte de niveles de estigmatización, confianza interpersonal, autculpa por eventos negativos, credibilidad percibida, a través de Children's Attributions and Perceptions Scale (CAPS) (Mannarino et al., 1994).</li> <li>- Autoreporte de sentimientos de vergüenza por haber sufrido abusos sexuales se evaluó a través de The Shame Questionnaire (Feiring et al., 2002).</li> <li>- Los cuidadores utilizan el CBCL (Achenbach, 1991) para calificar a sus hijos con respecto a competencia social, internalización, externalización de</li> </ul>		<p>continuar con evaluaciones más allá de 12 meses, ya que algunos autores plantean que los efectos deletéreos del abuso sexual infantil pueden ir más allá de la niñez, afectando el funcionamiento social, emocional y conductual en la adolescencia y adultez, y 2.- realizar evaluaciones de la terapia basada en TF-TCC en diferentes comunidades y grupos con distintas características.</p>
--	--	--	---	--	---	--	--

		<p>auto afirmación, empoderamiento, y validación para el niño y cuidador (Cohen y Mannarino, 1996).</p>			<p>problemas conductuales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Percepción de los cuidadores acerca de si el niño incurre en conducta sexual inapropiada, se evaluó a través de The Child Sexual Behavior Inventory (Friedrich et al., 1992).</li> <li>- Autoreporte de los cuidadores sobre depresión y su severidad a través de The Beck Depression Inventory-II (Beck et al., 1996)</li> <li>-Niveles de angustia emocional auto evaluado por los cuidadores sobre la experiencia de abuso sexual de sus hijos o hijas, a través de The Parent's Emocional Reaction Questionnaire (PERQ) (Mannarino and Cohen, 1996).</li> <li>- Para medir el apoyo de los padres a los niños víctimas de abusos sexuales y atribuciones respecto a la responsabilidad de los abusos, se usó The Parental Support Questionnaire (PSQ) (Mannarino and</li> </ul>		
--	--	---	--	--	---	--	--

					<p>Cohen, 1996).</p> <p>- Para evaluar las prácticas parentales con sus hijos se usó The Parenting Practices Questionnaire (Strayhorn and Weidman, 1988), el cual fue modificado para su uso con niños abusados sexualmente (Stauffer and Deblinger, 1996).</p>		
--	--	--	--	--	---	--	--

#### 8.4 ¿Cuál es el tipo de psicoterapia grupal en niños y niñas víctimas de abuso sexual más efectiva para la elaboración integral (emocional y cognitiva) del episodio de abuso?

##### 8.4.1 Revisiones sistemáticas

#	Estudio	Tipo de paciente incluido en la revisión	Tipo de intervenciones incluidas en la revisión	Contexto de los estudios incluidos en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Calidad metodológica de la revisión
2	Hetzel- Rigglin, 2007	Niños y adolescentes entre 3 y 18 años que fueron sexualmente abusados.	Las modalidades de intervenciones incluidas en la revisión son: <b>individual</b> (17 estudios), <b>grupal</b> (15), <b>cognitivo-conductual</b> (15 estudios), <b>con foco específico en abuso</b> , (15 estudios), <b>de apoyo</b> (11 estudios), <b>familiar</b> (9 estudios), no tratados (9 estudios), <b>juegos</b> (4 estudios), "otros"	Se incluyó estudios que hayan tenido al menos 10 participantes, y que proporcionen suficiente información estadística para evaluar el tamaño del efecto y que se hayan publicado en una revista con evaluación por pares.	Los desenlaces evaluados fueron diferentes tipos de problemas secundarios: conductuales, distress psicológicos, auto estima, funcionamiento social y otros problemas.	Ensayos aleatorizados y estudios sin grupo control con evaluación pre y post intervención.	<b>Amplitud de la búsqueda bibliográfica:</b> La revisión incluyó estudios publicados en idioma inglés, entre 1975 y 2004. Las bases de datos consultadas fueron: PsychINFO,

			(EMDR); 1 estudio. Cabe destacar que estas terapias no fueron mutuamente excluyentes.				Social Science Abstracts, y Medline.  <b>Calidad del análisis crítico:</b> No hay descripción acerca de la utilización de alguno de los criterios de Jadad para incluir los estudios, sólo que se incluyó estudios con un tamaño muestral de al menos 10 personas y que proporcionaran suficiente información estadística que permitiera el cálculo de los tamaños del efecto.
3	Macdonald, 2006	Población: niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años que sufrieron abuso sexual. N=847 participantes (10	<b>Tratamiento grupal a los niños:</b> Burke 1988, comparó eficacia de CBT v/s grupo control sólo en niñas entre 8 y 13 años; Berliner 1996 utilizó la	Víctima de abusos sexuales	Depresión, ansiedad, PTSD comportamiento sexual, comportamiento: externalización.	ECA  ECA por grupo  EC	<b>Amplitud de la búsqueda bibliográfica:</b> se revisaron bases de datos electrónicas:

	estudios) Lugar: un estudio en Australia, (King, 2000) y 9 en Estados Unidos.	<p>CBT v/s terapia convencional para abuso sexual en niños entre 4 y 13 años. Terapia grupal a los niños y sus madres en grupos separados: Deblinger 2001, utilizó la CBT grupal de soporte para los padres no agresores y CBT para los niños entre 2 y 8 años con enfoque didáctico. Tratamiento individual: Celano 1996, comparó eficacia de CBT aplicado a niñas entre 8 y 13 años y sus madres; Cohen 1996/7 comparó CBT terapias de soporte indirecto en niños entre 3 y 6 años y sus padres no agresores ; Cohen 1998 lo comparó en niños entre 7 y 15 años y Domínguez 2001 lo hizo con niños entre 5 y 17 años; Se comparó la CBT aplicado a los niños y a los niños con sus padres/familias, Deblinger 1999, lo realizó en niños entre 7 y 13 años con PTSD y King 2000, con niños entre 5</p>			cuasialeatorizados	<p>Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) hasta, 2005, Medline: 1966 hasta noviembre de 2005, EMBASE: 1980 hasta noviembre de 2005, CINAHL: 1982 hasta noviembre de 2005, PsycINFO: 1887 hasta 2 semanas de noviembre 2005, LILACS: 1982 a 2005, SIGLE: 1980 a 2005.</p> <p><b>Calidad del análisis crítico:</b>          Los estudios se analizaron por la escala de Jadad, 8 ECA = Berliner 1996, EJ=2; Burke 1998, EJ=0; Celano 1996, EJ=1; Cohen 1998, EJ=2; Cohen 2004, EJ=1; Deblinger 1999,</p>
--	---	---	--	--	--------------------	--

			y 17 años con síntomas de PTSD o riesgo de sufrirlo. Cohen 2004 utiliza la CBT en niños entre 8 y 14 años y en los padres o cuidadores				EJ=2; Domínguez 2001, EJ=2; King 2000, EJ=2. 1 ECA por grupos =Deblinger 2001, EJ= 2 y 1 EC cuasialeatorizado =Cohen 1996/97, EJ=2.
4	Ramchandani, 2003	Niños y niñas entre 2 y 17 años que han sufrido de episodios de abuso sexual	<b>Tratamientos psicológicos para el niño y/o su familia</b> donde el niño ha sido abusado sexualmente.	No se describe algún criterio relevante.	Efectos psicológicos o conductuales producto del abuso sexual post tratamiento. Por ejemplo, ansiedad, depresión, desorden por estrés post-traumático y autoestima, entre otros.	ECA	<b>Amplitud de la búsqueda bibliográfica:</b> se realizó búsqueda en las siguientes bases de datos Medline, PsycLIT, CINAHL y the Cochrane Controlled Trials Register. Se realizó búsqueda manual en Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, the Journal of Child Psychiatry and Psychology, Child Abuse Review, the British Journal of

							<p>Psychiatry and Child Abuse and Neglect entre los años 1997 y 2002. Sólo se incluyeron textos en idioma inglés.</p> <p><b>Calidad del análisis crítico:</b> se utilizó la escala de Jadad, (Jadad et al, 1996).</p>
5	Reeker, 1997	Niños y adolescentes sexualmente abusados entre los 3 y 17 años.	Tipos de intervención: integrada: <b>combinación de las siguientes técnicas</b> (psicoeducación, exploración de la experiencia de abuso, exploración de sentimientos, arte terapia, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, trabajo con marionetas, ejercicios de escritura y manejo conductual), <b>terapia grupal, individual, cognitivo conductual, psicodrama y terapia</b>	Criterios de inclusión: 1.-Que se hubiera investigado la eficacia del tratamiento de grupo para niños o adolescentes víctimas de abuso sexual. 2.- Que los resultados se hubieran basado en medidas empíricas. 3.- Que se haya proporcionado suficiente información estadística para calcular los tamaños de los efectos. Estudios diseñados para estudiar la efectividad de un grupo de tratamiento para niños o	Estrés psicológico general, Síntomas internalizados como depresión, ansiedad y miedo, Síntomas externalizados, conducta sexual, autoestima, conocimiento del abuso sexual/prevención.	Meta análisis con 11 estudios de diseño experimental, el texto no aporta información específica de la calidad metodológica de cada estudio.	<p><b>Amplitud de la búsqueda bibliográfica:</b> Búsqueda sólo en Inglés en Psycinfo (1967-1996).</p> <p><b>Calidad del análisis crítico:</b> Se reportan valores p, se calcula el tamaño del efecto tanto de las características grupales como del tipo de variable. No hay mención a la</p>

			<p><b>de juego.</b></p>	<p>adolescentes sexualmente abusados; medidos empíricamente, se excluyeron impresiones clínicas o entrevistas desestructuradas con los padres. Se incluyó estudios con información estadísticamente suficiente para calcular el tamaño del efecto.</p> <p>Los estudios fueron clasificados en grupos de género: mujeres, hombres o mixtos.</p> <p>Se formaron tres grupos según la edad: adolescentes (13 a 18), preadolescentes/infancia tardía (8 a 12) e infancia temprana (2 a 7).</p> <p>Los tratamientos fueron clasificados en dos categorías del setting del tratamiento: agencia (derivados de un setting de salud mental clínica o comunitaria) o investigación (setting universitario o de otro</p>			<p>calidad de los estudios primarios.</p>
--	--	--	-------------------------	--	--	--	---

				tipo de investigación). Los resultados, además, fueron clasificados en dos categorías de perspectiva de respuesta: reporte del padre o del niño.			
--	--	--	--	---	--	--	--

#### 8.4.2 Estudios primarios

No se seleccionaron estudios primarios para esta pregunta.

#### 8.5 ¿Cuáles son los protocolos de primera respuesta que cuenten con mayor evidencia de efectividad frente a la atención de niños y niñas víctimas de delitos sexuales violentos y de abuso sexual, que incluyan aspectos de protección psicológica, física y judicial?

No se encontraron revisiones sistemáticas ni estudios primarios para responder esta pregunta.

#### 8.6 ¿Cuáles son los instrumentos/métodos más efectivos en la detección de experiencias abuso sexual en niños y niñas de 0 a 15 años?

##### 8.6.1 Revisiones sistemáticas

#	Estudio	Tipo de paciente incluido en la revisión	Tipo de intervenciones incluidas en la revisión	Contexto de los estudios incluidos en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Calidad metodológica de la revisión
1	Garb, 2000	Niños y niñas abusados sexual y físicamente.	Aplicación de Test <b>Proyectivos</b> . Doce de estos estudios	La inclusión de un grupo clínico sin historia de abuso	Los resultados de este análisis dio un tamaño de efecto general de	ECA Aplicación de	<b>Amplitud de la búsqueda bibliográfica:</b> Garb

			<p>utilizaron instrumentos proyectivos con niños abusados sexualmente y cuatro estudios los usaron con niños abusados físicamente.</p> <p>(TAT, RO, Hand Test, Dibujo de la Familia Cinética, Test de la figura humana, Test Draw-a-Man, Visualización de un Rosal).</p>	<p>(importante porque genera la información necesaria para apoyar la afirmación de que el instrumento puede discriminar a un sujeto abusado sexualmente de otro tipo de sujetos estresados.</p>	<p>0,81, el cual es considerado como un gran TE.</p> <p>Seis estudios incluyeron solamente a un grupo normal de niños no abusados y no estresados, junto con el grupo de niños sexualmente abusados. En este caso, el TE promedio fue de 0,87, que resulta impresionante.</p> <p>Por otra parte, seis grupos incluyeron un grupo clínico de niños estresados, pero no sexualmente abusados. En este caso el TE disminuyó a 0,76, considerado un TE mediano a grande.</p> <p><b>Resultados del metaanálisis:</b></p> <p>TE general para 12 estudios con niños abusados: 0,81</p> <p>TE entre grupo clínico y</p>	<p>test proyectivos a niños/as abusados sexualmente , con dos tipos de grupo control (grupo clínico y grupo normal, ambos sin historia de abuso).</p>	<p>ubicó los 12 estudios con los que trabajó West 1998. Reanalizó los datos incluyendo los resultados significativos y no significativos de los estudios.</p> <p><b>Calidad del análisis crítico:</b> Garb utilizó la pauta propuesta por Copen para determinar el tamaño del efecto: TE pequeño 0,02; mediano hasta 0,5 y gran TE 0,8. Por esto el TE de los estudios analizados es pequeño a mediano y no grande como lo concluyó West.</p>
--	--	--	--	---	---	---	---

					<p>niños abusados: 0,76</p> <p>TE entre grupo normal y niños abusados: .87</p> <p>7 estudios de niñas solamente (niñas abusadas): 0,76</p> <p>5 estudios niños/niñas (abusados sexualmente): 0,88</p> <p>TE para estudios sobre abuso físico: 1,65</p> <p>Esto indica que los instrumentos proyectivos pueden discriminar a niños estresados de no estresados, bastante bien. En los estudios que incluyeron un grupo clínico de niños estresados, que no habían sido abusados sexualmente, el TE más bajo indica que los instrumentos eran menos capaces de discriminar el tipo de estrés.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>Este metaanálisis da evidencia que las técnicas proyectivas tienen la habilidad para discriminar entre niños que han sido abusados sexualmente de aquellos que no lo han sido.</p> <p>Sin embargo, se requiere de investigación posterior que incluya grupos clínicos de niños estresados, para poder determinar en qué medida pueden los tests proyectivos discriminar el tipo de estrés</p> <p>No se incluyen los estudios de abuso físico, sólo se mencionan en la tabla metodológica.</p>		
6	West, 1998	<b>Niños y niñas</b> abusados sexual y físicamente	<b>Aplicación de Test Proyectivos</b> Doce de estos estudios utilizaron instrumentos proyectivos con	La inclusión de un grupo clínico sin historia de abuso (importante porque genera la información	Los resultados de este análisis dio un tamaño de efecto general de 5,81, el cual es considerado como un	ECA.  Aplicación de test proyectivos a niños/as abusados/as	<b>Amplitud de búsqueda bibliográfica</b>  Los estudios incluidos en este análisis han

			<p>niños abusados sexualmente y cuatro estudios los usaron con niños abusados físicamente.</p> <p>(TAT, RO, Hand Test, Dibujo de la Familia Cinética, Test de la figura humana, Test Draw-a-Man, Visualización de un Rosal).</p>	<p>necesaria para apoyar la afirmación de que el instrumento puede discriminar a un sujeto abusado sexualmente de otro tipo de sujetos estresados.</p>	<p>gran TE.</p> <p>Seis estudios incluyeron solamente a un grupo normal de niños no abusados y no estresados, junto con el grupo de niños sexualmente abusados. En este caso, el TE promedio fue de 0,87, que resulta impresionante.</p> <p>Por otra parte, seis grupos incluyeron un grupo clínico de niños estresados, pero no sexualmente abusados. En este caso el TE disminuyó a 0,76, considerado un TE mediano a grande.</p> <p><b>Resultados del metaanálisis:</b> TE general para 12 estudios con niños abusados: 0,81</p>	<p>sexualmente , con dos tipos de grupo control (grupo clínico y grupo normal, ambos sin historia de abuso)</p>	<p>sido seleccionados para un periodo de tiempo de 10 años, lo que sesga la muestra.</p> <p>La restricción de bases de datos y periodo de tiempo impide que este análisis sea identificado como un metaanálisis.</p> <p><b>Calidad del análisis crítico:</b> Existe restricción en la entrega de datos para evaluar este punto.</p>
--	--	--	--	--	---	---	---

					<p>TE entre grupo Clínico y Niños abusados: 0,76</p> <p>TE entre grupo normal y niños abusados: 0,87</p> <p>7 estudios de niñas solamente (niñas abusadas): 0,76</p> <p>5 estudios niños/niñas (abusados sexualmente): 0.88</p> <p>TE para estudios sobre abuso físico: 1,65</p> <p>Esto indica que los instrumentos proyectivos pueden discriminar a niños estresados de no estresados, bastante bien. En los estudios que incluyeron un grupo clínico de niños estresados, que no habían sido abusados sexualmente, el TE más bajo indica que los instrumentos eran menos capaces de discriminar el tipo de</p>		
--	--	--	--	--	---	--	--

					<p>estrés.</p> <p>Este metaanálisis da evidencia que las técnicas proyectivas tienen la habilidad para discriminar entre niños que han sido abusados sexualmente de aquellos que no lo han sido.</p> <p>Sin embargo, se requiere de investigación posterior que incluya grupos clínicos de niños estresados, para poder determinar en qué medida pueden los tests proyectivos discriminar el tipo de estrés</p> <p>No se incluyen los estudios de abuso físico, sólo se mencionan en la tabla metodológica.</p>		
--	--	--	--	--	---	--	--

### 8.6.2 Estudios primarios

#	Estudio	Intervención	Población y contexto	Diseño	Variables de resultado	Calidad metodológica	Observaciones
3	Bruening, 1997	<p><b>Validación del análisis del dibujo de figura humana en niñas abusadas y no abusadas, para predecir disturbios emocionales con el screening de disturbios emocionales (DAP: SPED).</b></p> <p>Los protocolos con los resultados del dibujo fueron asignados al azar según la condición de descripción del caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actual, donde se les dijo que las niñas eran abusadas.</li> <li>-Pretendida, donde se les decía que las</li> </ul>	<p>Niñas, n = 40, 2 grupos: niñas víctimas de abuso, edad entre 6 y 16 años y no abusadas entre 6 y 17 años. Las niñas fueron abusadas por hombres y no habían recibido consejería posterior al abuso. Las niñas no abusadas recibieron consejería por problemas conductuales en el colegio, depresión hiperactividad, etc.).</p>	<p>Experimental</p> <p>Se aleatoriza para asignarlas a cualquiera de los dos grupos, actual o pretendida.</p>	<p>Puntaje en el dibujo de figura humana, evaluado con el instrumento DAP: SPED, en grupos abusados y no abusados.</p> <p>DAP: SPED es la estandarización del dibujo de la figura humana, evalúa disturbios emocionales y conductuales. Se realizan tres dibujos, hombre, mujer y a sí mismo.</p> <p>Una escala de 55 ítems se utiliza para puntuar los dibujos según dos criterios: dimensión y contenido.</p> <p>Altos puntajes indican un mayor disturbio emocional.</p> <p>Interpretación puntaje:</p> <p>&lt;55= mayor evaluación no está indicada.</p> <p>55-64= mayor evaluación</p>	<p>Sólo se menciona que se aleatoriza el grupo, no se especifica el método. Se realiza análisis de varianza.</p>	

		niñas no habían sido abusadas.			indicada.  >64= mayor evaluación fuertemente indicada		
6	Garnefski, 1997	<p>Estudio observacional analítico de corte transversal que compara 2 grupos.</p> <p>Se administró un cuestionario basado en el Monitoring-the-Future Questionnaire para identificar problemas de salud mental, y también preguntas para <b>evaluar exposición a experiencias de abuso sexual infantil.</b></p>	Incluyó 1490 estudiantes de escuelas secundarias, de los Países Bajos, con edades entre 12 y 19 años, 745 con historia de abuso sexual (151 <b>varones</b> , 594 <b>niñas</b> ) y pareados con 745 estudiantes sin una historia de este tipo.	Estudio observacional analítico de corte transversal.	Prevalencia de problemas de salud mental: problemas emocionales, agresividad y comportamientos delictivos, adicción a conductas de riesgo, y tendencias suicidas, evaluados a través de la administración de un cuestionario basado en el Monitoring-the-Future Questionnaire para identificar problemas de salud mental.	Estudio de carácter observacional y descriptivo. Que presenta deficiencias, los datos fueron recolectados por cuestionario autoadministrado por lo que los problemas emocionales, de comportamiento, pensamientos suicidas, así como también exposición a experiencias de abuso sexual infantil se midieron sobre la base de autopercepción, sin una entrevista estructurada o con una evaluación especializada, lo que le resta validez ya que podría haber falsos positivos o falsos negativos.	El grupo estudiado corresponde a población representativa de estudiantes que asisten a escuelas secundarias y excluye a aquellos que no se encuentran en el sistema escolar.
7	Sim ,	Se realizaron dos	La población se dividió en	Ensayo clínico	Medición a los niños: ansiedad, depresión,	El estudio no hace referencia sobre	El estudio contó con 16 expertos

2005	<p>estudios:</p> <p><b>Creación de nuevas escalas de PTSD y disociación</b> por medio de un grupo de expertos y a través de su validación empírica (análisis por factor confirmatorio y validez de constructo).</p> <p>Se examinó <b>la relación entre las escalas de PTSD y disociación</b>. Por medio del análisis por factor CFA en donde se utilizó una muestra no clínica y dos muestras clínicas independientes. Además, se investigó la relación de estas escalas con características del abuso sexual</p>	<p>5 muestras:</p> <p>Muestra normativa: muestra no clínica de 1293 niños entre 4 y 12 años y sus madres.</p> <p>Muestra clínica general: 419 niños de 9 a 12 años, pacientes para evaluación psiquiátrica o psicológica y sus madres.</p> <p>Muestra de la comunidad: 629 niños entre 4 y 12 años, reclutados en las salas de espera de pediatría comunitaria y medicina familiar, y 34 madres.</p> <p>Muestra psiquiátrica: 431 niños entre 4 y 12 años cuyo cuidador principal niega alguna sospecha de abuso sexual.</p> <p>Muestra sexualmente abusada: 409 niños entre 4 y 12 años con historia confirmada de abuso sexual, la mayoría dentro de los pasados 12 meses.</p>	aleatorizado.	<p>rabia, síntomas post traumáticos, disociación y preocupaciones sexuales Trauma Symptom Checklist for Children.</p> <p>Información demográfica aportada por los padres quienes además respondieron la Child Behavior Checklist 4-18 años y Life events Checklist.</p>	criterios que permitan evaluar la calidad metodológica.	<p>en psicología clínica infantil, y se consideró una buena medida de PSDT o disociación si al menos dos tercios de los expertos ranqueaban el ítem como indicador.</p> <p>Se realizó un análisis de factor confirmatorio, se obtuvo el coeficiente alfa de Cronbach, chi cuadrado y Bentler's Comparative Fit Index (CFI). Se consideró como un buen indicador sobre 0,90.</p>
------	---	--	---------------	---	---	---

		que reflejen severidad y cronicidad del estresor. Se examinó la diferencia de medias de estas subescalas entre niños abusados y no abusados.					
5	Finnila, 2003	<b>Adaptación y administración de escalas de sugestión.</b> Se administró el "Bonn Test of Statement Suggestibility" (BTSS), a <b>111 niños y niñas</b> en Turku, Finlandia. Los niños fueron clasificados en los más sugestionables (N = 36) y los menos sugestionables (N = 36). Luego, se les asignó de manera aleatorizada, ya sea a varias	111 niños y niñas de habla sueca. 48 niños entre 4 y 5 años, 23 del sexo femenino y 25 del sexo masculino.  63 niños entre 7 y 8 años, 34 del sexo femenino y 29 del sexo masculino.  Los niños y niñas fueron reclutados de kindergarten y escuelas pertenecientes a una comunidad representativa de la población sueco-parlante en Turku, Finlandia. La mayoría eran blancos de clase media.	Aleatorizado, cuasi-experimental.	Sugestión en situaciones interrogativas.  Aplicación del "Bonn Test of Statement Suggestibility" (BTSS). Aproximadamente tres meses después se llevó a cabo la segunda parte del estudio.	Estudio aleatorizado, ciego en evaluación, sin análisis por intención de tratar.	Sólo niños de habla sueca.  Se administró un test de sugestión a 111 niños y niñas. Los niños fueron clasificados en más sugestionables y menos sugestionables.  Posteriormente fueron asignados de manera aleatorizada a distintas situaciones de entrevista, diferenciadas por la utilización de

		situaciones de entrevistas que contenían varias técnicas sugestivas o a una sola entrevista que contenía sólo preguntas sugestivas.					diferentes técnicas sugestivas.
2	Boyle, 2004	<p>El objetivo de este estudio descriptivo fue medir la <b>efectividad relativa de tres métodos de exploración</b> diferentes: separación labial en posición supina, técnica de tracción labial en posición supina, y la posición genupectoral (denominado como enfoque multimétodo).</p> <p>El objetivo de la intervención es comparar la</p>	<p>La muestra consistió en 46 niñas prepúberes y 74 niñas púberes, desde 4 meses de edad, hasta los 18 años. Las niñas pertenecían a razas diferentes: blanca, afroamericana, hispana, asiática y mixta.</p> <p>La muestra fue obtenida en Estados Unidos a partir de un proyecto cuyo objetivo era evaluar el proceso de curación de las lesiones genitales, tanto en niñas prepúberes como púberes.</p> <p>Todas ellas presentaban lesiones genitales recientes (promedio entre 24 y 27 horas)</p>	Descriptivo, muestra intencionada.	Se pretende medir la eficacia de cada uno de los métodos de exploración genital.	<p>Se concluye que los resultados de este estudio son lo suficientemente confiables.</p> <p>Se utilizó SPSS en el análisis. La estadística descriptiva fue utilizada para mostrar los resultados de cada uno de los métodos de exploración. La información fue analizada utilizando las pruebas t, <math>\chi^2</math>, las pruebas de corrección de Yates o las pruebas de Fisher, y las pruebas U Mann-Whitney, cuando se consideró</p>	Se realizó una re-exploración ciega de una muestra al azar del 10% de los casos, con el fin de asegurar la confiabilidad inter-observador. Se utilizó la estadística de Kappa. (puntaje 0,46 a 1,00), moderado a excelente.

		<p>efectividad de los tres distintos métodos de examen y su capacidad para ayudar al examinador a detectar lesiones genitales agudas y no agudas en niñas prepúberes y púberes, en las cuales se sospecha ha habido abuso sexual.</p>	<p>producidas por distintas causas.</p> <p>Sólo se seleccionaron los casos en que se había utilizado los tres métodos de exploración genital.</p>			necesario.	
--	--	---	---	--	--	------------	--

**8.7 ¿Cuáles son las intervenciones o estrategias más efectivas en el ámbito de la prevención terciaria del abuso sexual en niños y niñas, es decir, que presenten mayor efectividad en evitar un nuevo episodio de abuso sexual o en entregar herramientas para enfrentar o solicitar apoyo frente a una nueva amenaza?**

No se encontraron revisiones sistemáticas ni estudios primarios para contestar esta pregunta.

## 9. RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS

### 9.1 ¿Cuál es el tipo de psicoterapia individual para niños y niñas víctimas de abusos sexuales más efectiva para lograr la disminución de la sintomatología (ansiosa o depresiva y post traumática) y para prevenir un nuevo episodio de abuso?

#### 9.1.1 Revisiones sistemáticas

#	Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Calidad metodológica de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultado
2	Hetzel-Riggin, 2007	Terapia individual	<p>17 estudios controlados</p> <p>4 estudios con intervención cognitivo conductual individual: Celano et al (1996), n=15, d=0,59; Deblinger et al (1996), 2 grupos, n=22 d=0,82 y n=24, d= 0,72; Deblinger et al (1996), n=19, d=0,51; King et al (2000), n= 12 d=0,94.</p> <p>4 estudios con intervención cognitivo conductual, familiar, de apoyo, individual: Cohen and Mannarino (1996), n=39, d=0,98, Sullivan et al (1992) con 2 grupos, n=14, d=1,22; y</p>	<p>El autor indica que la principal limitación fueron los tamaños muestrales pequeños. Algunos estudios no describían las características de la población. Además no hay una descripción específica de la terapia usada.</p>	<p>Funcionamiento social</p> <p>Problemas conductuales</p> <p>Distress psicológico</p>	<p>La media del tamaño del efecto fue de magnitud moderada, d=0,44.</p> <p>La media del tamaño del efecto fue de magnitud moderada, d=0,75.</p> <p>La media del tamaño del efecto fue de gran magnitud, d=1,23.</p>

			<p>n=21, d=1,78.</p> <p>1 estudio con intervención familiar, con foco específico en abuso, individual: Celano et al (1996) n=17, d= 0,66.</p> <p>1 estudio con intervención familiar, de apoyo, individual: Cohen and Mannarino (1996), n=28, d=0,34</p> <p>1 estudio con intervención familiar, de apoyo, más otra intervención, individual: Meezan et al (1998), n=30, d=0,17.</p> <p>2 estudios con intervención cognitivo conductual, con foco específico en abuso, individual: Cohen and Mannarino (1998), n=30, d=0,45; Jaberghaderi, et al (2004), n=7, d=1,13.</p> <p>1 estudio con intervención cognitivo conductual, con foco específico de abuso,</p>		<p>Autoestima</p> <p>Otros problemas secundarios</p>	<p>La media del tamaño del efecto fue de magnitud moderada, d=0,57.</p> <p>La media del tamaño del efecto fue de magnitud moderada, d=0,47.</p>
--	--	--	--	--	--	---

			<p>individual: Cohen et al (2004), n=92, d=0,82.</p> <p>1 estudio con intervención familiar, de apoyo, individual Cohen et al (2004) n=92, d=0,57.</p> <p>2 estudios con intervención cognitivo conductual, familiar, individual: Deblinger, et al (1996), n=22, d=0,97; King et al (2000), n=12, d=1,06.</p> <p>1 estudio con intervención apoyo, individual: Cohen et al (1998), n=19, d=0,29.</p> <p>1 estudio con intervención de juego, familiar, de apoyo, individual, grupal: Friedrich et al (1992), n=33, d=0,52.</p> <p>1 estudio intervención con foco específico de abuso, más otra terapia, individual: Jenson et al</p>			
--	--	--	---	--	--	--

			<p>(1996), n=294, d=0,26.</p> <p>1 estudio con intervención con foco específico de abuso, más otra terapia (EMDR), individual: Jaberghaderi et al (2004), n=7, d=1,70.</p> <p>1 estudio con intervención cognitivo conductual, de apoyo, individual: Oates et al (1998) n=84 d=0,57.</p> <p>1 estudio con intervención con foco específico en abuso, apoyo, individual, grupal: Nolan et al (2002) n=18, d=0,61.</p> <p>1 estudio con intervención con foco específico en abuso, apoyo, individual: Nolan et al (2002) n=20, d=0,55.</p> <p>1 estudio Lanktree and Briere (1995), con intervención familiar, con foco específico en abuso,</p>			
--	--	--	--	--	--	--

			<p>individual, grupal con 4 grupos: n=56, d=0,69; n=26, d=0,64; n=23, d=0,28; n=15, d=0,48.</p> <p>2 estudios con intervención de juego, individual: Scott et al (2003), n=26, d= 0,43; Trowell et al (2002), n=35, d=1,08.</p>			
2	Hetzel-Riggin 2007	Intervenciones de tipo cognitivo conductual, individual y grupal	<p>17 estudios controlados:</p> <p>4 estudios intervención de tipo cognitivo conductual individual: Celano, et al (1996).</p> <p>5 estudios intervención de tipo cognitivo conductual grupal: Verleur et al (1986) n=16, d=1,59; Krakow et al (2001), n=9, d=0,90; Berliner et al (1986), n=48 d=0,23; Deblinger et al (2001), n=21 d= 0,76; Kruczek et al (1999), n=41 d=0,90.</p> <p>2 estudios intervención de tipo cognitivo</p>	El autor indica que la principal limitación fueron los tamaños muestrales pequeños. Algunos estudios no describían las características de la población. Además no hay una descripción de la terapia usada.	<p>Funcionamiento social</p> <p>Problemas conductuales</p> <p>Distress psicológico</p>	<p>Un metaanálisis arrojó un tamaño del efecto promedio de magnitud moderada, d=0,54.</p> <p>La media del tamaño del efecto fue de magnitud moderada, d=0,87.</p> <p>La media del tamaño del efecto fue de gran magnitud, d=1,41.</p>

			<p>conductual, familiar, foco específico en abuso, de apoyo, individual: Cohen and Mannarino (1996), n=39, d=0,98; Sullivan et al (1992).</p> <p>2 estudios intervención de tipo cognitivo conductual, foco específico en abuso específico, individual, Cohen and Mannarino (1998), n=30.</p> <p>d=0,45; Jaberghaderi, et al (2004).</p> <p>2 estudios intervención de tipo cognitivo conductual, foco específico en abuso, de grupo, Sinclair et al (2004), n=43.</p> <p>Stauffer et al (1996), n=19, d=0,51.</p> <p>Cognitivo conductual , familiar, foco específico en abuso, individual, Cohen et al (2004), n=92, d=0,82.</p>		<p>Autoestima</p> <p>Otros problemas secundarios</p>	<p>La media del tamaño del efecto fue de magnitud moderada, d=0,79.</p> <p>La media del tamaño del efecto fue de gran magnitud, d=1,00.</p>
--	--	--	--	--	--	---

			<p>2 estudios intervención de tipo cognitivo conductual , familiar, individual, Deblinger, et al (1996), n=22, d= 0,97; King et al (2000).</p> <p>1 estudios intervención de tipo cognitivo conductual, de apoyo individual: Oates et al (1998) n=84, d=0,57.</p>			
3	Macdonald, 2006	Niñas de 4 a 13 años. Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual, terapia individual, en forma separada para las niñas y sus madres no agresoras. GC tratamiento usual de apoyo con psicoterapia no específica.	Celano 1996. ECA; terapia a las niñas y sus madres cuidadoras, n=49; (en el estudio se describen ocho sesiones grupales lo que no coincide con la clasificación de terapia individual, no queda claro).	Este estudio no describe el método de aleatorización, no tiene ciego para los pacientes, tampoco análisis de intención de tratar, sí informa pérdidas de seguimiento.	Comportamiento: CBCL (reporte de padres); conducta externalizante e internalizante.	Conducta externalizante: no muestra evidencias de cambio sobre el promedio (disminución de 0,14 DS,95% CI disminución de 0,44 a un aumento de 0,15). Los resultados son inconsistentes (I2= 62%; valor P para heterogeneidad 0,01).
3	Macdonald, 2006	Niñas de 4 a 13 años. Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual, terapia individual, en forma separada para las niñas y sus madres no agresoras. GC tratamiento usual de apoyo con psicoterapia no	Celano 1996. ECA; terapia a las niñas y sus madres cuidadoras, n=49; (en el estudio se describen ocho sesiones grupales lo que no coincide con la clasificación de terapia individual, no queda	Este estudio no describe el método de aleatorización, no tiene ciego para los pacientes, tampoco análisis de intención de tratar, sí informa pérdidas de seguimiento	Creencias de los padres en la historia de los niños y el apoyo a ellos: PRIDS	Existió una diferencia estadísticamente significativa con un aumento de 0,3 DS (95% IC 0,03 a 0,57)

		específica.	claro).			
3	Macdonald, 2006	Niños (42%) y niñas (58%) de 3 a 6 años en Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual, terapia individual de los niños y sus padres no agresores. GC terapia de apoyo no directiva.	Cohen 1996, Cohen 1997. Ensayos clínicos cuasialeatorizados; n=86.	Aleatorización con moneda al aire, no tiene ciego para los pacientes, tampoco análisis por intención de tratar, sí informa pérdidas de seguimiento.	Conducta externalizante (Child Behaviour Checklist-CBCL).	No muestran evidencias de cambio sobre el promedio (disminución de 0,14 DS, 95% CI disminución de 0,44 a un aumento de 0,15). Los resultados son inconsistentes (I <sup>2</sup> = 62%; valor P para heterogeneidad 0,01) inmediatamente después del tratamiento.
3	Macdonald, 2006	Niños (42%) y niñas (58%) de 3 a 6 años en Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual, terapia individual de los niños y sus padres no agresores. GC terapia de apoyo no directiva.	Cohen 1996, Cohen 1997. Ensayos clínicos cuasialeatorizados; n=86.	Aleatorización con moneda al aire, no tiene ciego para los pacientes, tampoco análisis por intención de tratar, sí informa pérdidas de seguimiento.	Conducta sexual (CSBI).	Efectividad del CBT (I <sup>2</sup> = 67%, P value for heterogeneity 0,02), se observó una disminución de 1,7 puntos, con significación estadística.
3	Macdonald, 2006	Niños (31%) y niñas (69%) entre 7 y 15 años. En Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual, terapia individual niños y padres separados: para niños se enfocó a la depresión, ansiedad y dificultades de comportamiento. Para los	Cohen 1998. ECA; Terapia a los niños y los padres por separado; n=82, alta pérdida de muestra.	Aleatorización con moneda al aire y series de números aleatorios por computador, tiene ciego para los terapeutas, análisis de intención de tratar e informa de pérdidas de seguimiento.	Síndrome de estrés postraumático: TSCC (reporte del niños).	disminución media de 0,43 DS (IC 95% 0,16 a 0,69; I <sup>2</sup> = 40%; valor p de heterogeneidad de 0,14) inmediatamente después del tratamiento.

		padres se enfocó a estrés emocional, soporte emocional y manejo del comportamiento. 12 sesiones de 45 minutos cada uno por separado.				
3	Macdonald, 2006	Niños (31%) y niñas (69%) entre 7 y 15 años. En Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual, terapia individual niños y padres separados: para niños se enfocó a la depresión, ansiedad y dificultades de comportamiento. Para los padres se enfocó a estrés emocional, soporte emocional y manejo del comportamiento. 12 sesiones de 45 minutos cada uno por separado.	Cohen 1998. ECA; Terapia a los niños y los padres por separado; n=82, alta pérdida de muestra.	Aleatorización con moneda al aire y series de números aleatorios por computador, tiene ciego para los terapeutas, análisis por intención de tratar e informa de pérdidas de seguimiento.	PTSD: TSCC (reporte del niños).	Disminución de 0,50 DS (IC 95% 0,17 a 0,87) seguimiento al año de tratamiento.
3	Macdonald, 2006	Niños (31%) y niñas (69%) entre 7 y 15 años. En Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual, terapia individual niños y padres separados: para niños se enfocó a la depresión, ansiedad y dificultades de comportamiento. Para los	Cohen 1998. ECA; Terapia a los niños y los padres por separado; n=82, alta pérdida de muestra.	Aleatorización con moneda al aire y series de números aleatorios por computador, tiene ciego para los terapeutas, análisis por intención de tratar e informa de pérdidas de seguimiento.	Ansiedad: STAIC (State and Trait).	Disminución promedio de 0,21 DS (IC 95% 0,02 a 0,40; I2= 0%; P value para heterogeneidad 0,89) inmediatamente después del tratamiento.

		padres se enfocó a estrés emocional, soporte emocional y manejo del comportamiento. 12 sesiones de 45 minutos cada uno por separado.				
3	Macdonald, 2006	Niños (31%) y niñas (69%) entre 7 y 15 años. En Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual, terapia individual niños y padres separados: para niños se enfocó a la depresión, ansiedad y dificultades de comportamiento. Para los padres se enfocó a estrés emocional, soporte emocional y manejo del comportamiento. 12 sesiones de 45 minutos cada uno por separado.	Cohen 1998. ECA; Terapia a los niños y los padres por separado; n=82, alta pérdida de muestra.	Aleatorización con moneda al aire y series de números aleatorios por computador, tiene ciego para los terapeutas, análisis por intención de tratar e informa de pérdidas de seguimiento.	Ansiedad: STAIC (State and Trait).	Disminución de 0,28 DS (IC 95% disminución de 0,61 a un aumento de 0,04) seguimiento al año de tratamiento.
3	Macdonald, 2006	Niños (31%) y niñas (69%) entre 7 y 15 años. En Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual, terapia individual niños y padres separados: para niños se enfocó a la depresión, ansiedad y dificultades de comportamiento. Para los	Cohen 1998. ECA; Terapia a los niños y los padres por separado; n=82, alta pérdida de muestra.	Aleatorización con moneda al aire y series de números aleatorios por computador, tiene ciego para los terapeutas, análisis por intención de tratar e informa de pérdidas de seguimiento.	Conducta sexual (CSBI).	Efectividad de la intervención cognitiva conductual (I2= 67%, P value para heterogeneidad 0,02), se observó una disminución de 1,7 puntos.

		padres se enfocó a estrés emocional, soporte emocional y manejo del comportamiento. 12 sesiones de 45 minutos cada uno por separado.				
3	Macdonald, 2006	Niños (31%) y niñas (69%) entre 7 y 15 años. En Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual, terapia individual niños y padres separados: para niños se enfocó a la depresión, ansiedad y dificultades de comportamiento. Para los padres se enfocó a estrés emocional, soporte emocional y manejo del comportamiento. 12 sesiones de 45 minutos cada uno por separado.	Cohen 1998. ECA; Terapia a los niños y los padres por separado; n=82, alta pérdida de muestra.	Aleatorización con moneda al aire y series de números aleatorios por computador, tiene ciego para los terapeutas, análisis por intención de tratar e informa de pérdidas de seguimiento.	Depresión: (CDI).	Disminución media de 1,8 puntos inmediatamente después de la intervención (IC 95% disminución de 4,0 a aumento de 0,4); I2 inconsistencia estadística = 47%; (valor de p de heterogeneidad 0,11).
3	Macdonald, 2006	Niños (31%) y niñas (69%) entre 7 y 15 años. En Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual, terapia individual niños y padres separados: para niños se enfocó a la depresión, ansiedad y dificultades de comportamiento. Para los	Cohen 1998. ECA; terapia a los niños y los padres por separado; n=82, alta pérdida de muestra.	Aleatorización con moneda al aire y series de números aleatorios por computador, tiene ciego para los terapeutas, análisis por intención de tratar e informa de pérdidas de seguimiento.	Depresión: (CDI).	Disminución media de 1,9 puntos (IC 95% disminución de 3,9 a aumento del 0,1; I2 = 0%, p = 0,7) seguimiento al año de tratamiento.

		padres se enfocó a estrés emocional, soporte emocional y manejo del comportamiento. 12 sesiones de 45 minutos cada uno por separado.				
3	Macdonald, 2006	Niños (21%) y niñas (79%) entre 8 y 14 años. En Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual. Terapia individual con componente mixto. Cada grupo recibió 12 sesiones individuales para ambos, padres e hijos y luego recibieron 3 sesiones más cortas en conjunto para hijos y padres.	Cohen 2004. ECA multicéntrico, n=189.	La aleatorización no se menciona, no hay utilización de ciego, sólo un encubrimiento parcial de asignación, sí se menciona pérdidas de seguimiento y análisis por intención de tratar.	Conducta internalizante en niños (Child Behavior Checklist-CBCL). PSQ).	No hay datos.
3	Macdonald, 2006	Niños (21%) y niñas (79%) entre 8 y 14 años. En Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual. Terapia individual con componente mixto. Cada grupo recibió 12 sesiones individuales para ambos, padres e hijos y luego recibieron 3 sesiones más cortas en conjunto para	Cohen 2004. ECA multicéntrico, n=189.	La aleatorización no se menciona, no hay utilización de ciego, sólo un encubrimiento parcial de asignación, sí se menciona pérdidas de seguimiento y análisis por intención de tratar.	Conducta externalizante en niños (CBCL).	No muestran evidencias de cambio sobre el promedio (disminución de 0,14 DS, IC 95% disminución de 0,44 a un aumento de 0,15).

		hijos y padres.				
3	Macdonald, 2006	Niños (21%) y niñas (79%) entre 8 y 14 años. En Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual. Terapia individual con componente mixto. Cada grupo recibió 12 sesiones individuales para ambos, padres e hijos y luego recibieron 3 sesiones más cortas en conjunto para hijos y padres.	Cohen 2004. ECA multicéntrico, n=189.	La aleatorización no se menciona, no hay utilización de ciego, sólo un encubrimiento parcial de asignación, sí se menciona pérdidas de seguimiento y análisis por intención de tratar.	Depresión: (CDI).	Disminución media de 1,8 puntos inmediatamente después de la intervención (IC 95% disminución de 4,0 a aumento de 0,4); I2 inconsistencia estadística = 47%; (valor de p de heterogeneidad 0,11).
3	Macdonald, 2006	Niños (21%) y niñas (79%) entre 8 y 14 años. En Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual. Terapia individual con componente mixto. Cada grupo recibió 12 sesiones individuales para ambos, padres e hijos y luego recibieron 3 sesiones más cortas en conjunto para hijos y padres.	Cohen 2004. ECA multicéntrico, n=189.	La aleatorización no se menciona, no hay utilización de ciego, sólo un encubrimiento parcial de asignación, sí se menciona pérdidas de seguimiento y análisis por intención de tratar.	Conducta sexual (CSBI).	Efectividad de la intervención cognitiva conductual (I2= 67%, P value para heterogeneidad 0,02), se observó una disminución de 1,7 puntos.
3	Macdonald, 2006	Niños (21%) y niñas (79%) entre 8 y 14 años. En Estados Unidos. Intervención cognitiva	Cohen 2004. ECA multicéntrico, n=189.	La aleatorización no se menciona, no hay utilización de ciego, sólo un encubrimiento	Trastorno psiquiátrico (K-SADS--PL, using PTSD, Psychosis and Substance	No hay datos.

		conductual. Terapia individual con componente mixto. Cada grupo recibió 12 sesiones individuales para ambos, padres e hijos y luego recibieron 3 sesiones más cortas en conjunto para hijos y padres.		parcial de asignación, sí se menciona pérdidas de seguimiento y análisis por intención de tratar.	Use Disorders sections).	
3	Macdonald, 2006	Niños (17%) y niñas (83%) entre 7 y 13 años que sufren de PTSD. En Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual, terapia individual a madres e hijos en tres grupos experimentales y uno control. <b>Grupo 1</b> intervención a los niños con amplio espectro de técnicas cognitivas conductuales (incluyendo modelaje, exposición gradual, educación y entrenamiento para proteger su cuerpo). <b>Grupo 2</b> intervención a los padres donde se le proveen habilidades cognitivo conductuales para responder al miedo de los hijos. <b>Grupo 3</b>	Deblinger 1999. ECA, Terapia individual en niños (n=25), terapia a los padres individual (n=25), terapia a padres e hijos en forma individual (n=25) y GC 25, total=100.	El método de aleatorización no se menciona, los participantes se aleatorizaron luego de la evaluación inicial, no hay utilización de ciego, sólo un encubrimiento parcial de asignación, sí se menciona pérdidas de seguimiento y no se reporta análisis por intención de tratar.	Conducta internalizante en niños: Internalización (Child Behavior Checklist-CBCL).	No hay datos.

		Combinó intervención de padres e hijos realizando sesiones individuales de ambos, para facilitar la comunicación padre-hijo para facilitar el trabajo en el hogar. GC que fue control comunitario.				
3	Macdonald, 2006	Niños (17%) y niñas (83%) entre 7 y 13 años que sufren de PTSD. En Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual, terapia individual a madres e hijos en tres grupos experimentales y uno control. <b>Grupo 1</b> intervención a los niños con amplio espectro de técnicas cognitivas conductuales (incluyendo modelaje, exposición gradual, educación y entrenamiento para proteger su cuerpo). <b>Grupo 2</b> intervención a los padres donde se le proveen habilidades cognitivo conductuales para responder al miedo de los hijos. <b>Grupo 3</b> Combinó intervención de	Deblinger 1999. ECA, Terapia individual en niños ( n=25), terapia a los padres individual (n=25), terapia a padres e hijos en forma individual (n=25) y GC 25, total=100.	La aleatorización no se menciona, no hay utilización de ciego, sólo un encubrimiento parcial de asignación, sí se menciona pérdidas de seguimiento y análisis por intención de tratar.	Conducta externalizante en niños (CBCL).	No muestran evidencias de cambio sobre el promedio (disminución de 0,14 DS, IC 95% disminución de 0,44 a un aumento de 0,15).

		padres e hijos realizando sesiones individuales de ambos, para facilitar la comunicación padre-hijo para facilitar el trabajo en el hogar. GC que fue control comunitario.				
3	Macdonald 2006	Niños (17%) y niñas (83%) entre 7 y 13 años que sufren de PTSD. En Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual, terapia individual a madres e hijos en tres grupos experimentales y uno control. <b>Grupo 1</b> intervención a los niños con amplio espectro de técnicas cognitivas conductuales (incluyendo modelaje, exposición gradual, educación y entrenamiento para proteger su cuerpo). <b>Grupo 2</b> intervención a los padres donde se le proveen habilidades cognitivo conductuales para responder al miedo de los hijos. <b>Grupo 3</b> Combinó intervención de padres e hijos realizando	Deblinger 1999. ECA, terapia individual en niños (n=25), terapia a los padres individual (n=25), terapia a padres e hijos en forma individual (n=25) y GC 25, total=100.	La aleatorización no se menciona, no hay utilización de ciego, sólo un encubrimiento parcial de asignación, sí se menciona pérdidas de seguimiento y análisis por intención de tratar	Síndrome de estrés postraumático: PTSD section of the K-SADS-E.	Disminución media de 0,43 DS (IC 95% 0,16 a 0,69; I <sup>2</sup> = 40%; valor p de heterogeneidad de 0,14) inmediatamente después del tratamiento.

		sesiones individuales de ambos, para facilitar la comunicación padre-hijo para facilitar el trabajo en el hogar. GC que fue control comunitario.				
3	Macdonald, 2006	<p>Niños (17%) y niñas (83%) entre 7 y 13 años que sufren de PTSD. En Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual, terapia individual a madres e hijos en tres grupos experimentales y uno control. <b>Grupo 1</b> intervención a los niños con amplio espectro de técnicas cognitivas conductuales (incluyendo modelaje, exposición gradual, educación y entrenamiento para proteger su cuerpo). <b>Grupo 2</b> intervención a los padres donde se le proveen habilidades cognitivo conductuales para responder al miedo de los hijos. <b>Grupo 3</b> Combinó intervención de padres e hijos realizando sesiones individuales de</p>	<p>Deblinger 1999. ECA, Terapia individual en niños ( n=25), Terapia a los padres individual (n=25), terapia a padres e hijos en forma individual (n=25) y GC 25, total=100.</p>	<p>La aleatorización no se menciona, no hay utilización de ciego, sólo un encubrimiento parcial de asignación, sí se menciona pérdidas de seguimiento y análisis por intención de tratar.</p>	<p>Síndrome de estrés postraumático: PTSD section of the K-SADS-E.</p>	<p>Disminución de 0,50 DS (IC 95% 0,17 a 0,87) al año de seguimiento.</p>

		ambos, para facilitar la comunicación padre-hijo para facilitar el trabajo en el hogar. GC que fue control comunitario.				
3	Macdonald, 2006	Niños (17%) y niñas (83%) entre 7-13 años que sufren de PTSD. En Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual, terapia individual a madres e hijos en tres grupos experimentales y uno control. <b>Grupo 1</b> intervención a los niños con amplio espectro de técnicas cognitivas conductuales (incluyendo modelaje, exposición gradual, educación y entrenamiento para proteger su cuerpo). <b>Grupo 2</b> intervención a los padres donde se le proveen habilidades cognitivo conductuales para responder al miedo de los hijos. <b>Grupo 3</b> Combinó intervención de padres e hijos realizando sesiones individuales de ambos, para facilitar la	Deblinger 1999. ECA, terapia individual en niños (n=25), terapia a los padres individual (n=25), terapia a padres e hijos en forma individual (n=25) y GC 25, total=100.	La aleatorización no se menciona, no hay utilización de ciego, sólo un encubrimiento parcial de asignación, sí se menciona pérdidas de seguimiento y análisis por intención de tratar.	Depresión: (CDI).	Disminución media de 1,8 puntos inmediatamente después de la intervención (IC 95% disminución de 4,0 a aumento de 0,4); 12 inconsistencia estadística = 47%; (valor de p de heterogeneidad 0,11).

		comunicación padre-hijo para facilitar el trabajo en el hogar. GC que fue control comunitario.				
3	Macdonald, 2006	Niños (17%) y niñas (83%) entre 7 y 13 años que sufren de PTSD. En Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual, terapia individual a madres e hijos en tres grupos experimentales y uno control. <b>Grupo 1</b> intervención a los niños con amplio espectro de técnicas cognitivas conductuales (incluyendo modelaje, exposición gradual, educación y entrenamiento para proteger su cuerpo). <b>Grupo 2</b> intervención a los padres donde se le proveen habilidades cognitivo conductuales para responder al miedo de los hijos. <b>Grupo 3</b> Combinó intervención de padres e hijos realizando sesiones individuales de ambos, para facilitar la comunicación padre-hijo	Deblinger 1999. ECA, terapia individual en niños (n=25), terapia a los padres individual (n=25), terapia a padres e hijos en forma individual (n=25) y GC 25, total=100.	La aleatorización no se menciona, no hay utilización de ciego, sólo un encubrimiento parcial de asignación, sí se menciona pérdidas de seguimiento y análisis por intención de tratar.	Depresión: (CDI).	Disminución media de 1,9 puntos (IC 95% disminución de 3,9 a aumento del 0,1; I2 = 0%, p = 0,7) al año de tratamiento.

		para facilitar el trabajo en el hogar. GC que fue control comunitario.				
3	Macdonald, 2006	<p>Niños (17%) y niñas (83%) entre 7 y 13 años que sufren de PTSD. En Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual, terapia individual a madres e hijos en tres grupos experimentales y uno control. <b>Grupo 1</b> intervención a los niños con amplio espectro de técnicas cognitivas conductuales (incluyendo modelaje, exposición gradual, educación y entrenamiento para proteger su cuerpo). <b>Grupo 2</b> intervención a los padres donde se le proveen habilidades cognitivo conductuales para responder al miedo de los hijos. <b>Grupo 3</b> Combinó intervención de padres e hijos realizando sesiones individuales de ambos, para facilitar la comunicación padre-hijo para facilitar el trabajo en</p>	Deblinger 1999. ECA, terapia individual en niños (n=25), terapia a los padres individual (n=25), terapia a padres e hijos en forma individual (n=25) y GC 25, total=100.	La aleatorización no se menciona, no hay utilización de ciego, sólo un encubrimiento parcial de asignación, sí se menciona pérdidas de seguimiento y análisis por intención de tratar.	Ansiedad: Stait-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC).	Disminución promedio de 0,21 DS (IC 95% 0,02 a 0,40; I2= 0%; P value para heterogeneidad 0,89) inmediatamente después del tratamiento.

		el hogar. GC que fue control comunitario.				
3	Macdonald, 2006	Niños (24%) y niñas (76%) entre 6 y 17 años. En Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual, terapia individual. Sólo se le dio terapia individual del tipo cognitivo-conductual al grupo experimental.	Domínguez 2001. ECA, n=32.	La aleatorización no se menciona, no hay utilización de ciego, sólo un encubrimiento parcial de asignación, sí se menciona pérdidas de seguimiento y análisis por intención de tratar.	Depresión (CDI).	Depresión: disminución media de 1,8 puntos inmediatamente después de la intervención (IC 95% disminución de 4,0 a aumento de 0,4); I2 inconsistencia estadística = 47%; (valor de p de heterogeneidad 0,11).
3	Macdonald, 2006	Niños (31%) y niñas (69%) entre 5 y 17 años con síntomas de PTSD o que están en alto riesgo de presentarlo. Intervención cognitiva conductual, terapia individual. Grupo de niños y grupo de niños con padres/familia, GC fue lista de espera; Australia.	King 2000. ECA, n=36.	La aleatorización no se menciona, hay aleatorización antes de la evaluación; no hay utilización de ciego, tampoco encubrimiento parcial de asignación, sí se menciona pérdidas de seguimiento y existe análisis por intención de tratar.	Conducta externalizante (CBCL).	No muestran evidencias de cambio sobre el promedio (disminución de 0,14 DS, IC 95% disminución de 0,44 a un aumento de 0,15).
3	Macdonald, 2006	Niños (31%) y niñas (69%) entre 5 y 17 años con síntomas de PTSD o que están en alto riesgo de presentarlo. Intervención cognitiva conductual, terapia individual. Grupo de niños y grupo de niños con	King 2000. ECA, n=36.	La aleatorización no se menciona, hay aleatorización antes de la evaluación; no hay utilización de ciego, tampoco encubrimiento parcial de asignación, sí se menciona pérdidas de seguimiento y existe	Síndrome de estrés postraumático: (ADIS, Child Version) and PTSD Subscale of the Child Behavior Checklist (CBCL).	Disminución media de 0,43 DS (IC 95% 0,16 a 0,69; I2= 40%; valor p de heterogeneidad de 0,14) inmediatamente después del tratamiento.

		padres/familia, GC fue lista de espera, Australia.		análisis por intención de tratar.		
3	Macdonald, 2006	Niños (31%) y niñas (69%) entre 5 y 17 años con síntomas de PTSD o que están en alto riesgo de presentarlo. Intervención cognitiva conductual, terapia individual. Grupo de niños y grupo de niños con padres/familia, GC fue lista de espera, Australia.	King 2000. ECA, n=36.	La aleatorización no se menciona, hay aleatorización antes de la evaluación; no hay utilización de ciego, tampoco encubrimiento parcial de asignación, sí se menciona pérdidas de seguimiento y existe análisis por intención de tratar.	Depresión: (DPI).	Depresión: disminución media de 1,8 puntos inmediatamente después de la intervención (IC 95% disminución de 4,0 a aumento de 0,4); I2 inconsistencia estadística = 47%; (valor de p de heterogeneidad 0,11).
3	Macdonald, 2006	Niños (31%) y niñas (69%) entre 5 y 17 años con síntomas de PTSD o que están en alto riesgo de presentarlo. Intervención cognitiva conductual, terapia individual. Grupo de niños y grupo de niños con padres/familia, GC fue lista de espera, Australia.	King 2000. ECA, n=36.	La aleatorización no se menciona, hay aleatorización antes de la evaluación; no hay utilización de ciego, tampoco encubrimiento parcial de asignación, sí se menciona pérdidas de seguimiento y existe análisis por intención de tratar.	Miedo: (FT-SAC).	No se muestran resultados.
3	Macdonald, 2006	Niños (31%) y niñas (69%) entre 5 y 17 años con síntomas de PTSD o que están en alto riesgo de presentarlo. Intervención cognitiva conductual, terapia	King 2000. ECA, n=36.	La aleatorización no se menciona, hay aleatorización antes de la evaluación; no hay utilización de ciego, tampoco encubrimiento parcial de asignación, sí	Ansiedad (RCMAS).	Disminución promedio de 0,21 DS (IC 95% 0,02 a 0,40; I2= 0%; P value para heterogeneidad 0,89) inmediatamente después del tratamiento.

		individual. Grupo de niños y grupo de niños con padres/familia, GC fue lista de espera, Australia.		se menciona pérdidas de seguimiento y existe análisis por intención de tratar.		
4	Ramchandani, 2003	Terapia individual v/s grupal.  Niñas de 13 a 17 años. Estados Unidos, 10 sesiones.	Baker (1987). Ensayo controlado aleatorizado. Terapia individual (n =15) v/s terapia grupal (n =24).	Baja calidad (puntaje = 1, en escala Jadad con un máximo =5). Este estudio no provee detalles sobre el procedimiento de aleatorización.	Autoestima (PIERS HARRIS).	La terapia grupal obtuvo mejores resultados que la terapia individual respecto de las mediciones de autoconcepto y autoestima  No hay valores cuantitativos para este estudio.
4	Ramchandani, 2003	Terapia individual v/s grupal.  Niñas de 13 a 17 años. Estados Unidos, terapia individual, 10 sesiones.	Baker (1987). Ensayo controlado aleatorizado. Terapia individual (n =15) v/s terapia grupal (n =24).	Baja calidad (puntaje = 1, en escala Jadad con un máximo =5). Este estudio no provee detalles sobre el procedimiento de aleatorización.	Ansiedad (IPAT scales).	El autor no refiere diferencias. No hay valores cuantitativos para este resultado.
4	Ramchandani, 2003	Terapia individual v/s grupal.  Niñas de 13 a 17 años. Estados Unidos, terapia individual, 10 sesiones.	Baker (1987) Ensayo controlado aleatorizado. Terapia individual (n =15) v/s terapia grupal (n =24).	Baja calidad (puntaje =1, en escala Jadad con un máximo =5). Este estudio no provee detalles sobre el procedimiento de aleatorización.	Depresión (IPAT scales).	El autor no refiere diferencias. No hay valores cuantitativos para este resultado.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitiva conductual individual. Niñas entre 8 y 13 años.	Celano et al (1996). Terapia individual. Programa específico de	Calidad media (puntaje =3 en escala de calidad de Jadad. Este es el	Conductas infantiles (CBCL).	El autor no refiere diferencias. No hay valores cuantitativos para este

		Estados Unidos.	abuso (n =15) v/s sesiones de apoyo no directivas (n =17) 8 sesiones ambos.	único estudio que describe el enmascaramiento de la evaluación clínica respecto del grupo de intervención.		resultado.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitiva conductual individual. Niñas entre 8 y 13 años. Estados Unidos.	Celano et al (1996). Terapia individual. Programa específico de abuso (n =15) v/s sesiones de apoyo no directivas (n =17) 8 sesiones ambos.	Calidad media (puntaje =3 en escala de calidad de Jadad. Este es el único estudio que describe el enmascaramiento de la evaluación clínica respecto del grupo de intervención.	Impacto del evento traumático (CITES ^R).	El autor no refiere diferencias. No hay valores cuantitativos para este resultado.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitiva conductual individual. Niñas entre 8 y 13 años. Estados Unidos.	Celano et al (1996). Terapia individual. Programa específico de abuso (n =15) v/s sesiones de apoyo no directivas (n = 17) 8 sesiones ambos.	Calidad media (puntaje =3 en escala de calidad de Jadad. Este es el único estudio que describe el enmascaramiento de la evaluación clínica respecto del grupo de intervención.	Evaluación Infantil Global (CGAS).	El autor no refiere diferencias. No hay valores cuantitativos para este resultado.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitiva conductual individual. Niñas entre 8 y 13 años. Estados Unidos.	Celano et al (1996). Terapia individual. Programa específico de abuso (n =15) v/s sesiones de apoyo no directivas (n =17) 8	Calidad media (puntaje =3 en escala de calidad de Jadad. Este es el único estudio que describe el enmascaramiento de la evaluación clínica	Reacción parental a revelación del incesto (PRIDS).	Menor autculpabilización materna en la terapia grupal (11,7 vs. 10,9). P5 0,05). No se encontraron diferencias en los puntajes de los niños. Al final del año de tratamiento, la tasa

			sesiones ambos.	respecto del grupo de intervención.		de desgaste es de 35%.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitiva conductual individual. Niñas entre 8 y 13 años. Estados Unidos.	Celano et al (1996). Terapia individual. Programa específico de abuso (n =15) v/s sesiones de apoyo no directivas (n =17) 8 sesiones ambos.	Calidad media (puntaje =3 en escala de Calidad de Jadad. Este es el único estudio que describe el enmascaramiento de la evaluación clínica respecto del grupo de intervención.	Atribución parental (PAS).	Menor autocolpabilización materna en la terapia grupal (11,7 vs. 10,9). P5 0,05). No se encontraron diferencias en los puntajes de los niños. Al final del año de tratamiento, la tasa de desgaste es de 35%.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual individual. Niños y niñas entre 3 y 6 años. Estados Unidos. No se menciona número de sesiones.	Cohen & Mannarino (1996). Terapia cognitivo conductual individual específica para el abuso (n =39) v/s terapia de apoyo no directiva (n = 28). 12 sesiones ambos.	Calidad media (puntaje =3 en escala de calidad de Jadad. Describe el método de aleatorización.	Inventario de Conductas Infantiles (CSBI).	La terapia cognitiva conductual permitió una mejoría en las conductas sexualizadas de los niños y en todas las conductas en general (7% v/s 33% en el rango clínico después de un año). En este estudio se incluyó en algunas sesiones a un padre o cuidador del niño. Se señala que el mejor predictor de buenos resultados es el apoyo parental, al menos en niños pequeños. El autor refiere que hubo significación estadística pero no se incluye el valor p.
4	Ramchandani,	Terapia cognitivo conductual individual.	Cohen & Mannarino (1996) Terapia cognitivo	Calidad media (puntaje=3 en escala	Conductas infantiles	La terapia cognitiva conductual permitió una

	2003	Niños y niñas entre 3 y 6 años. Estados Unidos. No se menciona número de sesiones.	conductual individual específica para el abuso (n =39) v/s terapia de apoyo no directiva (n = 28). 12 sesiones ambos.	de calidad de Jadad. Describe el método de aleatorización.	(CBCL).	mejoría en las conductas sexualizadas de los niños y en todas las conductas en general (7% v/s 33% en el rango clínico después de un año). En este estudio se incluyó en algunas sesiones a un padre o cuidador del niño. Se señala que el mejor predictor de buenos resultados es el apoyo parental, al menos en niños pequeños. El autor refiere que hubo significación estadística pero no se incluye el valor p.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual individual. Niños y niñas entre 3 y 6 años. Estados Unidos. No se menciona número de sesiones.	Cohen & Mannarino (1996). Terapia cognitivo conductual individual específica para el abuso (n =39) v/s terapia de apoyo no directiva (n = 28). 12 sesiones ambos.	Calidad media (puntaje=3 en escala de calidad de Jadad. Describe el método de aleatorización.	Síntomas pre-escolares (PRESS).	El autor no refiere diferencias. No hay valores cuantitativos para este resultado.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual individual. Niños y niñas entre 3 y 6 años. Estados Unidos. No se menciona número de sesiones.	Cohen & Mannarino (1996) Terapia cognitivo conductual individual específica para el abuso (n =39) v/s terapia de apoyo no directiva (n = 28). 12 sesiones ambos.	Calidad media (puntaje =3 en escala de calidad de Jadad. Describe el método de aleatorización.	Informe semanal de comportamiento(WBR).	El autor no refiere diferencias. No hay valores cuantitativos para este resultado.
4	Ramchandani,	Terapia cognitivo	Cohen & Mannarino	Calidad media (puntaje	Conductas infantiles	El autor no refiere

	2003	conductual individual. Niños y niñas entre 3 y 6 años. Estados Unidos. No se menciona número de sesiones.	(1998). Terapia cognitivo conductual individual específica para el abuso (n =39) v/s terapia de apoyo no directiva (n = 28). 12 sesiones ambos.	=3 en escala de calidad de Jadad. Describe el método de aleatorización.	(CBCL).	diferencias. No hay valores cuantitativos para este resultado.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual individual. Niños y niñas entre 3 y 6 años. Estados Unidos. No se menciona número de sesiones.	Cohen & Mannarino (1998). Terapia cognitivo conductual individual específica para el abuso (n =39) v/s terapia de apoyo no directiva (n = 28). 12 sesiones ambos.	Calidad media (puntaje =3 en escala de calidad de Jadad. Describe el método de aleatorización.	Ansiedad (STAIC).	El autor no refiere diferencias. No hay valores cuantitativos para este resultado.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual individual. Niños y niñas entre 3 y 6 años. Estados Unidos. No se menciona número de sesiones.	Cohen & Mannarino (1998). Terapia cognitivo conductual individual específica para el abuso (n =39) v/s terapia de apoyo no directiva (n = 28). 12 sesiones ambos.	Calidad media (puntaje =3 en escala de calidad de Jadad. Describe el método de aleatorización.	Inventario de Conductas Infantiles (CSBI).	El autor no refiere diferencias. No hay valores cuantitativos para este resultado.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual individual. Niños y niñas entre 3 y 6 años. Estados Unidos. No se menciona número de sesiones.	Cohen & Mannarino (1998). Terapia cognitivo conductual individual específica para el abuso (n =39) v/s terapia de apoyo no directiva (n = 28). 12 sesiones ambos.	Calidad media (puntaje =3 en escala de calidad de Jadad) Describe el método de aleatorización.	Depresión (CDI).	La terapia cognitivo conductual tuvo mejor resultado para depresión. 5,89 v/s 9,89 p<0,01.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual, individual. Niños y niñas entre 7 y	Deblinger et al (1996, 1999). Terapia cognitivo conductual con tres	Calidad baja (puntaje =2 en escala de calidad	Conductas infantiles (CBCL).	En conductas infantiles refiere que el grupo con CBT tiene mejores

		13 años. Estados Unidos. No se menciona número de sesiones.	condiciones (niño solo, madre sola, madre y niño) (n =68) v/s grupo control de la comunidad (n =21).	de Jadad).		resultados que el grupo control (12,45 v/s 18,29; P<0,05). La principal área de mejoría varió dependiendo de quién estaba involucrado en el tratamiento (sólo madre, sólo niño o madre y niño). Estas ventajas relativas se mantuvieron al año de seguimiento. La tasa de desgaste es de 10% al finalizar el tratamiento. A los dos años de seguimiento, la tasa de desgaste es de 23%. La eficacia se relaciona con el hecho de incluir niños sintomáticos, usualmente con trastorno de estrés post-traumático. El hecho del involucrar padres no abusadores en la terapia puede conducir a un mejoramiento de las habilidades parentales, junto con un aumento en el apoyo entregado al niño.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual, individual. Niños y niñas entre 7 y 13 años. Estados Unidos. No se menciona número	Deblinger et al (1996, 1999). Terapia cognitivo conductual con tres condiciones (niño solo, madre sola, madre y	Calidad baja (puntaje=2 en escala de calidad de Jadad).	Depresión (CDI).	La terapia cognitivo conductual permitió una mejoría en la escala de depresión (7,0 v/s 11,14; P<0,05) La principal área

		de secciones.	niño) (n =68) v/s grupo control de la comunidad (n =21).			de mejoría varió dependiendo de quién estaba involucrado en el tratamiento (sólo madre, sólo niño o madre y niño). Estas ventajas relativas se mantuvieron al año de seguimiento. La tasa de desgaste es de 10% al finalizar el tratamiento. A los dos años de seguimiento, la tasa de desgaste es de 23%. La eficacia se relaciona con el hecho de incluir niños sintomáticos, usualmente con trastorno de estrés post-traumático. El hecho del involucrar padres no abusadores en la terapia puede conducir a un mejoramiento de las habilidades parentales, junto con un aumento en el apoyo entregado al niño.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual, individual. Niños y niñas entre 7 y 13 años. Estados Unidos. No se menciona número de secciones.	Deblinger et al (1996, 1999). Terapia cognitivo conductual con tres condiciones (niño solo, madre sola, madre y niño) (n =68) v/s grupo control de la comunidad.	Calidad baja (puntaje =2 en escala de calidad de Jadad).	Prácticas parentales (PPQ).	El autor no refiere diferencias entre los grupos. No indica valores.

			(n =21).			
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual, individual. Niños y niñas entre 7 y 13 años. Estados Unidos. No se menciona número de sesiones.	Deblinger et al (1996, 1999). Terapia cognitivo conductual con tres condiciones (niño solo, madre sola, madre y niño) (n =68) v/s grupo control de la comunidad (n =21).	Calidad baja (puntaje =2 en escala de calidad de Jadad).	Ansiedad (STAIC).	El autor no refiere diferencias entre los grupos. No indica valores.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual, individual. Niños y niñas entre 7 y 13 años. Estados Unidos. No se menciona número de sesiones.	Deblinger et al (1996, 1999). Terapia cognitivo conductual con tres condiciones (niño solo, madre sola, madre y niño) (n =68) v/s grupo control de la comunidad (n =21).	Calidad baja (puntaje =2 en escala de calidad de Jadad)	Trastornos afectivos y esquizofrenia en edad escolar (K ^ SADS ^ E).	El autor no refiere diferencias entre los grupos. No indica valores.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual individual. Niños (no se especifica diferencia de género) entre 6 y 17 años. Estados Unidos. Ambos 9 sesiones.	Domínguez (2002). Terapia cognitivo conductual (n =18) v/s terapia de apoyo (n =7).	Calidad baja (puntaje =2 en escala de calidad de Jadad).	Depresión (CDI).	Ambos grupos mostraron una mejoría en el tiempo. No se encontró una diferencia significativa entre los grupos. El autor no refiere valores cuantitativos.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual individual. Niños (no se especifica diferencia de género) entre 6 y 17 años. Estados Unidos. Ambos 9	Domínguez (2002). Terapia cognitivo conductual (n =18) v/s terapia de apoyo (n =7).	Calidad baja (puntaje =2 en escala de calidad de Jadad).	Conductas infantiles (CBCL).	Ambos grupos mostraron una mejoría en el tiempo. No se encontró una diferencia significativa entre los grupos. El autor no refiere valores

		sesiones.				cuantitativos.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual individual. Niños (no se especifica diferencia de género) entre 6 y 17 años. Estados Unidos. Ambos 9 sesiones.	Domínguez (2002). Terapia cognitivo conductual (n =18) v/s terapia de apoyo (n =7).	Calidad baja (puntaje =2 en escala de calidad de Jadad).	Impacto de eventos (IES).	Ambos grupos mostraron una mejoría en el tiempo. No se encontró una diferencia significativa entre los grupos. El autor no refiere valores cuantitativos.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual individual. Niños (no se especifica diferencia de género) entre 6 y 17 años. Estados Unidos. Ambos 9 sesiones.	Domínguez (2002). Terapia cognitivo conductual (n =18) v/s terapia de apoyo (n =7).	Calidad baja (puntaje =2 en escala de calidad de Jadad).	Autoconcepto (Piers Harris).	Ambos grupos mostraron una mejoría en el tiempo. No se encontró una diferencia significativa entre los grupos. El autor no refiere valores cuantitativos.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual individual o familiar. Niños (a) entre 5 y 17 años, con trastorno de estrés post-traumático. Australia.	King et al (2000). Terapia cognitiva conductual familiar (n =12) y terapia cognitivo conductual sólo al niño (n =12) v/s grupo control de lista de espera (n = 12). Ambos 20 sesiones.	Calidad baja (puntaje =2 en escala de calidad de Jadad).	Estrés post-traumático, ansiedad (PTSD, ADIS).	Con la terapia cognitivo conductual se observaron mejores resultados para los niños tratados por síntomas de trastorno de estrés post-traumático, comparado con el grupo control de la lista de espera (7,03 v/s 11,38; P<0,05). Respecto de la escala de ansiedad, se observó una mejoría también (46,02 v/s 54,37 P<0,05). Sin embargo no hubo diferencia respecto de los resultados entre las diferentes formas en que

						fue aplicada la terapia cognitivo conductual (sólo niño o tratamiento familiar).
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual individual o familiar. Niños (a) entre 5 y 17 años, con trastorno de estrés post-traumático. Australia.	King et al (2000). Terapia cognitiva conductual familiar (n = 12) y terapia cognitivo conductual sólo al niño (n = 12) v/s grupo control de lista de espera (n = 12). Ambos 20 sesiones.	Calidad baja (puntaje =2 en escala de calidad de Jadad).	Depresión (CDI).	El autor no refiere diferencias entre los grupos. No indica valores.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual individual o familiar. Niños (a) entre 5 y 17 años, con trastorno de estrés post-traumático. Australia.	King et al (2000). Terapia cognitiva conductual familiar (n = 12) y terapia cognitivo conductual sólo al niño (n = 12) v/s grupo control de lista de espera (n = 12). Ambos 20 sesiones.	Calidad baja (puntaje =2 en escala de calidad de Jadad).	Conductas infantiles (CBCL).	El autor no refiere diferencias entre los grupos. No indica valores.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual individual o familiar. Niños (a) entre 5 y 17 años, con trastorno de estrés post-traumático. Australia.	King et al (2000). Terapia cognitiva conductual familiar (n = 12) y terapia cognitivo conductual sólo al niño (n = 12) v/s grupo control de lista de espera (n = 12). Ambos 20	Calidad baja (puntaje =2 en escala de calidad de Jadad).	Ansiedad (RCMAS).	Con la terapia cognitivo conductual, respecto de la ansiedad se observó una mejoría de (46,02 v/s 54,37 P<0,05). Sin embargo no hubo diferencia respecto de los resultados entre las diferentes formas en que fue aplicada la

			sesiones.			terapia cognitivo conductual (sólo niño o tratamiento familiar).
4	Ramchandani, 2003	Terapia individual y grupal. Niñas entre 6 y 14 años, sintomáticas. Modelo teórico: Terapia psicodinámica. Reino Unido.	Trowell et al (2002). Terapia individual (n = 33) v/s psicoterapia grupal (n = 33). 30 sesiones v/s 18 sesiones.	Baja calidad (puntaje = 1, en escala Jadad) Es el único estudio en el que la aleatorización estaba incompleta.	Trastornos afectivos y esquizofrenia (K ^ SADS). Evaluación Familiar (FAD). Evaluación Global (K ^ GAS).	Con la terapia individual se logró una mejoría en algunas medidas de la escala de trastorno por estrés post-traumático. Tamaño del efecto 0,60, 0,65). No hubo otras diferencias.

### 9.1.2 Estudios primarios

Los estudios primarios encontrados con full-text ya estaban incluidos en las RS revisadas, ver tabla de EP excluidos.

## 9.2 ¿Cuál es el tipo de psicoterapia individual en niños y niñas víctimas de delitos sexuales violentos más efectiva para lograr una elaboración integral (emocional y cognitiva) de la experiencia traumática?

No se encontraron revisiones sistemáticas ni estudios primarios para esta pregunta.

## 9.3 ¿Cuál es el tipo de psicoterapia familiar en familias de niños y niñas víctimas de abuso sexual más efectiva para lograr una elaboración integral (emocional y cognitiva) de la experiencia de abuso tanto en el niño o niña como en su familia?

### 9.3.1 Revisiones sistemáticas

#	Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Calidad metodológica de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultado
2	Hetzel-Riggin, 2007	Terapia familiar	<p>9 estudios controlados:</p> <p>2 estudios cognitivo conductual, <b>familiar</b>, con foco específico en abuso, de apoyo, individual, Cohen and Mannarino (1996), n=39, d=0,98; Sullivan et al (1992) con 2 grupos: n=14, d=1,22, y n=21, d=1,78.</p> <p>2 estudios con intervención <b>familiar</b>, de apoyo, individual: Cohen et al (2004), n=92, d=0,57; Cohen and Mannarino (1996), n=28,</p>	El autor indica que la principal limitación fueron los tamaños muestrales pequeño. Algunos estudios no describían las características de la población. Además no hay una descripción de la terapia usada.	<p>Funcionamiento social.</p> <p>Problemas conductuales.</p> <p>Distress psicológico.</p>	<p>La media del tamaño del efecto fue de magnitud moderada, d=0,42.</p> <p>La media del tamaño del efecto fue de moderada magnitud, d=0,58.</p> <p>La media del tamaño del efecto fue de gran magnitud, d=1,06.</p>

			<p>d=0,34.</p> <p>1 estudio con intervención <b>familiar</b> de apoyo, más otra terapia, Meezan et al (1998) con 2 grupos, uno individual, n=30, d=0,17; y otro grupal n=42, d=0,0,32.</p> <p>1 estudio cognitivo conductual , <b>familiar</b>, con foco específico en abuso, individual: Cohen et al (2004), n=92, d=0,82.</p> <p>2 estudios cognitivo conductual , <b>familiar</b>, individual: Deblinger, et al (1996), n=22, d=0,97; King et al(2000), n=12, d=1,06.</p> <p>1 estudio de juego, <b>familiar</b>, de apoyo, individual, grupal: Friedrich, et al (1992) n=33, d=0,52.</p> <p>1 estudio Lanktree and Briere (1995), con intervencion <b>familiar</b>,</p>		<p>Autoestima.</p> <p>Otros problemas secundarios.</p>	<p>La media del tamaño del efecto fue de magnitud moderada, d=0,57.</p> <p>La media del tamaño del efecto fue de magnitud moderada, d=0,46.</p>
--	--	--	---	--	--	---

			con foco específico en abuso, individual grupal en 4 grupos: n=56, d=0,69; n=26, d=0,64; n=23, d=0,28; n=15, d=0,48.			
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual individual o familiar. Niños (a) entre 5 y 17 años, con trastorno de estrés post-traumático. Australia.	King et al (2000). Terapia cognitiva conductual familiar (n =12) y terapia cognitivo conductual sólo al niño (n =12) v/s grupo control de lista de espera (n = 12). Ambos 20 sesiones.	Calidad baja (puntaje =2 en escala de calidad de Jadad).	Estrés post-traumático, ansiedad (PTSD, ADIS).	Con la terapia cognitivo conductual se observaron mejores resultados para los niños tratados por síntomas de trastorno de estrés post-traumático, comparado con el grupo control de la lista de espera (7,03 v/s 11,38, P<0,05). Respecto de la escala de ansiedad, se observó una mejoría también (46,02 v/s 54,37 P<0,05). Sin embargo no hubo diferencia respecto de los resultados entre las diferentes formas en que fue aplicada la terapia cognitivo conductual (sólo niño o tratamiento familiar).
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual individual o familiar. Niños (a) entre 5 y 17 años, con trastorno de estrés post-traumático. Australia.	King et al (2000). Terapia cognitiva conductual familiar (n =12) y terapia cognitivo conductual sólo al niño (n =12) vs. Grupo control de lista de espera (n = 12). Ambos 20	Calidad baja (puntaje =2 en escala de calidad de Jadad).	Depresión (CDI).	El autor no refiere diferencias entre los grupos. No indica valores.

			sesiones.			
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual individual o familiar. Niños (a) entre 5 y 17 años, con trastorno de estrés post-traumático. Australia.	King et al (2000). Terapia cognitiva conductual familiar (n =12) y terapia cognitivo conductual sólo al niño (n =12) v/s grupo control de lista de espera (n = 12). Ambos 20 sesiones.	Calidad baja (puntaje =2 en escala de calidad de Jadad).	Conductas infantiles (CBCL).	El autor no refiere diferencias entre los grupos. No indica valores.
4	Ramchandani, 2003	Terapia familiar grupal. Niños entre 4 y 16 años. Reino Unido. No se indica número de sesiones.	Monck et al (1994). Terapia familiar v/s terapia familia más terapia grupal. Sólo se indica el total de participantes n = 47.	Calidad media (puntaje =3 en escala de calidad de Jadad. Describe el método de aleatorización.	Depresión (CDI).	No se observaron diferencias entre los grupos en estas medidas. No se encontraron beneficios al agregar terapia grupal al programa de terapia familiar.
4	Ramchandani, 2003	Terapia familiar grupal. Niños entre 4 y 16 años. Reino Unido. No se indica número de sesiones.	Monck et al (1994) Terapia familiar v/s terapia familia más terapia grupal. Sólo se indica el total de participantes n = 47.	Calidad media (puntaje =3 en escala de calidad de Jadad. Describe el método de aleatorización.	Harter (no se señala qué escala es ésta).	No se observaron diferencias entre los grupos en estas medidas. No se encontraron beneficios al agregar terapia grupal al programa de terapia familiar.
4	Ramchandani, 2003	Terapia individual y grupal. Niñas entre 6 y 14 años, sintomáticas. Modelo teórico: Terapia psicodinámica. Reino Unido.	Trowell et al (2002). Terapia individual (n =33) v/s psicoterapia grupal (n = 33). 30 sesiones v/s 18 sesiones.	Baja calidad (puntaje =1, en escala Jadad). Es el único estudio en el que la aleatorización estaba incompleta.	Al parecer hay un error dice: CBL y no existe esta escala en la nota del pie. Está CBT y CBCL	Con la terapia individual se logró una mejoría en algunas medidas de las escalas de trastorno por estrés post-traumático. Tamaño del efecto 0,60, 0,65). No hubo otras diferencias.

### 9.3.2 Estudios primarios

#	Estudio	Características	Variable de resultado	Efecto
1	Bonner, 2008	Terapia grupal cognitivo conductual vs terapia grupal psicodinámica.	Inteligencia	No hay diferencias entre ambos tipos de tratamiento. Todos los niños estaban en rango normal de inteligencia.
1	Bonner, 2008	Terapia grupal cognitivo conductual vs terapia grupal psicodinámica.	Autoestima	No hay diferencias entre ambos tipos de tratamiento. Todos los niños reportaron niveles medios a altos de autoestima.
1	Bonner, 2008	Terapia grupal cognitivo conductual vs terapia grupal psicodinámica.	Competencia social.	Ambos grupos fueron efectivos en incrementar la competencia social.
1	Bonner, 2008	Terapia grupal cognitivo conductual vs terapia grupal psicodinámica.	Problemas conductuales sexuales.	Ambos grupos fueron efectivos en disminuir los problemas sexuales conductuales.
1	Bonner, 2008	Terapia grupal cognitivo conductual vs terapia grupal psicodinámica.	Problemas afectivos.	Ambos grupos fueron efectivos en disminuir los problemas afectivos.
1	Bonner, 2008	Terapia grupal cognitivo conductual vs terapia grupal psicodinámica.	Problemas conductuales.	Ambos grupos fueron efectivos en disminuir los problemas conductuales.
1	Bonner, 2008	Terapia grupal cognitivo conductual vs terapia grupal psicodinámica.	Conductas sexuales inapropiadas o agresivas.	Al año no hay diferencias significativas entre ambos grupos.
4	Deblinger, 2006	Este estudio se basa en un ECA, publicada por Cohen 2004. Se evaluaron un total de 183 niños de 8 a 14 años de edad y sus cuidadores primarios a los 6 y 12 meses después de haber recibido una	Número de síntomas PTSD (K-SADS).	El grupo que recibe la intervención TF-CBT presenta un significativo menor número de síntomas PTSD (re-experimentación, evasión e hiperexcitación) ( $p < 0,05$ ) que el que recibe intervención CCT, tanto a los 6 como a los 12 meses de seguimiento.

		<p>intervención.</p> <p>Cumplieron con la evaluación basal (al término de la intervención): 92 diadas niño-cuidador que recibieron 12 sesiones de terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma (TF-TCC) n=92 y n= 91 terapia centrada en el cliente (CCT).</p> <p>La TF-TCC es un tratamiento estructurado que se focaliza en el entrenamiento de herramientas educativas y de afrontamiento diseñadas para ayudar activamente a los niños y sus padres en el proceso experiencias traumáticas en un contexto de sesiones individuales y en conjunto con sus padres.</p> <p>La CCT es una terapia de apoyo, con un enfoque centrados en el cliente que se focaliza en el establecimiento de una relación terapéutica de confianza, de auto afirmación, empoderamiento, y validación para el niño y cuidador (Cohen y Mannarino, 1996).</p>		
4	Deblinger, 2006	<p>Este estudio se basa en un ECA, publicado por Cohen 2004. Se evaluaron un total de 183 niños de 8 a 14 años de edad y sus cuidadores primarios a los 6 y 12 meses después de haber recibido una intervención.</p> <p>Cumplieron con la evaluación basal (al término de la intervención): 92 diadas niño-cuidador que recibieron 12 sesiones de terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma (TF-TCC) n=92 y n= 91 terapia centrada en el cliente (CCT).</p>	<p>Estigmatización, autculpa por eventos negativos, credibilidad autopercebida, a través de Children's Attributions and Perceptions Scale (CAPS) (Mannarino et al., 1994).</p>	<p>El grupo que recibe la intervención TF-CBT presenta significativamente menor número de sentimientos autopercebidos de estigmatización, autculpa por eventos negativos que el grupo que recibió la intervención centrada en el cliente (CCT), <math>p &lt; 0,05</math>, tanto a los 6 como a los 12 meses de seguimiento.</p>

4	Deblinger, 2006	<p>Este estudio se basa en un ECA, publicada por Cohen 2004. Se evaluaron un total de 183 niños de 8 a 14 años de edad y sus cuidadores primarios a los 6 y 12 meses después de haber recibido una intervención.</p> <p>Cumplieron con la evaluación basal (al término de la intervención): 92 diadas niño-cuidador que recibieron 12 sesiones de terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma (TF-TCC) n=92 y n= 91 terapia centrada en el cliente (CCT).</p>	Síntomas de ansiedad, por autoreporte (STAIC).	El grupo que recibe la intervención TF-CBT presenta significativamente menor número de síntomas de ansiedad que el grupo que recibió la intervención centrada en el cliente (CCT), $p < 0,05$ , tanto a los 6 como a los 12 meses de seguimiento.
4	Deblinger, 2006	<p>Este estudio se basa en un ECA, publicado por Cohen 2004. Se evaluaron un total de 183 niños de 8 a 14 años de edad y sus cuidadores primarios a los 6 y 12 meses después de haber recibido una intervención.</p> <p>Cumplieron con la evaluación basal (al término de la intervención): 92 diadas niño-cuidador que recibieron 12 sesiones de terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma (TF-TCC) n=92 y n= 91 terapia centrada en el cliente (CCT).</p> <p>La TF-TCC es un tratamiento estructurado que se focaliza en el entrenamiento de herramientas educativas y de afrontamiento diseñadas para ayudar activamente a los niños y sus padres en el proceso de experiencias traumáticas en un contexto de sesiones individuales y en conjunto con sus padres.</p>	Depresión, por auto reporte (CDI)	El grupo que recibe la intervención TF-CBT presenta significativamente menor número de síntomas de depresión que el grupo que recibió la intervención centrada en el cliente (CCT), $p < 0,05$ , tanto a los 6 como a los 12 meses de seguimiento.

		La CCT es una terapia de apoyo, con un enfoque centrados en el cliente que se focaliza en el establecimiento de una relación terapéutica de confianza, de auto afirmación, empoderamiento, y validación para el niño y cuidador (Cohen y Mannarino, 1996).		
4	Deblinger, 2006	Este estudio se basa en un ECA, publicado por Cohen 2004. Se evaluaron un total de 183 niños de 8 a 14 años de edad y sus cuidadores primarios a los 6 y 12 meses después de haber recibido una intervención.  Cumplieron con la evaluación basal (al término de la intervención): 92 diadas niño-cuidador que recibieron 12 sesiones de terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma (TF-TCC) n=92 y n= 91 terapia centrada en el cliente (CCT).	Conducta sexual inapropiada, reportada por los padres o cuidadores (CBCL).	El grupo que recibe la intervención TF-CBT presenta significativamente menos conductas sexuales inapropiadas, reportadas por los padres, $p < 0,05$ que el grupo que recibe CCT a los 6 y 12 meses de seguimiento.
4	Deblinger, 2006	Este estudio se basa en un ECA, publicado por Cohen 2004. Se evaluaron un total de 183 niños de 8 a 14 años de edad y sus cuidadores primarios a los 6 y 12 meses después de haber recibido una intervención.  Cumplieron con la evaluación basal (al término de la intervención): 92 diadas niño-cuidador que recibieron 12 sesiones de terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma (TF-TCC) n=92 y n= 91 terapia centrada en el cliente (CCT).	Niveles de angustia emocional de los cuidadores, por auto reporte (PERQ).	Los padres del grupo que recibe la intervención TF-CBT reportó menos niveles de angustia emocional, que el grupo que recibe CCT a los 6 y 12 meses de seguimiento, $p < 0,05$ .

4	Deblinger, 2006	<p>Este estudio se basa en un ECA, publicado por Cohen 2004. Se evaluaron un total de 183 niños de 8 a 14 años de edad y sus cuidadores primarios a los 6 y 12 meses después de haber recibido una intervención.</p> <p>Cumplieron con la evaluación basal (al término de la intervención): 92 diadas niño-cuidador que recibieron 12 sesiones de terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma (TF-TCC) n=92 y n= 91 terapia centrada en el cliente (CCT).</p>	Apoyo de los padres a los niños, por auto reporte (PSQ).	Los padres del grupo que recibe la intervención TF-CBT reportó más conductas apoyadoras hacia sus hijos, que el grupo que recibe CCT a los 6 y 12 meses de seguimiento, $p < 0,05$ .
---	-----------------	--	--	--

#### 9.4 ¿Cuál es el tipo de psicoterapia grupal en niños y niñas víctimas de abuso sexual más efectiva para la elaboración integral (emocional y cognitiva) del episodio de abuso?

##### 9.4.1 Revisiones sistemáticas

#	Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Calidad metodológica de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultado
2	Hetzel-Riggin, 2007	Terapia grupal.	5 estudios con intervención Cognitivo conductual, grupal: Verleur et al (1986), n=16, d=1,59; Krakow et al (2001), n=9, d=0,90; Berliner et al (1986), n=48, d=0,23; Deblinger et al (2001), n=21, d=0,76; Kruczek et al (1999), n=41,	El autor indica que la principal limitación fueron los tamaños muestrales pequeño. Algunos estudios no describían las características de la población. Además no hay una descripción de la terapia usada.	Funcionamiento social  Problemas	La media del tamaño del efecto fue de magnitud moderada, $d=0,54$ .  La media del tamaño del efecto fue de gran

			<p>d=0,90</p> <p>1 estudio con intervención de apoyo, familiar, de grupo más otra intervención no especificada, Meezan et al (1998), n=42, d=0,32.</p> <p>2 intervenciones de tipo cognitivo conductual, con foco específico en abuso, de grupo: Sinclair et al (2004), n=43, d=0,21; Stauffer et al (1996), n=19, d=0,51.</p> <p>1 estudio con intervención de apoyo, grupal Deblinger, et al (2001), n=23, d=0,41.</p> <p>1 estudio con intervención de apoyo, de juego, familiar, individual, grupal, Friedrich, et al (1992) n=33, d=0,52.</p>		<p>conductuales</p> <p>Distress psicologico</p> <p>Autoestima</p>	<p>magnitud, d=1,44.</p> <p>La media del tamaño del efecto fue de magnitud moderada, d=0,56.</p> <p>La media del tamaño del efecto fue de gran magnitud, d=1,00.</p>
--	--	--	--	--	---	--

			<p>1 estudio con intervención de apoyo, de juego, grupal , con foco específico en abuso, Reeker et al (1992) n=19, d=1,65.</p> <p>1 estudio con intervención de apoyo, de juego, grupal, Rust et al (1992), n=25, d=0,85.</p> <p>1 estudio con intervención de foco específico de abuso, grupal. Específica grupal, Berliner et al (1996), n=32 , d=0,34.</p> <p>2 estudios con intervención de foco específico de abuso, de apoyo, grupal. De Luca et al (1995); n=33, d=0,86 y McGain et al (1995) n=15, d=2,08.</p> <p>1 estudio con intervención de foco específico de abuso, grupal, familia, en 4 grupos Lanktree and</p>			
--	--	--	---	--	--	--

			<p>Briere (1995), n=56, d= 0,69; n=26, d=0,64; n=23, d=0,28; n=15, d=0,48.</p> <p>1 estudio con intervención de juego, de grupo, Trowell et al (2002), n=36 d=0,69.</p>			
2	Hetzel-Riggin, 2007	Intervenciones de tipo cognitivo conductual, individual y grupal.	<p>17 estudios controlados:</p> <p>4 estudios intervención de tipo cognitivo conductual individual: Celano, et al (1996).</p> <p>5 estudios intervención de tipo cognitivo conductual grupal: Verleur et al (1986) n=16, d=1,59; Krakow et al (2001), n=9, d=0,90; Berliner et al (1986), n=48 d=0,23; Deblinger et al (2001) n=21 d= 0,76; Kruczek et al (1999), n=41 d=0,90.</p> <p>2 estudios intervención</p>	El autor indica que la principal limitación fueron los tamaños muestrales pequeños. Algunos estudios no describían las características de la población. Además no hay una descripción de la terapia usada.	<p>Funcionamiento social.</p> <p>Problemas conductuales.</p> <p>Distress psicológico</p>	<p>Un metaanálisis arrojó un tamaño del efecto promedio de magnitud moderada, d=0,54.</p> <p>La media del tamaño del efecto fue de magnitud moderada, d=0,87.</p> <p>La media del tamaño del efecto fue de gran magnitud, d=1,41.</p>

			<p>de tipo cognitivo conductual, familiar, foco específico en abuso, de apoyo, individual: Cohen and Mannarino (1996), n=39, d=0,98; Sullivan et al (1992).</p> <p>2 estudios intervención de tipo cognitivo conductual , foco específico en abuso, individual, Cohen and Mannarino (1998), n=30 d=0,45; Jaberghaderi, et al (2004).</p> <p>2 estudios intervención de tipo cognitivo conductual, foco específico en abuso, de grupo, Sinclair et al (2004), n=43, d=0,21; Stauffer et al (1996), n=19, d=0,51.</p> <p>Cognitivo conductual, familiar, foco específico en abuso, individual, Cohen et al (2004), n=92, d=0,82.</p>		<p>Autoestima.</p> <p>Otros problemas secundarios.</p>	<p>La media del tamaño del efecto fue de magnitud moderada, d=0,79.</p> <p>La media del tamaño del efecto fue de gran magnitud, d=1,00.</p>
--	--	--	--	--	--	---

			<p>2 estudios intervención de tipo cognitivo conductual , familiar, individual, Deblinger, et al, (1996), n=22, d=0,97; King et al(2000).</p> <p>1 estudios intervención de tipo cognitivo conductual , de apoyo individual: Oates et al (1998) n=84, d=0,57.</p>			
Macdonald, 2006	Niños (11%) y niñas (89%) de 4 a 13 años. Estados Unidos, Intervención cognitiva conductual, terapia grupal a niños, 10 sesiones. Al grupo experimental se agregó a la terapia convencional sesiones para explicar la naturaleza del miedo, los principios de terapia para el estrés y su aplicación a la divulgación del impacto y la autoestima. GC fue terapia grupal convencional con foco en el abuso.	Berliner 1996. Ensayo controlado aleatorizado. Terapia grupal a niños y niñas, n=154 y evaluación del seguimiento al año postintervención n=87.	Este estudio no provee detalles sobre el procedimiento de aleatorización en ambos grupos, adecuada asignación por encubrimiento.	Miedo: Sexual Abuse Fear Evaluation Scales (SAFE).	No se aportan datos para la revisión sistemática.	
Macdonald, 2006	Niños (11%) y niñas (89%) de 4 a 13 años. Estados Unidos, Intervención cognitiva conductual, terapia grupal a niños, 10 sesiones. Al grupo experimental se agregó a la	Berliner 1996. Ensayo controlado aleatorizado. Terapia grupal a niños y niñas, n=154 y evaluación del seguimiento al año	Este estudio no provee detalles sobre el procedimiento de aleatorización en ambos grupos, adecuada asignación	Conducta externalizante (Child Behaviour Checklist-CBCL); conducta internalizante (CBCL).	Conducta externalizante: mejoría estadísticamente significativa (no aporta valores) inmediatamente después de aplicada la	

		terapia convencional sesiones para explicar la naturaleza del miedo, los principios de terapia para el estrés y su aplicación a la divulgación del impacto y la autoestima. GC fue terapia grupal convencional con foco en el abuso.	postintervención n=87.	por encubrimiento.		terapia.
3	Macdonald, 2006	Niños (11%) y niñas (89%) de 4 a 13 años. Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual, terapia grupal a niños, 10 sesiones. Al grupo experimental se agregó a la terapia convencional sesiones para explicar la naturaleza del miedo, los principios de terapia para el estrés y su aplicación a la divulgación del impacto y la autoestima. GC fue terapia grupal convencional con foco en el abuso.	Berliner 1996. Ensayo controlado aleatorizado. Terapia grupal a niños y niñas, n=154 y evaluación del seguimiento al año postintervención n=87.	Este estudio no provee detalles sobre el procedimiento de aleatorización en ambos grupos, adecuada asignación por encubrimiento.	Conducta externalizante (Child Behaviour Checklist-CBCL); conducta internalizante (CBCL).	Conducta externalizante: a largo plazo no evidencia efectos sobre el promedio (no se explicitan valores).
3	Macdonald, 2006	Niños (11%) y niñas (89%) de 4 a 13 años. Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual, terapia grupal a niños, 10 sesiones. Al grupo experimental se agregó a la terapia convencional sesiones para explicar la naturaleza del miedo, los principios de terapia para el estrés y su aplicación a la	Berliner 1996. Ensayo controlado aleatorizado. Terapia grupal a niños y niñas, n=154 y n=87 al año de tratamiento.	Este estudio no provee detalles sobre el procedimiento de aleatorización en ambos grupos, adecuada asignación por encubrimiento.	Depresión: (CDI)	Disminución media de 1,8 puntos inmediatamente después de la intervención (IC 95% disminución de 4,0 a un aumento de 0,4); I2 inconsistencia estadística = 47%; (valor de p de heterogeneidad 0,11).

		divulgación del impacto y la autoestima. GC fue terapia grupal convencional con foco en el abuso.				
3	Macdonald, 2006	Niños (11%) y niñas (89%) de 4 a 13 años. Estados Unidos, Intervención cognitiva conductual terapia grupal a niños, 10 sesiones. Al grupo experimental se agregó a la terapia convencional sesiones para explicar la naturaleza del miedo, los principios de terapia para el estrés y su aplicación a la divulgación del impacto y la autoestima. GC fue terapia grupal convencional con foco en el abuso.	Berliner 1996. Ensayo controlado aleatorizado. Terapia grupal a niños y niñas, n=154 y n=87 al año de tratamiento.	Este estudio no provee detalles sobre el procedimiento de aleatorización en ambos grupos, adecuada asignación por encubrimiento.	Depresión: (CDI).	Disminución media de 1,9 puntos (IC 95% disminución de 3,9 a un aumento de 0,1; I <sup>2</sup> = 0%, p = 0,7) después de al menos un año del tratamiento.
3	Macdonald, 2006	Niños (11%) y niñas (89%) de 4 a 13 años. Estados Unidos, Intervención cognitiva conductual terapia grupal a niños, 10 sesiones. Al grupo experimental se agregó a la terapia convencional sesiones para explicar la naturaleza del miedo, los principios de terapia para el estrés y su aplicación a la divulgación del impacto y la autoestima. GC fue terapia grupal convencional con foco en	Berliner 1996. Ensayo controlado aleatorizado. Terapia grupal a niños y niñas, n=154 y n= 87 al año de tratamiento.	Este estudio no provee detalles sobre el procedimiento de aleatorización en ambos grupos, adecuada asignación por encubrimiento.	Conducta sexual (CSBI)	Conducta sexual: efectividad del CBT (I <sup>2</sup> = 67%, P value para heterogeneidad 0,02), observó un aumento de 4,7. El promedio fue similar inmediatamente después del tratamiento, pero no fue estadísticamente significativo.

		el abuso.				
3	Macdonald, 2006	Niños (11%) y niñas (89%) de 4 a 13 años. Estados Unidos, Intervención cognitiva conductual, terapia grupal a niños, 10 sesiones. Al grupo experimental se agregó a la terapia convencional sesiones para explicar la naturaleza del miedo, los principios de terapia para el estrés y su aplicación a la divulgación del impacto y la autoestima. GC fue terapia grupal convencional con foco en el abuso.	Berliner 1996. Ensayo controlado aleatorizado. Terapia grupal a niños y niñas, n=154 y n= 87 al año de tratamiento.	Este estudio no provee detalles sobre el procedimiento de aleatorización en ambos grupos, adecuada asignación por encubrimiento	Conducta sexual (CSBI).	Conducta sexual medida a largo plazo después de la terapia mostró un menor aumento a largo plazo v/s el mismo estudio a corto plazo.
3	Macdonald 2006	Niñas de 8 a 13 años. Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual, terapia grupal, 6 sesiones. La terapia se basa principalmente en condicionamiento clásico (relajación, exposición imaginal y el comportamiento de ensayo) y la educación, con el fin de proporcionar a los participantes estrategias para manejar los efectos negativos del trauma. GC lista de espera.	Burke 1988. Ensayos controlados aleatorizados. Terapia grupal, n=25.	Este estudio no provee detalles sobre el procedimiento de aleatorización, el encubrimiento en la asignación de pacientes y sobre el análisis por intención de tratar.	Depresión: (CDI).	Se informaron mejoras, pero no se proporcionaron datos en un formulario que pudiese incorporarse en el metaanálisis.
3	Macdonald, 2006	Niñas de 8 a 13 años. Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual terapia grupal, 6	Burke 1988. Ensayos controlados aleatorizados. Terapia	Este estudio no provee detalles sobre el procedimiento de	Ansiedad: (RCMAS).	No se pudieron utilizar los datos de este estudio para

		sesiones. La terapia se basa principalmente en condicionamiento clásico (relajación, exposición imaginal y el comportamiento de ensayo) y la educación, con el fin de proporcionar a los participantes estrategias para manejar los efectos negativos del trauma. GC lista de espera.	grupal, n=25.	aleatorización, tampoco sobre el encubrimiento en la asignación de pacientes.		el metaanálisis.
3	Macdonald, 2006	Niñas de 8 a 13 años. Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual terapia grupal, 6 sesiones. La terapia se basa principalmente en condicionamiento clásico (relajación, exposición imaginal y el comportamiento de ensayo) y la educación, con el fin de proporcionar a los participantes estrategias para manejar los efectos negativos del trauma. GC lista de espera.	Burke 1988. Ensayos controlados aleatorizados. Terapia grupal, n=25.	Este estudio no provee detalles sobre el procedimiento de aleatorización, tampoco sobre el encubrimiento en la asignación de pacientes.	Miedo: Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSR-R).	No se pudieron utilizar los datos de este estudio para el metaanálisis.
3	Macdonald, 2006	Niñas de 8 a 13 años. Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual terapia grupal, 6 sesiones. La terapia se basa principalmente en condicionamiento clásico (relajación, exposición imaginal y el comportamiento de ensayo) y la educación, con el fin de	Burke 1988. Ensayos controlados aleatorizados. Terapia grupal, n=25.	Este estudio no provee detalles sobre el procedimiento de aleatorización, tampoco sobre el encubrimiento en la asignación de pacientes.	Comportamiento: internalización (Child Behavior Checklist - CBCL).	No se pudieron utilizar los datos de este estudio para el metaanálisis.

		proporcionar a los participantes estrategias para manejar los efectos negativos del trauma. GC lista de espera.				
3	Macdonald, 2006	Niños (39%) y niñas (61%) entre 2 y 8 años, en Estados Unidos. Intervención cognitiva conductual, terapia grupal, 11 sesiones, un grupo experimental para madres y para niños separadamente (n=11 cada uno). Los niños reciben terapia C. C. versus aproximación basada en información para niños y el otro grupo de padres C. C. versus grupo control de apoyo a padres (n=11).	Deblinger 2001. ECA por grupo, terapia grupal para niños y madres no agresoras; n=54.	La aleatorización no se menciona, los participantes fueron aleatorizados antes de la evaluación; no hay utilización de ciego ni encubrimiento de asignación, sí se menciona pérdidas de seguimiento y no hay análisis por intención de tratar.	Comportamiento de los niños (CBCL)	No se detallan datos
3	Macdonald 2006	Niños (39%) y niñas (61%) entre 2-8 años, en Estados Unidos; Intervención cognitiva conductual, terapia grupal, 11 sesiones, un grupo experimental para madres y para niños separadamente (n=11 cada uno). Los niños reciben terapia C. C. s versus aproximación basada en información para niños y el otro grupo de padres C. C. Versus grupo control de apoyo a padres (n=11)	Deblinger 2001. ECA por grupo, terapia grupal para niños y madres no agresoras; n=54	La aleatorización no se menciona, los participantes fueron aleatorizados antes de la evaluación; no hay utilización de ciego ni encubrimiento de asignación, sí se menciona pérdidas de seguimiento y no hay análisis por intención de tratar.	Síndrome de estrés posttraumático: PTSD sección de la K-SADS-E.	Disminución media de 0,43 DS (IC 95% 0,16 a 0,69; I2= 40%; valor p de heterogeneidad de 0,14) inmediatamente después del tratamiento.
3	Macdonald,	Niños (39%) y niñas (61%)	Deblinger 2001. ECA	La aleatorización no	Conducta sexual	Efectividad de la

	2006	entre 2-8 años, en Estados Unidos; Intervención cognitiva conductual, terapia grupal, 11 sesiones, un grupo experimental para madres y para niños separadamente (n=11 cada uno). Los niños reciben terapia C. C. versus aproximación basada en información para niños y el otro grupo de padres C. C. versus grupo control de apoyo a padres (n=11).	por grupo, terapia grupal para niños y madres no agresoras; n=54.	se menciona, los participantes fueron aleatorizados antes de la evaluación; no hay utilización de ciego ni encubrimiento de asignación, sí se menciona pérdidas de seguimiento y no hay análisis por intención de tratar.	(CSBI-3).	intervención CC (I2= 67%, P value para heterogeneidad 0,02). Se observó un aumento de 4,7 puntos.
4	Ramchandani, 2003	Terapia individual v/s grupal Niñas de 13 a 17 años. Estados Unidos, 10 sesiones.	Baker (1987). Ensayo controlado aleatorizado. Terapia individual (n =15) v/s terapia grupal (n =24).	Baja calidad (puntaje = 1, en escala Jadad con un máximo =5). Este estudio no provee detalles sobre el procedimiento de aleatorización.	Autoestima (PIERS HARRIS).	La terapia grupal obtuvo mejores resultados que la terapia individual respecto de las mediciones de autoconcepto y autoestima  No hay valores cuantitativos para este estudio.
4	Ramchandani, 2003	Terapia individual v/s grupal Niñas de 13 a 17 años. Estados Unidos, terapia individual, 10 sesiones.	Baker (1987) Ensayo controlado aleatorizado. Terapia individual (n =15) v/s terapia grupal (n =24).	Baja calidad (puntaje = 1, en escala Jadad con un máximo =5). Este estudio no provee detalles sobre el procedimiento de aleatorización	Ansiedad (IPAT scales).	El autor no refiere diferencias. No hay valores cuantitativos para este resultado.
4	Ramchandani, 2003	Terapia individual v/s grupal. Niñas de 13 a 17 años. Estados	Baker (1987) Ensayo controlado aleatorizado. Terapia	Baja calidad (puntaje =1, en escala Jadad con un máximo =5).	Depresión (IPAT scales).	El autor no refiere diferencias. No hay valores cuantitativos para este

		Unidos, terapia individual, 10 sesiones.	individual (n =15) v/s terapia grupal (n =24).	Este estudio no provee detalles sobre el procedimiento de aleatorización.		resultado.
4	Ramchandani, 2003	Terapia conductual cognitiva grupal.  Niños y niñas de 4 a 13 años. Estados Unidos. No se menciona el número de sesiones.	Berliner & Sounders (1996). Grupo estructurado (n =32) v/s grupo estructurado con inoculación de estrés y exposición graduada (n =48).	Calidad media (puntaje =3 en escala de calidad de Jadad). Este estudio describe el método de aleatorización.	Depresión (CDI).	Después de dos años de seguimiento la tasa de desgaste es muy mayor (48%). No hubo diferencia con el grupo control, pues no se encuentra ningún beneficio, al aplicar inoculación de estrés y exposición gradual, a un programa grupal estructurado (GC). Aunque la mayoría de los niños y familias mejoró, hubo algunos participantes que empeoraron, lo que hace más difícil generalizar los resultados. No hay valores cuantitativos para este estudio.
4	Ramchandani, 2003	Terapia conductual cognitiva grupal. Niños y niñas de 4 a 13 años. Estados Unidos. No se menciona el número de sesiones.	Berliner & Sounders (1996). Grupo estructurado (n =32) v/s grupo estructurado con inoculación de estrés y exposición graduada (n =48).	Calidad media (puntaje =3 en escala de calidad de Jadad). Este estudio describe el método de aleatorización.	Trastornos conductuales (CBCL)	Después de dos años de seguimiento la tasa de desgaste es muy mayor (48%). No hubo diferencia con el grupo control, pues no se encuentra ningún beneficio, al aplicar inoculación de estrés y exposición gradual, a un

						programa grupal estructurado (GC). Aunque la mayoría de los niños y familias mejoró, hubo algunos participantes que empeoraron, lo que hace más difícil generalizar los resultados. No hay valores cuantitativos para este estudio.
4	Ramchandani, 2003	Terapia conductual cognitiva grupal. Niños y niñas de 4 a 13 años. Estados Unidos. No se menciona el número de sesiones.	Berliner & Sounders, 1996. Grupo estructurado (n =32) v/s grupo estructurado con inoculación de estrés y exposición graduada (n =48).	Calidad media (puntaje =3 en escala de calidad de Jadad). Este estudio describe el método de aleatorización.	Trastornos en la conducta sexual (CSBI).	Después de dos años de seguimiento la tasa de desgaste es muy mayor (48%). No hubo diferencia con el grupo control, pues no se encuentra ningún beneficio, al aplicar inoculación de estrés y exposición gradual, a un programa grupal estructurado (GC). Aunque la mayoría de los niños y familias mejoró, hubo algunos participantes que empeoraron, lo que hace más difícil generalizar los resultados. No hay valores cuantitativos para este estudio.
4	Ramchandani, 2003	Terapia conductual cognitiva grupal. Niños y niñas de 4 a 13 años. Estados Unidos. No se	Berliner & Sounders, 1996. Grupo estructurado (n =32)	Calidad media (puntaje =3 en escala de calidad de	Conductas de temor/miedo (FSSC ^	Después de dos años de seguimiento la tasa de desgaste es muy mayor

		menciona el número de sesiones.	v/s grupo estructurado con inoculación de estrés y exposición graduada (n =48).	Jadad). Este estudio describe el método de aleatorización.	R).	(48%). No hubo diferencia con el grupo control, pues no se encuentra ningún beneficio, al aplicar inoculación de estrés y exposición gradual, a un programa grupal estructurado (GC). Aunque la mayoría de los niños y familias mejoró, hubo algunos participantes que empeoraron, lo que hace más difícil generalizar los resultados. No hay valores cuantitativos para este estudio.
4	Ramchandani, 2003	Terapia conductual cognitiva grupal. Niños y niñas de 4 a 13 años. Estados Unidos, grupal. No se menciona el número de sesiones.	Berliner & Sounders, 1996. Grupo estructurado (n =32) v/s grupo estructurado con inoculación de estrés y exposición graduada (n =48).	Calidad media (puntaje =3 en escala de calidad de Jadad). Este estudio describe el método de aleatorización.	Ansiedad (RCMAS).	Después de dos años de seguimiento la tasa de desgaste es muy mayor (48%). No hubo diferencia con el grupo control, pues no se encuentra ningún beneficio, al aplicar inoculación de estrés y exposición gradual, a un programa grupal estructurado (GC). Aunque la mayoría de los niños y familias mejoró, hubo algunos participantes que empeoraron, lo que hace más difícil generalizar los resultados. No hay valores

						cuantitativos para este estudio.
4	Ramchandani, 2003	Terapia conductual cognitiva grupal. Niños y niñas de 4 a 13 años. Estados Unidos. No se menciona el número de sesiones.	Berliner & Sounders, 1996. Grupo estructurado (n =32) v/s grupo estructurado con inoculación de estrés y exposición graduada (n =48).	Calidad baja (según escala de calidad de Jadad). Este estudio describe el método de aleatorización.	Temor al abuso sexual (SAFE).	Después de dos años de seguimiento la tasa de desgaste es muy mayor (48%). No hubo diferencia con el grupo control, pues no se encuentra ningún beneficio, al aplicar inoculación de estrés y exposición gradual, a un programa grupal estructurado (GC). Aunque la mayoría de los niños y familias mejoró, hubo algunos participantes que empeoraron, lo que hace más difícil generalizar los resultados. No hay valores cuantitativos para este estudio.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual grupal. Niñas entre 8 y 13 años. Estados Unidos. 8 sesiones.	Burke (1988) Terapia grupal (n = 12), 8 sesiones v/s lista espera (n =13) como GC.	Baja calidad (puntaje = 1, en escala de Jadad con puntaje máximo = 5).	Depresión (CDI).	El tratamiento grupal reportó mejores resultados respecto de la depresión. 10,64 v/s 16,74 p<0,001. La tasa de desgaste no está descrita en este estudio.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual grupal. Niñas entre 8 y 13 años.	Burke (1988). Terapia grupal (n = 12), 8 sesiones v/s lista	Baja calidad (puntaje = 1, en escala de Jadad con puntaje	Ansiedad (RCMAS).	El autor no refiere diferencias. No hay valores cuantitativos para este

		Estados Unidos. 8 sesiones.	espera (n =13) como GC.	máximo =5).		resultado.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual grupal. Niñas entre 8 y 13 años. Estados Unidos. 8 sesiones.	Burke (1988). Terapia grupal (n = 12), 8 sesiones v/s lista espera (n =13) como GC.	Baja calidad (puntaje = 1, en escala de Jadad con puntaje máximo =5).	Conductas infantiles (CBCL).	El autor no refiere diferencias. No hay valores cuantitativos para este resultado.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual grupal. Niñas entre 8 y 13 años. Estados Unidos. 8 sesiones.	Burke (1988). Terapia grupal (n = 12), 8 sesiones v/s lista espera (n =13) como GC.	Baja calidad (puntaje = 1, en escala de Jadad con puntaje máximo =5).	Conductas de temor/miedo (FSSC ^R).	El autor no refiere diferencias. No hay valores cuantitativos para este resultado.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual grupal. Niños (no se especifica diferencia de género) Edad: entre 2 y 8 años. Estados Unidos. Ambos grupos 11 sesiones.	Deblinger et al (2001). Terapia cognitivo conductual grupal (n =21) v/s grupo de apoyo (n = 23).	Calidad media (puntaje =3 en escala de calidad de Jadad. Describe el método de aleatorización.	Sintomatología (SCLS ^90^ R).	Los resultados se muestran levemente favorables para la terapia cognitivo conductual, sin embargo ésta comenzó con puntajes más altos, por lo tanto la relevancia es poco clara. La terapia con las madres no agresoras mostró pocos beneficios en relación al grupo de apoyo. Ambos grupos mostraron mejoría en el tiempo, y algunos pequeños beneficios a favor de la terapia cognitivo conductual, no obstante, las diferencias pre-tratamiento que existían entre los grupos,

						cuestiona la significación clínica que puedan tener estos beneficios tan pequeños. Los niños que no estaban sintomáticos parecen no beneficiarse tanto de la terapia cognitivo conductual como los que sí lo están. El autor no refiere valores cuantitativos para indicar la diferencia.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual grupal. Niños (no se especifica diferencia de género) Edad: entre 2 y 8 años. Estados Unidos. Ambos grupos 11 sesiones.	Deblinger et al (2001). Terapia cognitivo conductual grupal (n =21) v/s grupo de apoyo (n = 23).	Calidad media (puntaje =3 en escala de calidad de Jadad. Describe el método de aleatorización.	Impacto de eventos (IES).	Los resultados se muestran levemente favorables para la terapia cognitiva conductual, sin embargo ésta comenzó con puntajes más altos, por lo tanto la relevancia es poco clara. La terapia con las madres no agresoras mostró pocos beneficios en relación al grupo de apoyo. Ambos grupos mostraron mejoría en el tiempo, y algunos pequeños beneficios a favor de la terapia cognitivo conductual, no obstante, las diferencias pre-tratamiento que existían entre los grupos, cuestiona la significación clínica que puedan tener

						<p>estos beneficios tan pequeños. Los niños que no estaban sintomáticos parecen no beneficiarse tanto de la terapia cognitivo conductual como los que sí lo están. El autor no refiere valores cuantitativos para indicar la diferencia.</p>
4	Ramchandani, 2003	<p>Terapia cognitivo conductual grupal. Niños (no se especifica diferencia de género) Edad: entre 2 y 8 años. Estados Unidos. Ambos grupos 11 sesiones.</p>	<p>Deblinger et al (2001). Terapia cognitivo conductual grupal (n =21) v/s grupo de apoyo (n = 23).</p>	<p>Calidad media (puntaje =3 en escala de calidad de Jadad. Describe el método de aleatorización.</p>	<p>Prácticas parentales (PPQ).</p>	<p>Los resultados se muestran levemente favorables para la terapia cognitiva conductual, sin embargo esta comenzó con puntajes más altos, por lo tanto la relevancia es poco clara. La terapia con las madres no agresoras mostró pocos beneficios en relación al grupo de apoyo. Ambos grupos mostraron mejoría en el tiempo, y algunos pequeños beneficios a favor de la terapia cognitivo conductual, no obstante, las diferencias pre-tratamiento que existían entre los grupos, cuestiona la significación clínica que puedan tener estos beneficios tan pequeños. Los niños que</p>

						no estaban sintomáticos parecen no beneficiarse tanto de la terapia cognitivo conductual como los que sí lo están. El autor no refiere valores cuantitativos para indicar la diferencia.
4	Ramchandani, 2003	Terapia cognitivo conductual grupal. Niños (no se especifica diferencia de género) Edad: entre 2 y 8 años. Estados Unidos. Ambos grupos 11 sesiones.	Deblinger et al (2001). Terapia cognitivo conductual grupal (n =21) v/s grupo de apoyo (n = 23).	Calidad media (puntaje =3 en escala de calidad de Jadad. Describe el método de aleatorización.	Conductas infantiles (CBCL).	Los resultados se muestran levemente favorables para la terapia cognitiva conductual, sin embargo esta comenzó con puntajes más altos, por lo tanto la relevancia es poco clara. La terapia con las madres no agresoras mostró pocos beneficios en relación al grupo de apoyo. Ambos grupos mostraron mejoría en el tiempo, y algunos pequeños beneficios a favor de la terapia cognitivo conductual, no obstante, las diferencias pre-tratamiento que existían entre los grupos, cuestiona la significación clínica que puedan tener estos beneficios tan pequeños. Los niños que no estaban sintomáticos parecen no beneficiarse

						tanto de la terapia cognitivo conductual como los que sí lo están. El autor no refiere valores cuantitativos para indicar la diferencia.
4	Ramchandani, 2003	Terapia individual y grupal. Niñas entre 6 y 14 años, sintomáticas. Modelo teórico: Terapia psicodinámica. Reino Unido.	Trowell et al (2002). Terapia individual (n=33) v/s psicoterapia grupal (n = 33). 30 sesiones v/s 18 sesiones.	Baja calidad (puntaje =1, en escala Jadad). Es el único estudio en el que la aleatorización estaba incompleta.	Trastornos afectivos y esquizofrenia (K ^ SADS) Evaluación Familiar (FAD). Evaluación Global (K ^ GAS).	Con la terapia individual se logró una mejoría en algunas medidas de la escala de Trastorno por Estrés Post-Traumático. Tamaño del efecto 0,60, 0,65). No hubo otras diferencias.
5	Reeker, 1997	Terapia Grupal integrada (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta), 10 sesiones.  Setting de investigación.  Dirigida a <b>mujeres</b> entre 13 y 17 años.	Ashby, Gilchrist y Miramontes, 1987. (10)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Autoestima	Tamaño del efecto 1,00.

5	Reeker, 1997	<p>Terapia grupal integrada (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta), 10 sesiones.</p> <p>Setting de investigación.</p> <p>Dirigida a <b>mujeres</b> entre 10 y 11 años</p>	De Luca, Hazen y Cutler, 1993. (7)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Internalización CBCL reportada por los padres.	Tamaño del efecto 1,32.
5	Reeker, 1997	<p>Terapia grupal integrada (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta), 10 sesiones.</p>	De Luca, Hazen y Cutler, 1993. (7)	Diseño experimental, pre post sin GC.	<p>Externalización CBCL reportada por los padres.</p> <p>Estrés general.</p>	Tamaño del efecto 1,29.

		Setting de investigación. Dirigida a <b>mujeres</b> entre 10 y 11 años.				
5	Reeker, 1997	Terapia grupal integrada (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta), 10 sesiones.  Setting de investigación. Dirigida a <b>mujeres</b> entre 10 y 11 años.	De Luca, Hazen y Cutler, 1993. (7)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Ansiedad reportada por los niños.	Tamaño del efecto 1,48.
5	Reeker, 1997	Terapia grupal integrada (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos	De Luca, Hazen y Cutler, 1993. (7)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Soledad reportada por los niños.	Tamaño del efecto 0,00.

		de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta), 10 sesiones.  Setting de investigación.  Dirigida a <b>mujeres</b> entre 10 y 11 años.				
5	Reeker, 1997	Terapia grupal integrada (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta), 10 sesiones.  Setting de investigación.  Dirigida a <b>mujeres</b> entre 10 y 11 años.	De Luca, Hazen y Cutler, 1993. (7)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Autoestima reportada por los niños.	Tamaño del efecto 1,88.
5	Reeker, 1997	Terapia grupal integrada (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual,	Hibert-Murphy, De Luca y Ruptz, 1992. (5)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Ansiedad reportada por los niños.	Tamaño del efecto 0,00.

		<p>exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta), 9 sesiones.</p> <p>Setting de investigación.</p> <p>Dirigida a <b>mujeres</b> entre 7 y 9 años</p>				
5	Reeker, 1997	<p>Terapia grupal integrada (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta), 9 sesiones.</p> <p>Setting de investigación.</p> <p>Dirigida a <b>mujeres</b> entre 7 y 9 años.</p>	Hibert-Murphy, De Luca y Ruptz, 1992. (5)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Soledad reportada por los niños.	Tamaño del efecto 0,00.
5	Reeker, 1997	<p>Terapia grupal integrada (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento:</p>	Hibert-Murphy, De Luca y Ruptz, 1992. (5)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Autoestima reportada por los niños.	Tamaño del efecto 0,00.

		<p>psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta) , 9 sesiones.</p> <p>Setting de investigación</p> <p>Dirigida a <b>mujeres</b> entre 7 y 9 años.</p>				
5	Reeker, 1997	<p>Terapia grupal integrada (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta), 12 sesiones.</p> <p>Setting de investigación.</p> <p>Dirigida a <b>hombres</b> entre 8 y 11 años.</p>	Hack, Osachuk y De Luca, 1994	Diseño experimental, pre post sin GC.	<p>Internalización CBCL reportada por los padres.</p> <p>Estrés general.</p>	Tamaño del efecto 0,00.

5	Reeker, 1997	<p>Terapia grupal integrada (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta), 12 sesiones.</p> <p>Setting de investigación.</p> <p>Dirigida a <b>hombres</b> entre 8 y 11 años.</p>	Hack, Osachuk y De Luca, 1994. (7)	Diseño experimental, pre post sin GC.	<p>Externalización CBCL reportada por los padres.</p> <p>Estrés general.</p>	Tamaño del efecto 0,00.
5	Reeker, 1997	<p>Terapia grupal integrada (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta), 12 sesiones.</p>	Hack, Osachuk y De Luca, 1994. (7)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Depresión reportada por los niños.	Tamaño del efecto 0,74.

		Setting de investigación Dirigida a <b>hombres</b> entre 8 y 11 años.				
5	Reeker, 1997	Terapia grupal integrada (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta), 12 sesiones.  Setting de investigación. Dirigida a <b>hombres</b> entre 8 y 11 años.	Hack, Osachuk y De Luca, 1994. (7)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Ansiedad reportada por los niños.	Tamaño del efecto 0,00.
5	Reeker, 1997	Terapia grupal integrada (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos	Hack, Osachuk y De Luca, 1994. (7)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Autoestima reportada por los niños.	Tamaño del efecto 0,00.

		de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta), 12 sesiones.  Setting de investigación  Dirigida a <b>hombres</b> entre 8 y 11 años.				
5	Reeker, 1997	Terapia integrada (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta), 13 sesiones.  Setting de agencia.  Dirigida a <b>hombres y mujeres</b> entre 4 y 7 años	Hall-Marley y Damon, 1993	Diseño experimental, pre post sin GC.	CBCL total reportada por los padres.  Estrés general.	Tamaño del efecto 0,92.
5	Reeker, 1997	Terapia grupal integrada (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos,	Hall-Marley y Damon, 1993. (13)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Conducta sexual reportada por los padres.	Tamaño del efecto 0,92.

		<p>terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta), 13 sesiones.</p> <p>Setting de agencia.</p> <p>Dirigida a <b>hombres y mujeres</b> entre 4 y 7 años</p>				
5	Reeker, 1997	<p>Terapia grupal integrada (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta) , 16 sesiones</p> <p>Setting de agencia.</p> <p>Dirigida a <b>mujeres</b> entre 11 y 12 años</p>	Kitchur y Bell, 1989. (7)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Autoestima reportada por los niños.	Tamaño del efecto 1,63.
5	Reeker, 1997	<p>Terapia grupal integrada, (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al</p>	Verleur, Hughes y de Rios, 1986. (15)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Autoestima reportada por los niños.	Tamaño del efecto 1,54.

		<p>abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta) , 24 sesiones</p> <p>Setting de agencia</p> <p>Dirigida a <b>mujeres</b> entre 13 y 17 años.</p>				
5	Reeker, 1997	<p>Terapia grupal integrada, (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta), 24 sesiones</p> <p>Setting de agencia.</p> <p>Dirigida a <b>mujeres</b> entre 13 y 17 años.</p>	Verleur, Hughes y de Rios, 1986. (15)	Diseño experimental, pre post sin GC.	<p>Enfermedades venéreas reportada por los niños.</p> <p>Conocimiento de abuso sexual/prevención.</p>	Tamaño del efecto 1,04.

5	Reeker, 1997	<p>Terapia grupal integrada, (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta), 24 sesiones</p> <p>Setting de agencia</p> <p>Dirigida a <b>mujeres</b> entre 13 y 17 años.</p>	Verleur, Hughes y de Rios, 1986. (15)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Control del recién nacido (birth control) reportado por los niños.	Tamaño del efecto 0,95.
5	Reeker, 1997	<p>Terapia grupal integrada, (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta), 24 sesiones</p>	Verleur, Hughes y de Rios, 1986. (15)	Diseño experimental, pre post sin GC.	<p>Anatomía/fisiología, reportada por los niños.</p> <p>Conocimiento de abuso sexual/prevención.</p>	Tamaño del efecto 0,82.

		Setting de agencia Dirigida a <b>mujeres</b> entre 13 y 17 años.				
5	Reeker, 1997	Terapia grupal integrada, (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta), 24 sesiones  Setting de agencia.  Dirigida a <b>mujeres</b> entre 13 y 17 años.	Verleur, Hughes y de Rios, 1986. (15)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Educación en anatomía reportada por los niños.  Conocimiento de abuso sexual/prevención.	Tamaño del efecto 1,10.
5	Reeker, 1997	Terapia grupal integrada, (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos	Rust y Troupe, 1991. (25)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Autoestima reportada por los niños.	Tamaño del efecto 1,06.

		de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta), 24 sesiones  Setting de agencia  Dirigida a <b>mujeres</b> entre 9 y 18 años.				
5	Reeker, 1997	Terapia grupal integrada, (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta), 24 sesiones  Setting de agencia  Dirigida a <b>mujeres</b> entre 9 y 18 años.	Rust y Troupe, 1991. (25)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Lectura alcanzada reportada por los niños.	Tamaño del efecto 0,56.
5	Reeker, 1997	Terapia grupal integrada, (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual,	Rust y Troupe, 1991. (25)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Mejoría alcanzada, reportada por los niños.	Tamaño del efecto 0,68.

		<p>exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta), 24 sesiones</p> <p>Setting de agencia.</p> <p>Dirigida a <b>mujeres</b> entre 9 y 18 años.</p>				
5	Reeker, 1997	<p>Terapia grupal integrada, (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta), 24 sesiones</p> <p>Setting de agencia.</p> <p>Dirigida a <b>mujeres</b> entre 9 y 18 años.</p>	Rust y Troupe, 1991. (25)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Logros totales, reportado por los niños.	Tamaño del efecto 0,73.
5	Reeker, 1997	<p>Terapia grupal integrada, (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento:</p>	McGain y McKinzey, 1995. (30)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Problemas conductuales reportados por los	Tamaño del efecto 0,74.

		<p>psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basad en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta), 25 sesiones.</p> <p>Setting de agencia</p> <p>Dirigida a <b>mujeres</b> entre 9 a 12 años.</p>			padres.	
5	Reeker, 1997	<p>Terapia grupal integrada, (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta), 25 sesiones.</p> <p>Setting de agencia.</p> <p>Dirigida a <b>mujeres</b> entre 9 a 12 años.</p>	McGain y McKinzey, 1995. (30)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Agresión socializada reportada por los padres.	Tamaño del efecto 1,13.

5	Reeker, 1997	<p>Terapia grupal integrada, (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta), 25 sesiones.</p> <p>Setting de agencia.</p> <p>Dirigida a <b>mujeres</b> entre 9 a 12 años.</p>	McGain y McKinzey, 1995. (30)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Ansiedad aislamiento reportada por los padres.	Tamaño del efecto 1,34.
5	Reeker, 1997	<p>Terapia grupal integrada, (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta), 25 sesiones.</p>	McGain y McKinzey, 1995. (30)	Diseño experimental, pre post sin GC.	<p>Inventario de conducta del niño Eyberg, reportada por los padres.</p> <p>Estrés general.</p>	Tamaño del efecto 1,46.

		Setting de agencia Dirigida a <b>mujeres</b> entre 9 a 12 años.				
5	Reeker, 1997	Terapia grupal integrada, (combinación de varias técnicas y tipos de tratamiento: psicoeducación en relación al abuso sexual y prevención de abuso, exploración de la experiencia de abuso sexual, exploración de los sentimientos, terapia basada en el arte, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, juegos de títeres ejercicios de escrituras y manejo de conducta) 9 sesiones.  Setting de agencia. Dirigida a <b>mujeres</b> entre 4 a 8 años.	Neiki y Watters, 1988 (7)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Síntomas abuso sexual reportada por los padres.	Tamaño del efecto 1,00.
5	Reeker, 1997	Terapia grupal e individual 3 a 21 sesiones.  Setting de agencia. Dirigida a <b>hombres</b> entre 4 y 16 años.	Friedrich, Luecke, Beilke y Place, 1992. (33)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Internalización CBCL reportada por los padres.  Estrés general.	Tamaño del efecto 0,87.
5	Reeker, 1997	Terapia grupal e individual 3 a 21 sesiones.  Setting de agencia.	Friedrich, Luecke, Beilke y Place, 1992. (33)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Externalización CBCL reportada por los padres.	Tamaño del efecto 0,57.

		Dirigida a <b>hombres</b> entre 4 y 16 años.			Estrés general.	
5	Reeker, 1997	Terapia grupal e individual 3 a 21 sesiones. Setting de agencia. Dirigida a <b>hombres</b> entre 4 y 16 años.	Friedrich, Luecke, Beilke y Place, 1992. (33)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Conducta sexual reportada por los padres.	Tamaño del efecto 0,61.
5	Reeker, 1997	Terapia grupal e individual 3 a 21 sesiones. Setting de agencia Dirigida a <b>hombres</b> entre 4 y 16 años.	Friedrich, Luecke, Beilke y Place, 1992. (33)	Diseño experimental, pre post sin GC	Depresión reportada por los niños.	Tamaño del efecto 0,38
5	Reeker, 1997	Terapia grupal e individual 3 a 21 sesiones. Setting de agencia. Dirigida a <b>hombres</b> entre 4 y 16 años.	Friedrich, Luecke, Beilke y Place, 1992. (33)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Autoestima reportada por los niños.	Tamaño del efecto 0,20.
5	Reeker, 1997	Terapia grupal e individual 3 a 21 sesiones. Setting de agencia. Dirigida a <b>hombres</b> entre 4 y 16 años.	Friedrich, Luecke, Beilke y Place, 1992. (33)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Autoconcepto reportado por los niños.	Tamaño del efecto 0,03.
5	Reeker, 1997	Terapia grupal e individual 3 a 21 sesiones. Setting de agencia. Dirigida a <b>hombres</b> entre 4 y 16 años.	Friedrich, Luecke, Beilke y Place, 1992. (33)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Competencia social reportada por los niños.	Tamaño del efecto 0,44.

		años.				
5	Reeker, 1997	Terapia grupal cognitivo conductual, 11 sesiones. Setting de investigación. Dirigida a <b>hombres y mujeres</b> entre 2 y 6 años.	Stauffer y Deblinger, 1996. (19)	Diseño experimental, pre post sin GC.	CBCL total.  Estrés general reportada por los padres.	Tamaño del efecto 0,20.
5	Reeker, 1997	Terapia grupal cognitivo conductual, 11 sesiones. Setting de investigación. Dirigida a <b>hombres y mujeres</b> entre 2 y 6 años.	Stauffer y Deblinger, 1996. (19)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Conducta sexual reportada por los padres.	Tamaño del efecto 0,79.
5	Reeker, 1997	Terapia grupal cognitivo conductual, 11 sesiones. Setting de investigación. Dirigida a <b>hombres y mujeres</b> entre 2 y 6 años.	Hoier, Inderbitzen-Pisaruk y Shawchuck, 1988. (18)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Internalización CBCL reportada por los padres.  Estrés general.	Tamaño del efecto 0,66.
5	Reeker, 1997	Terapia grupal cognitivo conductual, 11 sesiones. Setting de investigación. Dirigida a <b>hombres y mujeres</b> entre 2 y 6 años.	Hoier, Inderbitzen-Pisaruk y Shawchuck, 1988. (18)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Externalización CBCL reportada por los padres.  Estrés general.	Tamaño del efecto 0,00.
5	Reeker, 1997	Terapia grupal a cognitivo conductual, 11 sesiones. Setting de investigación. Dirigida a <b>hombres y mujeres</b>	Hoier, Inderbitzen-Pisaruk y Shawchuck, 1988. (18)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Depresión reportada por los niños.	Tamaño del efecto 0,66.

		entre 2 y 6 años.				
5	Reeker, 1997	Terapia grupal cognitivo conductual, 11 sesiones. Setting de investigación. Dirigida a <b>hombres y mujeres</b> entre 2 y 6 años.	Hoier, Inderbitzen-Pisaruk y Shawchuck, 1988. (18)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Miedo reportada por los niños.	Tamaño del efecto 0,66.
5	Reeker, 1997	Terapia grupal de drama (psicodrama), 8 sesiones. Setting de investigación. Dirigida a <b>mujeres</b> entre 12 y 18 años	MacKay, Gold y Gold, 1987. (5)	Diseño experimental, pre post sin GC.	SCL- 90-R.  Estrés general reportado por los niños.	Tamaño del efecto 0,66.
5	Reeker, 1997	Terapia grupal de drama (psicodrama), 8 sesiones. Setting de investigación. Dirigida a <b>mujeres</b> entre 12 y 18 años.	MacKay, Gold y Gold, 1987. (5)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Depresión reportada por los niños.	Tamaño del efecto 0,67.
5	Reeker, 1997	Terapia grupal de drama (psicodrama), 8 sesiones. Setting de investigación. Dirigida a <b>mujeres</b> entre 12 y 18 años.	MacKay, Gold y Gold, 1987. (5)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Autoestima reportada por los niños.	Tamaño del efecto 0,82.
5	Reeker, 1997	<b>Terapia grupal de juego</b> , 12 sesiones. Setting de investigación. Dirigida a <b>mujeres y hombres</b>	Pérez, 1988 (21)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Autoconcepto reportado por los niños.	Tamaño del efecto 0,61.

		entre 4 y 9 años.				
5	Reeker, 1997	Terapia grupal de juego, 12 sesiones.  Setting de investigación.  Dirigida a <b>mujeres y hombres</b> entre 4 y 9 años.	Pérez, 1988 (21)	Diseño experimental, pre post sin GC.	Auto maestría reportada por los niños.	Tamaño del efecto 0,61.

#### 9.4.2 Estudios primarios

#	Estudio	Características	Variable de resultado	Efecto
1	Bonner, 2008	Terapia grupal cognitivo conductual v/s terapia grupal juego dinámica.	Inteligencia	No hay diferencias entre ambos tipos de tratamiento. Todos los niños estaban en rango normal de inteligencia.
1	Bonner, 2008	Terapia grupal cognitivo conductual v/s terapia grupal juego dinámica.	Autoestima	No hay diferencias entre ambos tipos de tratamiento. Todos los niños reportaron niveles medios a altos de autoestima.
1	Bonner, 2008	Terapia grupal cognitivo conductual v/s terapia grupal juego dinámica.	Competencia social.	Ambos grupos fueron efectivos en incrementar la competencia social.
1	Bonner, 2008	Terapia grupal cognitivo conductual v/s terapia grupal juego dinámica.	Problemas conductuales sexuales.	Ambos grupos fueron efectivos en disminuir los problemas sexuales conductuales.
1	Bonner, 2008	Terapia grupal cognitivo conductual vs terapia grupal juego dinámica	Problemas afectivos.	Ambos grupos fueron efectivos en disminuir los problemas afectivos.

1	Bonner, 2008	Terapia grupal cognitivo conductual vs terapia grupal juego dinámica	Problemas conductuales.	Ambos grupos fueron efectivos en disminuir los problemas conductuales.
1	Bonner, 2008	Terapia grupal cognitivo conductual vs terapia grupal juego dinámica	Conductas sexuales inapropiadas o agresivas.	Al año no hay diferencias significativas entre ambos grupos.

**9.5 ¿Cuáles son los protocolos de primera respuesta que cuenten con mayor evidencia de efectividad frente a la atención de niños y niñas víctimas de delitos sexuales violentos y de abuso sexual, que incluyan aspectos de protección psicológica, física y judicial?**

**9.5.1 Revisiones sistemáticas**

No se encontraron revisiones para contestar esta pregunta.

**9.5.2 Estudios primarios**

#	Estudio	Características	Variable de resultado	Efecto
5	Finnila, 2003	Adaptación y administración de escalas de sugestión. Se administró un test de sugestión a 111 niños y niñas en Turku, Finlandia.  48 niños entre 4 y 5 años, 23 del sexo femenino y 25 del sexo masculino.  63 niños entre 7 y 8 años, 34 del sexo femenino y 29 del sexo masculino.  Los niños más sugestionables (N = 36) y los menos sugestionables (N = 36) fueron	Sugestión en situaciones interrogativas.	No se encontraron diferencias significativas entre niños y niñas respecto a la edad.  Influencia de la edad en la sugestión de los niños. Los niños menores probaron ser más sugestionables que los mayores, $r(63) = -0,399$ , $p < 0,005$  Los niños menores dieron más respuestas sugestivas a las preguntas engañosas, $r(63) = -0,353$ , $p < 0,005$ .

		<p>asignados de manera aleatorizada a una de las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Situaciones de entrevistas que contenían varias técnicas sugestivas.</li> <li>- A una sola entrevista que contenía sólo preguntas sugestivas.</li> </ul>		<p>Los niños menores cambiaron menos sus respuestas ante la repetición de las preguntas que los niños mayores, <math>r(63) = -0,378</math>, <math>p &lt; 0,005</math>. Esto puede explicarse por los cambios en las reglas de comprensión y conversación.</p> <p>Los resultados muestran que la sugestión es influenciada tanto por factores externos como internos de variación.</p> <p>Los niños entrevistados con mayor número de técnicas sugestivas dieron consistentemente más respuestas sugestionadas que los niños entrevistados sólo con preguntas engañosas.</p> <p>Otro resultado importante es que los niños de las entrevistas de alta presión aceptaron las preguntas sobre abuso en un rango mucho mayor que los niños en condiciones de entrevista de baja presión. Esto muestra que los niños entrevistados utilizando métodos altamente sugestivos pueden sucumbir a las sugestiónes en mayor medida a lo reportado por investigaciones anteriores.</p> <p>Si una entrevista es altamente sugestiva, los niños harán falsos reportes acerca de tocaciones en contraste con una sola entrevista corta.</p>
--	--	--	--	--

### 9.5.3 Guías de práctica clínica y/o manuales de atención

Se encontraron 10 cuyo análisis se reporta en resultados.

## 9.6 ¿Cuáles son los instrumentos/métodos más efectivos en la detección de experiencias abuso sexual en niños y niñas de 0 a 15 años?

### 9.6.1 Revisiones sistemáticas

#	Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Calidad metodológica de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultado
1	Garb, 2000	<b>Uso técnicas proyectivas.</b> Réplica de West. Niñas entre 7 y 12 años. Se aplicó el <b>TAT</b> y la <b>Escala de Autoconcepto</b> para niños, Piers - Harris, se compararon los puntajes con los del TAT, respecto de la disposición del Yo respecto del Yo.	Stovall, 1990, n = 60. Aplicación de una prueba proyectiva (TAT) a una muestra de 60 niñas que se dividió en tres grupos: un grupo de niñas abusadas físicamente y otro grupo de niñas abusadas sexualmente v/s un grupo clínico de niñas en situación de estrés, pero sin historia de abuso sexual.	Las historias fueron evaluadas en forma ciega, en dos escalas (Escala de Relaciones objetales internalizadas y la escala ARON (agresión experimentada por uno y por otros). La confiabilidad inter-observador en la puntuación de los protocolos del TAT en este estudio, usando la Escala de Relaciones Objetales Internalizada y la Escala Aron, fue entre 0,86 y 0,95 con una confiabilidad media de 0,90.	Discriminar niños abusados sexualmente de niños no abusados sexualmente.	El estudio de West encontró que no existían diferencias entre la percepción de yo y del otro en cualquiera de las sub escalas de relaciones objetales para los sujetos que habían sido abusados física o sexualmente. Sin embargo, ambos grupos en que hubo abuso, fueron significativamente diferentes del grupo estresado (grupo control). Este estudio también concluye que las niñas sexualmente abusadas fueron más positivas en su evaluación consciente de sí mismas y más negativas en su auto-evaluación inconsciente, que las niñas no abusadas. La misma comparación en el grupo clínico, mostró mayor congruencia entre las percepciones del yo conscientes e inconscientes. El TE fue encontrado usando los puntajes de la media y la desviación estándar, en 8 ítems de las Sub Escalas de

						Relaciones Objetales TE = $d_{2av}$ 1,56. Esto indica que los sujetos clínicos puntuaron 1 ½ desviaciones estándar más alto que el grupo abusado sexualmente en estos 8 ítems. Garb recalculó los TE utilizando los resultados significativos y no significativos, encontrando un TE de 1,13 a 1,28.
Garb, 2000	<b>Uso Técnicas proyectivas.</b> Réplica de West. Se aplicó el TAT a 17 niñas entre 5 y 16 años, abusadas sexualmente.	Ornduff et al, (1994) n = 42 Aplicación de una prueba proyectiva a una muestra de 42 niñas. Se compararon 17 niñas abusadas sexualmente, de 5 a 16 años, con un grupo clínico de 25 niñas de similares edades quienes no tenían una historia sexual de abuso conocida, pero que tenían problemas emocionales o conductuales.	Los investigadores utilizaron el Sistema de Puntuación de Relaciones Objetales para interpretar las narrativas del TAT. Se evaluaron cuatro dimensiones de las relaciones objetales. La confiabilidad inter-observador de cada una de las variables, para este estudio fue reportada como: CR, $r$ 5 0,82; AT, $r$ 5 0,93; CEI, $r$ 5 0,90; and USC, $r$ 5 0,85.	Discriminar niños abusados sexualmente de niños no abusados sexualmente, con trastornos de conducta y emocionales	El estudio de West encontró que utilizando las medias y las desviaciones estándar para cada grupo de cuatro variables, dio por resultado una $d = 0,41$ , el cual es un TE pequeño. Sin embargo, considerando que este estudio discrimina niños con una historia de abuso sexual de niños con una conducta perturbada, pero sin historia de abuso sexual, este es un resultado significativo. $d_{2av}$ 0,41. Garb recalculó los TE utilizando los resultados significativos y no significativos, encontrando este mismo resultado (0,41).	
Garb, 2000	<b>Uso Técnicas proyectivas.</b> Réplica de West. Se aplicó el TAT a 30 niñas abusadas sexualmente, entre 6 y 16 años.	Pistole (1994) n = 60. Aplicación de la prueba proyectiva TAT a 30 niñas abusadas sexualmente, y a 30 niñas sin historia de abuso, pero con variados problemas conductuales y emocionales.	Los protocolos del TAT de ambos grupos, fueron evaluados utilizando el sistema Fine, el cual evalúa los contenidos emocionales.	Discriminar niños abusados sexualmente de niños no abusados sexualmente, con trastornos de conducta y emocionales.	El estudio de West encontró que la preocupación sexual y la culpa distinguieron en forma significativa al grupo abusado sexualmente, del grupo clínico que no tenía historia de abuso. La preocupación sexual fue calculada como: $d$ 0,74 y la	

						culpa como $d$ 0,55, lo que dio un promedio de 0,65, un TE medio. El grupo de niñas abusadas sexualmente obtuvo un puntaje mayor a 2/3 de una DS sobre el grupo clínico en ambas variables. Garb recalculó los TE utilizando los resultados significativos y no significativos,) encontró un TE de 0,30.
1	Garb 2000	<b>Uso Técnicas proyectivas.</b> Réplica de West. Se aplicó el <b>TAT</b> a un grupo de niñas entre 4 y 16 años abusadas sexualmente, con el propósito de examinar las relaciones objetales. La población corresponde a niñas que reciben atención en la Sociedad de Ayuda a niños en la región de Toronto.	Henderson (1990) n = 112. Aplicación de la prueba proyectiva TAT a 56 niñas abusadas sexualmente y 56 niñas sin historia de abuso sexual.	Este fue un estudio muy complejo con resultados que en ocasiones presentó resúmenes de descripciones estadísticas poco claros. Los resultados de este estudio fueron presentados de forma tan condensada que en algunos casos resultó imposible para el lector saber lo que el investigador quiso decir.	Discriminar abuso sexual.	El estudio de West encontró que los resultados mostraron diferencias significativas entre las relaciones objetales de las niñas abusadas sexualmente y las niñas no abusadas. Estas diferencias estuvieron, en su mayoría, en la dirección esperada: la relación con el padre para las niñas abusadas sexualmente, tendieron a ser más ambivalentes, afectivas y sexualizadas que la relación padre-hija de las niñas no abusadas. Las niñas abusadas sexualmente, mostraron más hostilidad, rivalidad, y resistencia en sus relaciones maternas, en comparación con las niñas no abusadas. Finalmente, en sus representaciones del Yo, las niñas abusadas sexualmente mostraron mayor indefensión y sentimientos de inadecuación. Este estudio tiene un TE medio, es decir, 0,53 ( $\frac{1}{2}$ DS entre grupos).

						Garb recalculó los TE utilizando los resultados significativos y no significativos y encontró un valor de 0,10 a 0,37 (estimaciones del límite inferior y del límite superior).
1	Garb 2000	<b>Uso Técnicas proyectivas.</b> Réplica de West. Se aplicó el RO a niñas de 9 a 16 años.	Zivney 1988, n = 152. Se investigaron las posibles diferencias en los resultados de RO de las niñas cuya edad de abuso comenzó antes de los 9 años, aquellas cuyo abuso comenzó después de los 9 años v/s las niñas que presentaban problemas conductuales y psicológicos, pero sin historia de abuso. Este fue el único estudio que utilizó el RO e incluyó un grupo de comparación de niñas que estaban en terapia, pero que no habían sido sexualmente abusadas.	A pesar de que este estudio es presentado en esta RS, no fue usado en el metaanálisis y no fue posible computar un TE.	Discriminar abuso sexual en niñas y nivel de patología.	El estudio de West encontró que la información sugiere que hubo diferencias entre la patología en las víctimas con abuso temprano y con abuso tardío, donde las víctimas con abuso temprano mostraron un funcionamiento psicológico más primitivo. La información del autor apoya las observaciones de muchos otros quienes notaron que el daño causado a los niños sexualmente abusados varía y que la sintomatología no puede ser circunscrita en forma estrecha. El estudio tiene un TE medio: 0,69. El grupo de niñas abusadas sexualmente, fue evaluado con una <i>DS</i> de 2/3 más alta que la del grupo clínico en las cinco variables del RO. Estos investigadores condujeron un estudio de seguimiento que explora las características del abuso que están asociadas con un daño psicológico mayor. Se encontraron cinco variables que están significativamente relacionadas con la patología severa: número de

						perpetradores, número de incidentes, tasa de abuso, edad de la niña al comienzo del abuso y el status marital del cuidador. Los autores reportan que el 22% de la varianza en los puntajes más altos de patología para el grupo de niñas abusadas sexualmente, se relaciona con la severidad de las cuatro variables sexuales. Garb recalculó los TE utilizando los resultados significativos y no significativos y encontró un TE de 0,03 a 0,35 (estimaciones del límite inferior y del límite superior).
1	Garb 2000	<b>Uso Técnicas proyectivas.</b> Réplica de West. Se aplicó el RO A niñas entre 5 y 16 años de edad.	Leifer 1991, n = 116. Aplicación de prueba proyectiva RO a niñas abusadas sexualmente, v/s pacientes médicos sin problemas conductuales ni psicológicos y sin historia de abuso.	A pesar de que este estudio incluyó un grupo de comparación, de pacientes médicos sin problemas conductuales, ni psicológicos, y sin historia de abuso sexual, no incluyó un grupo de comparación de niñas abusadas sexualmente con problemas psicológicos y conductuales. Los evaluadores fueron ciegos respecto del grupo en el que se encontraba el sujeto. D fue promediada para las nueve variables. La confiabilidad inter-observador fue de 0,79-0,96, con una media de 0,87, en estas variables.	Pesquisar niñas abusadas sexualmente (funcionamiento psicológico).	El estudio de West encontró que las niñas abusadas sexualmente experimentaban más demandas emocionales, estrés, depresión, disforia y ansiedad que las niñas no abusadas. Hubo más pensamiento perturbado y evaluación de realidad alterada en el grupo sexualmente abusado. Las niñas abusadas experimentaron relaciones más hostiles y perturbadas y tuvieron más preocupaciones sobre su cuerpo que en el caso de sus contrapartes no abusadas. Una implicancia de este estudio, es que el abuso sexual tiene un impacto negativo en las percepciones y

						relaciones interpersonales de la víctima. TE medio de 0,77. El grupo de niñas abusadas sexualmente alcanzó una DS $\frac{3}{4}$ más alta en las nueve variables del RO evaluadas, comparado con el grupo no abusado sexualmente, utilizando el mismo instrumento. Garb recalculó los TE utilizando los resultados significativos y no significativos, encontró un TE de 0,44.
1	Garb 2000	<b>Uso Técnicas proyectivas.</b> Réplica de West. Aplicación de RO a niños y niñas entre 8 y 16 años.	Zimmerman 1994, n =8. Aplicación de test proyectivo RO. Diseños cuasi-experimentales. Se compararon los protocolos de RO de seis niñas abusadas sexualmente y dos niños abusados sexualmente en tratamiento residencial, con las normas Exner (1990), el grupo de niños abusados de Leifer (1991) y de Zivney (1988).	En el texto no se menciona ningún aspecto sobre calidad metodológica de este estudio.	Pesquisar niños abusados sexualmente con RO.	El estudio de West encontró que Zimmerman y Dillard concluyeron que sus grupos alcanzaron un puntaje similar a los del grupo de Leifer y sus colegas, mostrando un daño similar en el funcionamiento del ego, en la capacidad de manejo, en los niveles de estrés afectivo y en las preocupaciones corporales. El grupo residencial de este estudio fue comparado con el primer grupo de Zivney y sus colegas. Se encontró que el grupo residencial exhibía patología más severa que el grupo abusado de Zivney. Los sujetos de este estudio estaban preocupados por sus cuerpos, tenían una auto-imagen dañada y sufrían de desajustes perceptivos. La DS de los niños del grupo control, tuvieron una <i>DS</i> más alta que

						el grupo de niños abusados sexualmente, en tres variables del RO (EA, F1%, AFR). TE de 1,52, indica que el grupo sexualmente abusado estaba cerca de dos DS más alto que el grupo control, en las otras seis variables (X-%, D, DEPI, Lambda, Barrier, Penetration). Garb recalculó los TE utilizando los resultados significativos y no significativos y encontró un TE de 0,86.
1	Garb 2000	<b>Uso Técnicas proyectivas.</b> Réplica de West. Niños y niñas entre 6 y 12 años. Se aplicó el Test de la Figura Humana.	Chantler 1993. n =102. Este estudio fue diseñado con tres grupos de niños, todos entre 6 y 12 años: un grupo de niños abusados sexualmente, un grupo de niños sin abuso sexual que recibe atención en el área de la salud mental y un grupo de estudiantes de educación pública.	En el texto no se menciona ningún aspecto sobre calidad metodológica de este estudio.	Pesquisar abuso sexual en niños y niñas.	El estudio de West calculó sólo dos TE. El TE para el grupo de niños abusados sexualmente y el grupo en tratamiento, en ambas variables fue de 0,51 y para el grupo de niños abusados sexualmente y el grupo normal fue de 0,89. Nuevamente sigue la tendencia de un mayor TE medido entre el grupo de niños abusados sexualmente y el grupo normal y más bajo cuando se observa al grupo de niños abusados sexualmente y el grupo clínico. Garb recalculó los TE utilizando los resultados significativos y no significativos, encontró un TE de 0,89 a 0,51, (valor de d para niños abusados sexualmente, versus grupo normal = 0,89. Valor de d para niños abusados sexualmente versus grupo

						clínico de niños no abusados = 0,51).
1	Garb 2000	<b>Uso Técnicas proyectivas.</b> Réplica de West. Se aplicó el Test Draw-a-Man, a niños y niñas entre 5 y 8 años abusados sexualmente.	Hibbard 1990, n =129. El diseño incluyó 65 niños abusados sexualmente en el grupo clínico y 64 sujetos reclutados en una clínica pediátrica. Se le solicitó a cada niño dibujar una persona y luego hacer un dibujo de una persona del sexo opuesto.	El estudio reportó una confiabilidad inter-observador de 94% (indicadores encontrados en el primero dibujo fueron encontrados en el segundo dibujo).	Distinguir niños/as abusados /as sexualmente de niños/as no abusados.	El estudio de West encontró que los indicadores de ansiedad discriminaron entre los dos grupos. TE = 0,35 (pequeño). Garb recalculó los TE utilizando los resultados significativos y no significativos, encontró un TE de 0,20.
1	Garb 2000	<b>Uso Técnicas proyectivas.</b> Réplica de West. Se aplicó el Hand Test a niñas entre 6 y 17 años.	Rasch 1989, n =48. 24 niñas abusadas sexualmente que estaban en un centro de tratamiento de un hospital o en terapia privada y 24 niñas reclutadas de un colegio público sin historia de abuso.	Los protocolos fueron codificados y evaluados en forma ciega en todas las variables cuantitativas del Hand Test.	Distinguir niñas abusadas sexualmente de niñas no abusadas.	El estudio de West encontró que hay diferencias significativas entre los dos grupos. Las niñas abusadas sexualmente obtuvieron un puntaje significativamente más alto que las niñas no abusadas en seis variables (afecto, actividad, medio ambiente, conducta desadaptativa, repetición y número de respuestas.) El Hand Test clasificó en forma correcta a 83,3% de las niñas abusadas sexualmente y no abusadas en sus respectivos grupos. El TE fue de 0,74 (mediano) Los resultados se consideran impresionantes y útiles en la evaluación de niños abusados sexualmente con el Hand Test. Garb recalculó los TE utilizando los resultados significativos y no significativos, encontró un TE de 0,11.
1	Garb	<b>Uso Técnicas</b>	Allan 1986, n =20. Dos	Los evaluadores, ordenaron	Detectar niños	El estudio de West encontró

	2000	<b>proyectivas.</b> Réplica de West. Niños y niñas entre 9 y 10 años. Se aplicó la Estrategia de Visualización del Rosal.	grupos de 10 niños de cuarto y quinto grado: Hábiles (se lleva bien con el profesor y pares y muestra una capacidad de desarrollo promedio para aprender habilidades)/ No hábiles (fracaso en llevarse bien con profesor y pares y en manejarse con habilidades de trabajo necesarias en su nivel escolar. De los 10 niños no hábiles, 5 habían sido abusados sexualmente y 1 físicamente. Uno había sido víctima de negligencia severa.	correctamente 18 de los 20 sujetos en los grupos de "hábiles"/"no hábiles", al analizar tanto los dibujos como las descripciones verbales.	abusados (no hábiles).	que el TE 0,96 (grande), indica que los "no hábiles", la mitad de los cuales había sido sexualmente abusados, obtuvieron casi una desviación estándar más alta que los "hábiles". TE según West: 0,96. Garb recalculó los TE utilizando los resultados significativos y no significativos y obtuvo un TE con un rango de 0,38 a 0,96 (estimaciones del límite inferior y del límite superior).
1	Garb 2000	<b>Uso Técnicas proyectivas.</b> Réplica de West. Niños y niñas de 6 a 13 años de edad. Se aplicó el dibujo de la familia cinética. Se evaluaron los dibujos hechos por los niños(a) y por sus madres.	Hackbarth 1991, n = 60, 30 en terapia por abuso sexual y 30 niños clasificados como normales, de una escuela pública de Texas.	En el texto no se menciona ningún aspecto sobre calidad metodológica de este estudio.	Discriminar niños (as) abusados sexualmente.	El estudio de West encontró que TE de 0,93 (grande). Las madres de niñas abusadas sexualmente evaluaron la vida familiar de mucha mayor calidad que las de sus hijas. Las evaluaciones de las madres de los sujetos sin abuso fueron más similares a las de sus hijos e hijas. Garb recalculó los TE utilizando los resultados significativos y no significativos y encontró un TE de 0,48.
6	West 1998	<b>Uso de técnicas proyectivas.</b> Se aplicó el RO (relación objetal) a niñas de 9 a 16 años.	Zivney 1988, n = 152. Se investigaron las posibles diferencias en los resultados de RO de las niñas cuya edad de abuso comenzó antes de los 9 años, aquellas cuyo abuso comenzó después de los 9 años v/s	A pesar de que este estudio es presentado en esta RS, no fue usado en el metaanálisis y no fue posible computar un TE.	Pesquisar abuso sexual en niñas y nivel de patología.	La información sugiere que hubo diferencias entre la patología en las víctimas con abuso temprano y con abuso tardío, donde las víctimas con abuso temprano, mostraron un funcionamiento psicológico más primitivo. La información

			<p>las niñas que presentaban problemas conductuales y psicológicos, pero sin historia de abuso. Este fue el único estudio que utilizó el RO e incluyó un grupo de comparación de niñas que estaban en terapia, pero que no habían sido sexualmente abusadas.</p>			<p>del autor apoya las observaciones de muchos otros quienes notaron que el daño causado a los niños sexualmente abusados varía y que la sintomatología no puede ser circunscrita en forma estrecha. El estudio tiene un TE medio: 0,69. El grupo de niñas abusadas sexualmente, fue evaluado con una <i>DS</i> de 2/3 más alta que la del grupo clínico en las cinco variables del RO. Estos investigadores, condujeron un estudio de seguimiento que explora las características del abuso que están asociadas con un daño psicológico mayor. Se encontraron cinco variables que están significativamente relacionadas con la patología severa: número de perpetradores, número de incidentes, tasa de abuso, edad de la niña al comienzo del abuso y el status marital del cuidador. Los autores reportan que el 22% de la varianza en los puntajes más altos de patología para el grupo de niñas abusadas sexualmente, se relaciona con la severidad de las cuatro variables sexuales.</p>
6	West 1998	<p><b>Uso de técnicas proyectivas.</b> Se aplicó el RO a niñas entre 5 y 16 años de edad.</p>	<p>Leifer 1991, n = 116. Aplicación de prueba proyectiva RO a niñas abusadas sexualmente, v/s</p>	<p>A pesar de que este estudio incluyó un grupo de comparación de pacientes médicos sin problemas</p>	<p>Pesquisar niñas abusadas sexualmente (funcionamiento)</p>	<p>Se encontró que las niñas abusadas sexualmente, experimentaban más demandas emocionales,</p>

			pacientes médicos sin problemas conductuales ni psicológicos y sin historia de abuso.	conductuales ni psicológicos, y sin historia de abuso sexual, no incluyó un grupo de comparación de niñas abusadas sexualmente con problemas psicológicos y conductuales. Los evaluadores fueron ciegos respecto del grupo en el que se encontraba el sujeto. D fue promediada para las nueve variables. La confiabilidad inter-observador fue de 0,79-0,96, con una media de 0,87, en estas variables.	psicológico).	estrés, depresión, disforia y ansiedad que las niñas no abusadas. Hubo más pensamiento perturbado y evaluación de realidad alterada en el grupo sexualmente abusado. Las niñas abusadas experimentaron relaciones más hostiles y perturbadas y tuvieron más preocupaciones sobre su cuerpo que en el caso de sus contrapartes no abusadas. Una implicancia de este estudio, es que el abuso sexual tiene un impacto negativo en las percepciones y relaciones interpersonales de la víctima. d1av 0,77, TE medio. El grupo de niñas abusadas sexualmente alcanzó una DS ¾ más alta en las nueve variables del RO evaluadas, comparado con el grupo no abusado sexualmente, utilizando el mismo instrumento.
6	West 1998	<b>Uso de técnicas proyectivas.</b> Aplicación de RO a niños y niñas entre 8 y 16 años.	Zimmerman 1994, n =8. Aplicación de test proyectivo RO. Diseños cuasi-experimental. Se compararon los protocolos de RO de seis niñas abusadas sexualmente y dos niños abusados sexualmente en tratamiento residencial, con las normas Exner (1990), el grupo de niños abusados de Leifer (1991) y	En el texto no se menciona ningún aspecto sobre calidad metodológica de este estudio.	Pesquisar niños abusados sexualmente con RO.	Zimmerman y Dillard concluyeron que sus grupos alcanzaron un puntaje similar a los del grupo de Leifer y sus colegas, mostrando un daño similar en el funcionamiento del ego, en la capacidad de manejo, en los niveles de estrés afectivo y en las preocupaciones corporales. El grupo residencial de este estudio fue comparado con el

			de Zivney (1988).			primer grupo de Zivney y sus colegas. Se encontró que el grupo residencial exhibía patología más severa que el grupo abusado de Zivney. Los sujetos de este estudio estaban preocupados por sus cuerpos, tenían una auto-imagen dañada y sufrían de desajustes perceptivos. La DS de los niños del grupo control, tuvieron una DS más alta que el grupo de niños abusados sexualmente, en tres variables del RO (EA, F1%, AFR). d1av 0,99, indica que el grupo sexualmente abusado estaba cerca de dos DS más alto que el grupo control, en las otras seis variables (X-%, D, DEPI, Lambda, Barrier, Penetration).
6	West 1998	<b>Uso de técnicas proyectivas.</b> Niños y niñas entre 6 y 12 años. Se aplicó el Test de la Figura Humana.	Chantler 1993, n =102. Este estudio fue diseñado con tres grupos de niños, todos entre 6 y 12 años: un grupo de niños abusados sexualmente, un grupo de niños sin abuso sexual que recibe atención en el área de la salud mental y un grupo de estudiantes de educación pública.	En el texto no se menciona ningún aspecto sobre calidad metodológica de este estudio.	Pesquisar abuso sexual en niños y niñas.	Se calcularon sólo dos TE. El TE para el grupo de niños abusados sexualmente y el grupo en tratamiento, en ambas variables fue de d2av 0,51 y para el grupo de niños abusados sexualmente y el grupo normal fue de d1av 0,89. Nuevamente sigue la tendencia de un mayor TE medido entre el grupo de niños abusados sexualmente y el grupo normal y más bajo cuando se observa al grupo de niños abusados sexualmente y el grupo clínico.
6	West 1998	<b>Uso de técnicas proyectivas.</b> Se aplicó el	Hibbard 1990, n =129. El diseño incluyó 65 niños	El estudio reportó una confiabilidad inter-	Distinguir niños/as abusados /as	Se encontró que los indicadores de ansiedad

		Test Draw-a-Man, a niños y niñas entre 5 y 8 años abusados sexualmente.	abusados sexualmente en el grupo clínico y 64 sujetos reclutados en una clínica pediátrica. Se le solicitó a cada niño dibujar una persona y luego hacer un dibujo de una persona del sexo opuesto.	observador de 94% (indicadores encontrados en el primero dibujo fueron encontrados en el segundo dibujo).	sexualmente de niños/as no abusados.	discriminaron entre los dos grupos; TE = 0,35 (pequeño) p=0,05.
6	West 1998	<b>Uso de técnicas proyectivas.</b> Se aplicó el Hand Test a niñas entre 6 y 17 años.	Rasch 1989, n=48. 24 niñas abusadas sexualmente que estaban en un centro de tratamiento de un hospital o en terapia privada y 24 niñas reclutadas de un colegio público sin historia de abuso.	Los protocolos fueron codificados y evaluados en forma ciega en todas las variables cuantitativas del Hand Test	Distinguir niñas abusadas sexualmente de niñas no abusadas.	Se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos. Las niñas abusadas sexualmente obtuvieron un puntaje significativamente más alto que las niñas no abusadas en seis variables (afecto, actividad, medio ambiente, conducta desadaptativa, repetición y número de respuestas). El Hand Test clasificó en forma correcta el 83,3% de las niñas abusadas sexualmente y no abusadas en sus respectivos grupos. El TE fue de 0,74 (mediano). Los resultados se consideran impresionantes y útiles en la evaluación de niños abusados sexualmente con el Hand Test.
6	West 1998	<b>Uso de técnicas proyectivas.</b> Niños y niñas entre 9 y 10 años. Se aplicó la Estrategia de Visualización del Rosal	Allan 1986, n =20. Dos grupos de 10 niños de cuarto y quinto grado: Hábiles (se lleva bien con el profesor y pares y muestra una capacidad de desarrollo promedio para aprender habilidades)/ No hábiles (fracaso en llevarse bien con profesor y pares y en	Los evaluadores, ordenaron correctamente 18 de los 20 sujetos en los grupos de "hábiles"/"no hábiles", al analizar tanto los dibujos como las descripciones verbales.	Detectar niños abusados (no hábiles).	TE 0,96 (grande), indica que los "no hábiles", la mitad de los cuales había sido sexualmente abusados, obtuvieron casi una desviación estándar más alta que los "hábiles".

			manejarse con habilidades de trabajo necesarias en su nivel escolar). De los 10 niños no hábiles, 5 habían sido abusados sexualmente y 1 físicamente. Uno había sido víctima de negligencia severa.			
6	West 1998	<b>Uso de técnicas proyectivas.</b> Niños y niñas de 6 a 13 años de edad. Se aplicó el dibujo de la familia cinética. Se evaluaron los dibujos hechos por los niños(a) y por sus madres.	Hackbarth 1991, n = 60. 30 en terapia por abuso sexual y 30 niños clasificados como normales, de una escuela pública de Texas.	En el texto no se menciona ningún aspecto sobre calidad metodológica de este estudio.	Discriminar niños (as) abusados sexualmente.	TE de 0,93 (grande). Las madres de niñas abusadas sexualmente, evaluaron la vida familiar de mucha mayor calidad que las de sus hijas. Las evaluaciones de las madres de los sujetos sin abuso fueron más similares a las de sus hijos e hijas.

### 9.6.2 Estudios primarios

#	Estudio	Características	Variable de resultado	Efecto
3	Bruening, 1997	<b>Niñas</b> entre 6 y 17 años, se realiza comparación de los puntajes de los protocolos según el estado de abuso y descripción de la condición del caso. Se evalúan los cuatro grupos que realizan el <b>dibujo de figura humana</b> . (Grupos ASA, niñas abusadas informadas como abusadas. ANSA, niñas abusadas informadas como no abusadas; PSA, niñas no abusadas informadas como abusadas y PNSA, niñas no abusadas informadas como no abusadas.	Puntajes obtenido en los dibujos	Todas las muestras obtuvieron puntajes que las categorizan dentro de la necesidad de mayor evaluación. ASA: 55 PNSA: 4 PSA: 2 ANSA: 3
3	Bruening, 1997	<b>Niñas</b> entre 6 y 17 años, se realiza comparación de los puntajes de los protocolos según el estado de abuso y descripción de la	Efecto de interacción entre estatus de abuso o descripción del caso.	El efecto de interacción no es significativo. No hay un efecto principal del estatus de abuso o descripción del caso. $F(2,72) = 4,32, p < 0,02$ .

		condición del caso. Se evalúan los cuatro grupos que realizan el <b>dibujo de figura humana</b> . (Grupos ASA, niñas abusadas informadas como abusadas. ANSA, niñas abusadas informadas como no abusadas; PSA, niñas no abusadas informadas como abusadas y PNSA, niñas no abusadas informadas como no abusadas.		
3	Bruening, 1997	<b>Niñas</b> entre 6 y 17 años, se realiza comparación de los puntajes de los protocolos según el estado de abuso y descripción de la condición del caso. Se evalúan los cuatro grupos que realizan el <b>dibujo de figura humana</b> . (Grupos ASA, niñas abusadas informadas como abusadas. ANSA, niñas abusadas informadas como no abusadas; PSA, niñas no abusadas informadas como abusadas y PNSA, niñas no abusadas informadas como no abusadas.	Efecto de interacción entre estatus de abuso, descripción del caso y tipo de figura.	Interacción significativa entre el estatus de abuso (abusadas v/s no abusadas), la descripción del caso (actual o pretendida) y el tipo de la figura (hombre, mujer o sí mismo). (IS) = 4,25, $p < 0,85$
3	Bruening, 1997	<b>Niñas</b> entre 6 y 17 años, se realiza comparación de los puntajes de los protocolos según el estado de abuso y descripción de la condición del caso. Se evalúan los cuatro grupos que realizan el <b>dibujo de figura humana</b> . (Grupos ASA, niñas abusadas informadas como abusadas. ANSA, niñas abusadas informadas como no abusadas; PSA, niñas no abusadas informadas como abusadas y PNSA, niñas no abusadas informadas como no abusadas.	Puntaje figura del hombre	Los puntajes dados a la figura del hombre en los protocolos de niñas abusadas informadas como abusadas fueron significativamente menores que los puntajes de los protocolos de niñas no abusadas informadas como abusadas. No se informa de valores específicos.
6	Garnefski, 1997	Incluyó 1490 estudiantes de escuelas secundarias, de los Países Bajos (Holanda), con edades entre 12 a 19 años, 745 con historia de abuso sexual (151 varones y 594 niñas) pareados con 745 estudiantes sin una historia de este tipo. Se administró un cuestionario basado en el Monitoring-the-Future Questionnaire para identificar problemas de salud mental.	Prevalencia de problemas de salud mental: problemas emocionales, agresividad y comportamientos delictivos, la adicción a conductas de riesgo, y tendencias suicidas.	Los resultados sugieren que hubo una fuerte asociación entre ser víctimas de abusos sexuales y la existencia de un problema de salud mental en ambos sexos, siendo más acentuados en los niños que en las niñas. La tasa prevalencia de conductas agresivas y criminales, entre las mujeres víctimas de abuso sexual, fue de 25,3% y de 41,1% para problemas emocionales. En tanto que para los niños fue de

				<p>58,4% y 43,3% respectivamente. Estas diferencias también son significativas tanto para los hombres como para las mujeres al compararlos con sus homólogos del mismo sexo pero sin abuso sexual. Para las niñas los odds ratios fueron de 2,3 (la adición de conductas de riesgo) a 4,8 (tendencias suicidas), comparadas con sus homólogas sin antecedentes de abuso sexual. Los odds ratios en los hombres fueron de (5,9) para problemas emocionales y (10,8) pensamientos y comportamiento suicida entre los niños víctimas de abusos sexuales en relación a los niños que no reportaron ser víctima de abuso sexual. Análisis de varianza confirmó que niños y niñas abusados sexualmente difieren significativamente de sus contrapartes no abusados con respecto al número de categorías en las que se informó de problemas (<math>F [1,1483] = 331,708, p = 0,000</math>). Hubo un importante efecto de género (<math>F [1,1483] = 60,441, p = 0,000</math>) y una interacción significativa entre el abuso sexual y de género (<math>F [1,1483] = 8,55; p = 0,004</math>). Hombres adolescentes víctimas de abusos sexuales informó el mayor número de problemas (media = 2,02) seguido por mujeres víctimas de abusos sexuales adolescentes (media = 1,33). El número medio de problemas reportados por los niños víctimas de abusos sexuales y las niñas es más de 2,5 veces superior al que informaron su homólogos no- abusados sexualmente.</p>
7	Sim, 2005	<p>Muestra normativa: 1293 niños entre 4 y 12 años y sus madres.  Muestra clínica general: 419 niños de 9 a 12 años, pacientes para evaluación psiquiátrica o psicológica y sus madres.  Muestra de la comunidad: 629 niños entre 4 y 12 años, reclutados en las salas de espera de pediatría comunitaria y medicina familiar, y 34 madres.</p>	Medición de estrés post traumático según expertos.	<p>Análisis CBCL, se identificaron como buena medida de estrés post traumático los ítems: 9, 29, 45, 47, 50, 76 y 100. Para la subescala de PTSD se obtuvo un coeficiente Alpha de Cronbach de 0,74 y con el análisis de factor confirmatorio (CFI) fue de 0,91.</p>

		<p>Muestra psiquiátrica: 431 niños entre 4 y 12 años cuyo cuidador principal niega alguna sospecha de abuso sexual.</p> <p>Muestra sexualmente abusada: 409 niños entre 4 y 12 años con historia confirmada de abuso sexual, la mayoría dentro de los pasados 12 meses.</p> <p>Estudio 1</p> <p>Desarrollo de subescalas de estrés post traumático y de disociación a través de juicio de expertos y análisis de factor confirmatorio.</p>		
7	Sim, 2005	<p>Muestra normativa: 1293 niños entre 4 y 12 años y sus madres.</p> <p>Muestra clínica general: 419 niños de 9 a 12 años, pacientes para evaluación psiquiátrica o psicológica y sus madres.</p> <p>Muestra de la comunidad: 629 niños entre 4 y 12 años, reclutados en las salas de espera de pediatría comunitaria y medicina familiar, y 34 madres.</p> <p>Muestra psiquiátrica: 431 niños entre 4 y 12 años cuyo cuidador principal niega alguna sospecha de abuso sexual.</p> <p>Muestra sexualmente abusada: 409 niños entre 4 y 12 años con historia confirmada de abuso sexual, la mayoría dentro de los pasados 12 meses.</p> <p>Estudio 1: Desarrollo de subescalas de estrés post traumático y de disociación a través de juicio de expertos y análisis de factor confirmatorio y coeficiente alfa.</p>	Medición de disociación según expertos.	Análisis CBCL, se identificó como buena medida de disociación los ítems: 13, 17 y 80. Para la subescala de disociación se obtuvo un coeficiente Alpha de Cronbach de 0,70 y no se realizó el análisis de factor confirmatorio (CFI).
7	Sim, 2005	<p>Muestra normativa: 1293 niños entre 4 y 12 años y sus madres.</p> <p>Muestra clínica general: 419 niños de 9 a 12 años, pacientes para evaluación psiquiátrica o psicológica y sus madres.</p> <p>Muestra de la comunidad: 629 niños entre 4 y 12 años, reclutados en las salas de espera de pediatría comunitaria y medicina familiar, y 34</p>	Medición de estrés post traumático y disociación según expertos.	<p>Análisis CBCL, se identificaron como buenas medidas de estrés post traumático y disociación los ítems: 8, 9, 13, 17, 29, 40, 45, 47, 50, 66, 76, 80, 84, 87, 92 y 100.</p> <p>Para la escala de PTSD/disociación se informa un coeficiente alfa de 0,85 y un CFI de 0,91.</p> <p>El coeficiente alfa de Cronbach se calculó 0,74 a 0,88.</p>

		<p>madres.</p> <p>Muestra psiquiátrica: 431 niños entre 4 y 12 años cuyo cuidador principal niega alguna sospecha de abuso sexual.</p> <p>Muestra sexualmente abusada: 409 niños entre 4 y 12 años con historia confirmada de abuso sexual, la mayoría dentro de los pasados 12 meses.</p> <p>Estudio 1: Desarrollo de subescalas de estrés post traumático y de disociación a través de juicio de expertos y análisis de factor confirmatorio y coeficiente alfa.</p>		
7	Sim, 2005	<p>Muestra normativa: 1293 niños entre 4 y 12 años y sus madres.</p> <p>Muestra clínica general: 419 niños de 9 a 12 años, pacientes para evaluación psiquiátrica o psicológica y sus madres.</p> <p>Muestra de la comunidad: 629 niños entre 4 y 12 años, reclutados en las salas de espera de pediatría comunitaria y medicina familiar, y 34 madres.</p> <p>Muestra psiquiátrica: 431 niños entre 4 y 12 años cuyo cuidador principal niega alguna sospecha de abuso sexual.</p> <p>Muestra sexualmente abusada: 409 niños entre 4 y 12 años con historia confirmada de abuso sexual, la mayoría dentro de los pasados 12 meses.</p> <p>Estudio 1: Desarrollo de subescalas de estrés post traumático y de disociación a través de juicio de expertos y análisis de factor confirmatorio y coeficiente alfa.</p>	CFI y alfa para sub escala de estrés post traumático.	Coeficiente alfa de Cronbach 0,74 y CFI 0,91.
7	Sim, 2005	<p>Muestra normativa: 1293 niños entre 4 y 12 años y sus madres.</p> <p>Muestra clínica general: 419 niños de 9 a 12 años, pacientes para evaluación psiquiátrica o psicológica y sus madres.</p> <p>Muestra de la comunidad: 629 niños entre 4 y 12 años, reclutados en las salas de espera de</p>	CFI y alfa para sub escala de disociación.	Coeficiente alfa de Cronbach 0,70 y el CFI no pudo ser calculado ya que con sólo 3 ítems hay 0 grados de libertad y por lo tanto chi cuadrado no arroja fit index.

		<p>pediatría comunitaria y medicina familiar, y 34 madres.</p> <p>Muestra psiquiátrica: 431 niños entre 4 y 12 años cuyo cuidador principal niega alguna sospecha de abuso sexual.</p> <p>Muestra sexualmente abusada: 409 niños entre 4 y 12 años con historia confirmada de abuso sexual, la mayoría dentro de los pasados 12 meses.</p> <p>Estudio 1: Desarrollo de subescalas de estrés post traumático y de disociación a través de juicio de expertos y análisis de factor confirmatorio y coeficiente alfa</p>		
7	Sim, 2005	<p>Muestra normativa: 1293 niños entre 4 y 12 años y sus madres.</p> <p>Muestra clínica general: 419 niños de 9 a 12 años, pacientes para evaluación psiquiátrica o psicológica y sus madres.</p> <p>Muestra de la comunidad: 629 niños entre 4 y 12 años, reclutados en las salas de espera de pediatría comunitaria y medicina familiar, y 34 madres.</p> <p>Muestra psiquiátrica: 431 niños entre 4 y 12 años cuyo cuidador principal niega alguna sospecha de abuso sexual.</p> <p>Muestra sexualmente abusada: 409 niños entre 4 y 12 años con historia confirmada de abuso sexual, la mayoría dentro de los pasados 12 meses.</p> <p>Estudio 1: Desarrollo de subescalas de estrés post traumático y de disociación a través de juicio de expertos y análisis de factor confirmatorio y coeficiente alfa</p>	CFI y alfa para sub escala combinada de estrés post traumático y disociación.	Coefficiente alfa de Cronbach 0,85 y un CFI 0,91
7	Sim, 2005	<p>Muestra normativa: 1293 niños entre 4 y 12 años y sus madres.</p> <p>Muestra clínica general: 419 niños de 9 a 12 años, pacientes para evaluación psiquiátrica o psicológica y sus madres.</p> <p>Muestra de la comunidad: 629 niños entre 4 y</p>	Correlación entre subescalas, validez.	La sub escala de estrés post traumático se correlaciona significativamente con la de disociación. R =0,52

		<p>12 años, reclutados en las salas de espera de pediatría comunitaria y medicina familiar, y 34 madres.</p> <p>Muestra psiquiátrica: 431 niños entre 4 y 12 años cuyo cuidador principal niega alguna sospecha de abuso sexual.</p> <p>Muestra sexualmente abusada: 409 niños entre 4 y 12 años con historia confirmada de abuso sexual, la mayoría dentro de los pasados 12 meses.</p> <p>Estudio 2: Validación de las subescalas de estrés post traumático y disociación derivadas del análisis factorial.</p>		
7	Sim, 2005	<p>Muestra normativa: 1293 niños entre 4 y 12 años y sus madres.</p> <p>Muestra clínica general: 419 niños de 9 a 12 años, pacientes para evaluación psiquiátrica o psicológica y sus madres.</p> <p>Muestra de la comunidad: 629 niños entre 4 y 12 años, reclutados en las salas de espera de pediatría comunitaria y medicina familiar, y 34 madres.</p> <p>Muestra psiquiátrica: 431 niños entre 4 y 12 años cuyo cuidador principal niega alguna sospecha de abuso sexual.</p> <p>Muestra sexualmente abusada: 409 niños entre 4 y 12 años con historia confirmada de abuso sexual, la mayoría dentro de los pasados 12 meses.</p> <p>Estudio 2: Validación de las subescalas de estrés post traumático y disociación derivadas del análisis factorial.</p>	Correlación entre subescalas, validez.	La escala de disociación se correlaciona significativamente con la subescala combinada estrés post traumático/disociación. R =0,36.
7	Sim, 2005	<p>Muestra normativa: 1293 niños entre 4 y 12 años y sus madres.</p> <p>Muestra clínica general: 419 niños de 9 a 12 años, pacientes para evaluación psiquiátrica o psicológica y sus madres.</p> <p>Muestra de la comunidad: 629 niños entre 4 y 12 años, reclutados en las salas de espera de</p>	Habilidad de las escalas para discriminar un grupo de otro.	Las tres subescalas fueron significativas para todas las muestras. No se indican valores.

		<p>pediatría comunitaria y medicina familiar, y 34 madres.</p> <p>Muestra psiquiátrica: 431 niños entre 4 y 12 años cuyo cuidador principal niega alguna sospecha de abuso sexual.</p> <p>Muestra sexualmente abusada: 409 niños entre 4 y 12 años con historia confirmada de abuso sexual, la mayoría dentro de los pasados 12 meses.</p> <p>Estudio 2: Validación de las subescalas de estrés post traumático y disociación derivadas del análisis factorial.</p>		
7	Sim, 2005	<p>Muestra normativa: 1293 niños entre 4 y 12 años y sus madres.</p> <p>Muestra clínica general: 419 niños de 9 a 12 años, pacientes para evaluación psiquiátrica o psicológica y sus madres.</p> <p>Muestra de la comunidad: 629 niños entre 4 y 12 años, reclutados en las salas de espera de pediatría comunitaria y medicina familiar, y 34 madres.</p> <p>Muestra psiquiátrica: 431 niños entre 4 y 12 años cuyo cuidador principal niega alguna sospecha de abuso sexual.</p> <p>Muestra sexualmente abusada: 409 niños entre 4 y 12 años con historia confirmada de abuso sexual, la mayoría dentro de los pasados 12 meses.</p> <p>Estudio 2: Validación de las subescalas de estrés post traumático y disociación derivadas del análisis factorial.</p> <p>Análisis post hoc para cada ítem.</p>	<p>Escala estrés post traumático.</p>	<p>6 de los 7 ítems incluidos fueron significativamente diferentes. Se excluyó el ítem 50.</p> <p>9) No poder sacar de la mente ciertos pensamientos, obsesiones.</p> <p>29) Miedo a ciertos animales, situaciones, u otros lugares distintos del colegio.</p> <p>45) Nerviosismo, highstrung, o tensión.</p> <p>47) Pesadillas.</p> <p>50) Mucho miedo o ansiedad.</p> <p>76) Dormir menos que otros niños.</p> <p>100) Problemas para dormir.</p>
7	Sim, 2005	<p>Muestra normativa: 1293 niños entre 4 y 12 años y sus madres.</p> <p>Muestra clínica general: 419 niños de 9 a 12 años, pacientes para evaluación psiquiátrica o psicológica y sus madres.</p> <p>Muestra de la comunidad: 629 niños entre 4 y 12 años, reclutados en las salas de espera de</p>	<p>Escala disociación.</p>	<p>Los 3 ítems de disociación fueron significativamente diferentes.</p> <p>13) Aturdido o parecer estar en una niebla.</p> <p>17) Soñar despierto o perderse en los pensamientos.</p> <p>80) Mirar fijamente sin expresión.</p>

		<p>pediatría comunitaria y medicina familiar, y 34 madres.</p> <p>Muestra psiquiátrica: 431 niños entre 4 y 12 años cuyo cuidador principal niega alguna sospecha de abuso sexual.</p> <p>Muestra sexualmente abusada: 409 niños entre 4 y 12 años con historia confirmada de abuso sexual, la mayoría dentro de los pasados 12 meses.</p> <p>Estudio 2: Validación de las subescalas de estrés post traumático y disociación derivadas del análisis factorial.</p> <p>Análisis post hoc para cada ítem.</p>		
7	Sim, 2005	<p>Muestra normativa: 1293 niños entre 4 y 12 años y sus madres.</p> <p>Muestra clínica general: 419 niños de 9 a 12 años, pacientes para evaluación psiquiátrica o psicológica y sus madres.</p> <p>Muestra de la comunidad: 629 niños entre 4 y 12 años, reclutados en las salas de espera de pediatría comunitaria y medicina familiar, y 34 madres.</p> <p>Muestra psiquiátrica: 431 niños entre 4 y 12 años cuyo cuidador principal niega alguna sospecha de abuso sexual.</p> <p>Muestra sexualmente abusada: 409 niños entre 4 y 12 años con historia confirmada de abuso sexual, la mayoría dentro de los pasados 12 meses.</p> <p>Estudio 2: Validación de las subescalas de estrés post traumático y disociación derivadas del análisis factorial.</p> <p>Análisis post hoc para cada ítem.</p>	<p>Escala combinada estrés post traumático/disociación.</p>	<p>10 de los 16 ítems incluidos fueron significativamente diferentes. Se excluyó el ítem 17,29, 50, 66, 80 y 92.</p> <p>8) No poder concentrarse, no poder poner atención por mucho tiempo.</p> <p>9) No poder sacar de la mente ciertos pensamientos, obsesiones.</p> <p>13) Aturdido o parecer estar en una niebla</p> <p>17) Soñar despierto o perderse en los pensamientos</p> <p>29) Miedo a ciertos animales, situaciones, u otros lugares distinto del colegio.</p> <p>40) Escuchar voces o sonidos que no están.</p> <p>45) Nerviosismo, highstrung, o tensión.</p> <p>47) Pesadilla.</p> <p>50) Mucho miedo o ansiedad</p> <p>66) Repetir ciertos actos una y otra vez, compulsiones.</p> <p>76) Dormir menos que otros niños.</p> <p>80) Mirar fijamente sin expresión.</p> <p>84) Conductas extrañas.</p> <p>87) Cambios tempranos en el ánimo o en los sentimientos.</p> <p>92) Hablar o caminar dormido.</p> <p>100) Problemas para dormir.</p>

7	Sim, 2005	<p>Muestra normativa: 1293 niños entre 4 y 12 años y sus madres.</p> <p>Muestra clínica general: 419 niños de 9 a 12 años, pacientes para evaluación psiquiátrica o psicológica y sus madres.</p> <p>Muestra de la comunidad: 629 niños entre 4 y 12 años, reclutados en las salas de espera de pediatría comunitaria y medicina familiar, y 34 madres.</p> <p>Muestra psiquiátrica: 431 niños entre 4 y 12 años cuyo cuidador principal niega alguna sospecha de abuso sexual.</p> <p>Muestra sexualmente abusada: 409 niños entre 4 y 12 años con historia confirmada de abuso sexual, la mayoría dentro de los pasados 12 meses.</p> <p>Estudio 2: Validación de las subescalas de estrés post traumático y disociación derivadas del análisis factorial.</p> <p>Se divide la muestra por género y edad (4 a 5; 6 a 9; 10 a 12 años).</p> <p>Se calculó la diferencia de grupos para cada grupo de edad usando covarianza de ingreso familiar y educación maternal en cada una de las subescalas.</p>	Diferencias de grupo entre ambas muestras clínicas de niños en las subescalas. Ancova.	Niños hombres de ambos grupos clínicos obtuvieron un puntaje significativamente mayor que el grupo normativo F : 13,8 valor p <0,001
7	Sim, 2005	<p>Muestra normativa: 1293 niños entre 4 y 12 años y sus madres.</p> <p>Muestra clínica general: 419 niños de 9 a 12 años, pacientes para evaluación psiquiátrica o psicológica y sus madres.</p> <p>Muestra de la comunidad: 629 niños entre 4 y 12 años, reclutados en las salas de espera de pediatría comunitaria y medicina familiar, y 34 madres.</p> <p>Muestra psiquiátrica: 431 niños entre 4 y 12 años cuyo cuidador principal niega alguna sospecha de abuso sexual.</p> <p>Muestra sexualmente abusada: 409 niños entre 4 y 12 años con historia confirmada de abuso</p>	Diferencias de grupo entre ambas muestras clínicas de niñas en las subescalas. Ancova.	Puntajes de ambas muestras clínicas de niños hombres no difieren entre sí en las 3 subescalas.

		<p>sexual, la mayoría dentro de los pasados 12 meses.</p> <p>Estudio 2: Validación de las subescalas de estrés post traumático y disociación derivadas del análisis factorial.</p> <p>Se divide la muestra por género y edad (4 a 5; 6 a 9; 10 a 12 años)</p> <p>Se calculó la diferencia de grupos para cada grupo de edad usando covarianza de ingreso familiar y educación maternal en cada una de las subescalas.</p>		
7	Sim, 2005	<p>Muestra normativa: 1293 niños entre 4 y 12 años y sus madres.</p> <p>Muestra clínica general: 419 niños de 9 a 12 años, pacientes para evaluación psiquiátrica o psicológica y sus madres.</p> <p>Muestra de la comunidad: 629 niños entre 4 y 12 años, reclutados en las salas de espera de pediatría comunitaria y medicina familiar, y 34 madres.</p> <p>Muestra psiquiátrica: 431 niños entre 4 y 12 años cuyo cuidador principal niega alguna sospecha de abuso sexual.</p> <p>Muestra sexualmente abusada: 409 niños entre 4 y 12 años con historia confirmada de abuso sexual, la mayoría dentro de los pasados 12 meses.</p> <p>Estudio 2: Validación de las subescalas de estrés post traumático y disociación derivadas del análisis factorial.</p> <p>Se divide la muestra por género y edad (4 a 5; 6 a 9; 10 a 12 años)</p> <p>Se calculó la diferencia de grupos para cada grupo de edad usando covarianza de ingreso familiar y educación maternal en cada una de las subescalas.</p>	<p>Diferencias de grupo entre muestra psiquiátrica y abusados sexualmente (niños) en la subescala combinada estrés post traumático/disociación. Ancova.</p>	<p>Los niños entre 4 y 5 años del grupo psiquiátrico obtuvieron un puntaje significativamente mayor que el grupo abusado sexualmente en la subescalas estrés post traumático/disociación; <math>P &lt; 0,001</math>.</p>
7	Sim, 2005	<p>Muestra normativa: 1293 niños entre 4 y 12 años y sus madres.</p> <p>Muestra clínica general: 419 niños de 9 a 12 años</p>	<p>Diferencias de grupo entre ambas muestras clínicas en niñas en las subescalas. Ancova.</p>	<p>Niñas de ambas muestras clínicas no difieren entre sí en todas las subescalas.</p>

		<p>años, pacientes para evaluación psiquiátrica o psicológica y sus madres.</p> <p>Muestra de la comunidad: 629 niños entre 4 y 12 años, reclutados en las salas de espera de pediatría comunitaria y medicina familiar, y 34 madres.</p> <p>Muestra psiquiátrica: 431 niños entre 4 y 12 años cuyo cuidador principal niega alguna sospecha de abuso sexual.</p> <p>Muestra sexualmente abusada: 409 niños entre 4 y 12 años con historia confirmada de abuso sexual, la mayoría dentro de los pasados 12 meses.</p> <p>Estudio 2: Validación de las subescalas de estrés post traumático y disociación derivadas del análisis factorial.</p> <p>Se divide la muestra por género y edad (4 a 5; 6<sup>a</sup> 9; 10 a 12 años)</p> <p>Se calcula la diferencia de grupos para cada grupo de edad usando covarianza de ingreso familiar y educación maternal en cada una de las subescalas.</p>		
7	Sim, 2005	<p>Muestra normativa: 1293 niños entre 4 y 12 años y sus madres.</p> <p>Muestra clínica general: 419 niños de 9 a 12 años, pacientes para evaluación psiquiátrica o psicológica y sus madres.</p> <p>Muestra de la comunidad: 629 niños entre 4 y 12 años, reclutados en las salas de espera de pediatría comunitaria y medicina familiar, y 34 madres.</p> <p>Muestra psiquiátrica: 431 niños entre 4 y 12 años cuyo cuidador principal niega alguna sospecha de abuso sexual.</p> <p>Muestra sexualmente abusada: 409 niños entre 4 y 12 años con historia confirmada de abuso sexual, la mayoría dentro de los pasados 12 meses.</p> <p>Estudio 2: Validación de las subescalas de</p>	<p>Diferencias de grupo entre la muestra clínica y la normativa (niñas) en niñas en las subescalas. Ancova.</p>	<p>Niñas de ambas muestras clínicas obtuvieron un puntaje significativamente mayor que el grupo normativo; <math>P &lt; 0,001</math>.</p>

		<p>estrés post traumático y disociación derivadas del análisis factorial.</p> <p>Se divide la muestra por género y edad (4 a 5; 6 a 9; 10 a 12 años)</p> <p>Se calculó la diferencia de grupos para cada grupo de edad usando covarianza de ingreso familiar y educación maternal en cada una de las subescalas.</p>		
7	Sim, 2005	<p>Muestra normativa: 1293 niños entre 4 y 12 años y sus madres.</p> <p>Muestra clínica general: 419 niños de 9 a 12 años, pacientes para evaluación psiquiátrica o psicológica y sus madres.</p> <p>Muestra de la comunidad: 629 niños entre 4 y 12 años, reclutados en las salas de espera de pediatría comunitaria y medicina familiar, y 34 madres.</p> <p>Muestra psiquiátrica: 431 niños entre 4 y 12 años cuyo cuidador principal niega alguna sospecha de abuso sexual.</p> <p>Muestra sexualmente abusada: 409 niños entre 4 y 12 años con historia confirmada de abuso sexual, la mayoría dentro de los pasados 12 meses.</p> <p>Estudio 2: Validación de las subescalas de estrés post traumático y disociación derivadas del análisis factorial.</p> <p>Se divide la muestra por género y edad (4 a 5; 6 a 9; 10 a 12 años)</p> <p>Se calculó la diferencia de grupos para cada grupo de edad usando covarianza de ingreso familiar y educación maternal en cada una de las subescalas.</p>	Diferencias de grupo por edad en subescala disociación.	En la subescala de disociación las diferencias fueron pequeñas en el grupo más joven.
7	Sim, 2005	<p>Muestra normativa: 1293 niños entre 4 y 12 años y sus madres.</p> <p>Muestra clínica general: 419 niños de 9 a 12 años, pacientes para evaluación psiquiátrica o psicológica y sus madres.</p> <p>Muestra de la comunidad: 629 niños entre 4 y</p>	Eventos de vida estresante.	El evento de vida estresante después del bloque ingreso familiar, género, edad y estatus marital, adiciona un 1,8 – 3,2 % de la varianza; $P < 0,001$ .

		<p>12 años, reclutados en las salas de espera de pediatría comunitaria y medicina familiar, y 34 madres.</p> <p>Muestra psiquiátrica: 431 niños entre 4 y 12 años cuyo cuidador principal niega alguna sospecha de abuso sexual.</p> <p>Muestra sexualmente abusada: 409 niños entre 4 y 12 años con historia confirmada de abuso sexual, la mayoría dentro de los pasados 12 meses.</p> <p>Estudio 2: Validación de las subescalas de estrés post traumático y disociación derivadas del análisis factorial.</p> <p>Regresión múltiple para examinar la contribución de los estresores familiares, específicamente eventos de vida y abuso sexual en el estrés post traumático y la disociación. (variables dependientes: las tres subescalas).</p>		
7	Sim, 2005	<p>Muestra normativa: 1293 niños entre 4 y 12 años y sus madres.</p> <p>Muestra clínica general: 419 niños de 9 a 12 años, pacientes para evaluación psiquiátrica o psicológica y sus madres.</p> <p>Muestra de la comunidad: 629 niños entre 4 y 12 años, reclutados en las salas de espera de pediatría comunitaria y medicina familiar, y 34 madres.</p> <p>Muestra psiquiátrica: 431 niños entre 4 y 12 años cuyo cuidador principal niega alguna sospecha de abuso sexual.</p> <p>Muestra sexualmente abusada: 409 niños entre 4 y 12 años con historia confirmada de abuso sexual, la mayoría dentro de los pasados 12 meses.</p> <p>Estudio 2: Validación de las subescalas de estrés post traumático y disociación derivadas del análisis factorial.</p> <p>Regresión múltiple para examinar la contribución de los estresores familiares,</p>	Abuso sexual.	El abuso sexual adiciona de 0,4 -1,1% de la varianza, siendo su contribución estadísticamente significativa para cada una de las 3 escalas; $P < 0,001$ .

		específicamente eventos de vida y abuso sexual en el estrés post traumático y la disociación. (variables dependientes: las tres subescalas).		
2	Boyle, 2004	<p>El objetivo de la intervención es comparar la efectividad de los tres distintos métodos de examen y su capacidad para ayudar al examinador a detectar lesiones genitales agudas y no agudas en niñas prepúberes y púberes, en las cuales se sospecha que ha habido abuso sexual.</p> <p>Estudio descriptivo. La muestra consistió en 46 niñas prepúberes y 74 niñas púberes, desde 4 meses de edad hasta los 18 años. Las niñas pertenecían a razas diferentes: blanca, afroamericana, hispana, asiática y mixta. La muestra fue obtenida en Estados Unidos a partir de un proyecto cuyo objetivo era evaluar el proceso de curación de las lesiones genitales, tanto en niñas prepúberes, como púberes. Todas ellas presentaban lesiones genitales recientes (promedio entre 24 y 27 horas) producidas por distintas causas. Sólo se seleccionaron los casos en que se había utilizado los tres métodos de exploración genital.</p>	Eficacia de métodos de exploración genital para detectar abuso sexual.	<p>El estudio no presenta resultados cuantitativos</p> <p>Se evaluaron tres métodos, separación supina de los labios, fue útil en la identificación de una lesión en la parte exterior de los genitales en ambos grupos de niñas. Lesiones en el vestibulo, en la superficie del himen, o en la fosa navicularis requiere de una mayor separación de los labios, esto se logra utilizando los otros métodos; técnica de tracción supina de los labios, y la posición prona de rodillas al pecho. Esta última fue el método más exitoso para identificar laceraciones del himen.</p>

**9.7 ¿Cuáles son las intervenciones o estrategias más efectivas en el ámbito de la prevención secundaria del abuso sexual en niños y niñas, es decir, que presenten mayor efectividad en evitar un nuevo episodio de abuso sexual o en entregar herramientas para enfrentar o solicitar apoyo frente a una nueva amenaza?**

No se encontraron revisiones sistemáticas ni estudios primarios para esta pregunta.

## 10. SÍNTESIS DE EVIDENCIA

### 10.1 ¿Cuál es el tipo de psicoterapia individual para niños y niñas víctimas de abusos sexuales más efectiva para lograr la disminución de la sintomatología (ansiosa o depresiva y post traumática) y para prevenir un nuevo episodio de abuso?

Se identificaron 3 RS que aportan evidencia al respecto, (Hetzel- Riggin, 2007 hizo metaanálisis; Macdonald, 2006; Ramchandani, 2003). En total se incluyeron 50 estudios: Friedrich, Luecke, Beilke, & Place, 1992; McGain & McKinzey, 1995; Rust & Trouppe, 1991; Stauffer & Deblinger, 1996; Verleur, Hughes & de Rios, 1986; Berliner, 1996; Burke, 1988; Celano, 1996; Cohen 1998; Cohen 2004; Deblinger, 1999; Domínguez 2001; King et al, 2000; Deblinger 2001; Cohen 1996/97; Baker 1987; Berliner & Saunders, 1996; Burke, 1988; Celano et al, 1996; Cohen & Mannarino, 1996; Cohen & Mannarino, 1998a; Deblinger et al, 2001; Deblinger et al, 1996, 1999; Domínguez, 2002; King et al, 2000; Monck et al, 1994; Trowell et al, 2002; Deblinger et al, 1990; De Luca et al 1995; Jaberghaderi et al, 2004; Jonson et al, 1996; Krakow et al, 2001; Kruczek and Vitanza, 1999; Lanktree and Briere, 1995; Meezan and O'Keefe 1998; Nolan et al, 2002; Oates et al, 1994; Reeker and Ensing, 1998; Scott et al, 2003; Sinclair, 1995; Sullivan et al, 1992. Los EP con fulltext ya estaban incluidos en las RS revisadas.

Los siguientes estudios se repetían en estas revisiones: Cohen 2004; King et al, 2000; Berliner & Saunders, 1996; Celano et al, 1996; Cohen & Mannarino, 1996; Cohen & Mannarino, 1998a; Deblinger et al, 2001; Deblinger et al, 1996/1999; Trowell et al, 2002.

Hetzel-Riggin aborda diferentes modalidades de intervención individual: cognitivo-conductual (15 estudios), con foco específico en abuso, (15 estudios), de apoyo (11 estudios), juegos (4 estudios), "otras modalidades de intervención". Macdonald trabajó con la modalidad de intervención de tipo cognitivo conductual, Ramchandani incluyó en su revisión estudios con intervenciones psicológicas individuales cognitivo conductual.

Los estudios de terapia individual (sin especificación de modelos) de la RS de Hetzel-Riggin mostraron mejoría en los outcomes medidos en comparación con el grupo no tratado, sobresaliendo como significativo el TE medio ponderado para distres psicológico de 1,23. Los estudios de terapia individual con un modelo cognitivo conductual y con setting grupal, también mostraron efectos significativos en mejorar distres psicológico (TE medio ponderado 1,41) y efectos aunque en menor medida en problema de conducta (TE medio ponderado 0,87).

La RS de Macdonald incluyó estudios de mejor calidad sobre terapia cognitivo conductual a niños/niñas y padre no agresor separadamente (paralelo). Se observó efectos significativos en habilidades parentales como apoyo otorgado y aumento de creencias hacia el niño (4 a 13 años). También, se observaron efectos en conducta

sexualizada en niños preescolares y en la mejoría de sintomatología de stress postraumático. Efectos de menor magnitud se encontraron para outcomes de depresión y ansiedad. Para conducta externalizante no se observaron diferencias.

Los estudios de la RS de Rachmandani en general muestran efectos para la mayoría de los outcomes medidos aunque con menor significación que los anteriores, sí se destaca mejoría significativa en autoestima y sintomatología de estrés postraumático.

Evidencia tipo 1.
-------------------

### **10.2 ¿Cuál es el tipo de psicoterapia individual en niños y niñas víctimas de delitos sexuales violentos más efectiva para lograr una elaboración integral (emocional y cognitiva) de la experiencia traumática?**

No se encontraron revisiones sistemáticas ni estudios primarios para dar respuesta a esta pregunta, pocos estudios de terapias para tratar estrés postraumático incluidos en las RS de intervenciones incluían tanto a niños con experiencias de abuso sexual como de delitos violentos sin especificar los efectos de las intervenciones en forma separada para este grupo de niños.

### **10.3 ¿Cuál es el tipo de psicoterapia familiar en familias de niños y niñas víctimas de abuso sexual más efectiva para lograr una elaboración integral (emocional y cognitiva) de la experiencia de abuso tanto en el niño o niña como en su familia?**

Se identificaron 2 RS que aportan evidencia al respecto, (Hetzel- Riggin 2007 y Ramchandani 2003) con un total de 9 estudios: Friedrich et al 1992; King et al 2000; Deblinger et al 1996; Lanktree and Briere 1995; Meezan and O'Keefe 1998; Sullivan et al 1992; Cohen 2004; Cohen & Mannarino 1996; Monck et al 1994. King se repite en ambas revisiones.

Hetzel-Riggin aborda diferentes modalidades de intervención para tratar a los niños y sus familias y mezcla diferentes tipos de modelos terapéuticos, Ramchandani realiza sus estudios con intervenciones de tratamientos psicológicos para el niño y/o su familia, incluyendo terapia cognitiva conductual y modelos familiares. Las terapias grupales de niños y sus cuidadores que se realizan en forma separada/paralela se analizarán en la pregunta de terapia grupal, es una distinción de la terapia familiar porque la díada no está junta en la sesión.

También, se encontró 1 estudio primario para esta pregunta (Deblinger 2006), otros EP se descartaron por estar ya incluidos en las RS revisadas. Deblinger hace referencia a 2 terapias para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático en niños que han sido objeto de abusos sexuales. TF-TCC es un tratamiento cognitivo conductual con foco en el trauma, estructurado, que se centra en el entrenamiento de herramientas educativas y de afrontamiento diseñadas para ayudar activamente a los

niños y sus padres en el proceso de elaboración de experiencias traumáticas en un contexto de sesiones individuales y también en conjunto con sus padres. CCT es una terapia de apoyo, con un enfoque centrado en el cliente que se centra en el establecimiento de una relación terapéutica de confianza, de auto afirmación, empoderamiento y validación para el niño y cuidador.

5 estudios de terapia familiar con foco en el abuso, y de apoyo mostraron efectos significativos para distres psicossocial, y efectos de magnitud moderada para problemas de conducta y autoestima.

Un estudio de seguimiento a los 6 y 12 meses de un modelo de terapia cognitivo conductual focalizado en el trauma (TF TCC) realizado por Cohen 2004, arroja resultados significativos, pero sin mención de la magnitud, en comparación con otra modalidad de terapia, centrada en el cliente. Estos efectos se observaron en la disminución de sintomatología de estrés post traumático (reexperimentación, evasión y excitación), menos autopercepción de estigmatización y autoculpa por los eventos negativos, ansiedad, depresión, conductas sexualizadas (CBCL, reporte de padres), más conductas de apoyo al niño y conductas paternas apropiadas (autoreporte de padres).

Dos estudios de baja y mediana calidad metodológica no reportan efectos en depresión ni problemas de conducta, no se observaron beneficios al agregar a la terapia familiar la modalidad de terapia grupal para resultados en depresión. Sin embargo se reportaron efectos para ansiedad y estrés postraumático aunque sin magnitud.

Evidencia tipo 1.
-------------------

#### **10.4 ¿Cuál es el tipo de psicoterapia grupal en niños y niñas víctimas de abuso sexual más efectiva para la elaboración integral (emocional y cognitiva) del episodio de abuso?**

Se encontraron 4 RS con estudios de terapia grupal (Hetzel- Riggin 2007, Macdonald 2006, Ramchandani 2003, Reeker 1997) con un total de 41 estudios (Ashby 1987; De Luca 1993/1995, Friedrich 1992, Hack et al 1994, Hall-Marley & Damon 1993; Hiebert-Murphy 1992, De Luca et al 1993, Hoier et al 1988, MacKay 1987, McGain & McKinzey 1995, Nelki & Watters 1988, Perez 1988, Rust & Trouppe 1991, Stauffer & Deblinger 1996, Verleur 1986, Berliner 1986, Burke 1998, Celano 1996, Cohen et al 1998, Cohen 2004, Deblinger 1996/2001, King 2000, Cohen et al 1996, Krakow 2001, Kruczek 1999, Meezan 1998, Sinclair 2004, Stauffer 1996, Reeker 1992, Rust 1992, Berliner 1996, Lanktree 1995, Trowell 2002, Sullivan 1992, Jaberghaderi 2004, Oates et al 1988, Baker 1987, Berliner & Saunders 1996, Kitschner 1989). Se agregó un EP (Bonner 2008) y los otros fulltext encontrados ya estaban incluidos en las RS.

Los estudios que se incluyen en la revisión de Hetzel - Riggin utilizan intervenciones psicoterapéuticas con una gran variedad de modalidades, se seleccionaron las intervenciones terapéuticas grupales las que tendrán diferentes modelos, y mostró

160 de 197

efectos significativos para problemas de conducta y autoestima y efectos de moderada magnitud para distres psicológico y funcionamiento social.

En cambio la terapia cognitiva conductual en las modalidades grupal e individual sólo muestran efectos significativos en distres psicológico. Los resultados indican que los niños y adolescentes que reciben tratamiento psicológico tienen mejores resultados que aquellos que no lo reciben. Este autor indica como mediadores significativos del efecto la raza del niño, si el abuso fue intrafamiliar (disminuye el TE), el número de sesiones (a mayor número mayor TE) pero no lo fue el nivel entrenamiento del terapeuta.

En las RS de Macdonald y Rachmandani se observa una gran heterogeneidad de intervenciones y efectos según los outcomes medidos. Por mencionar algunos se puede afirmar que un ECA de terapia cognitiva conductual grupal a niños de 4 a 13 años mostró efectos significativos para problemas de conducta externalizante inmediatamente después de la terapia pero no al seguimiento de un año. A la inversa en conducta sexualizada y depresión se observaron mejores efectos a largo plazo (1 año). Otro ECA de terapia cognitiva conductual en niños y padres en paralelo no mostró efectos significativos en depresión ni en conductas sexualizadas. Un ECA mostró que la terapia grupal en adolescentes tuvo mejores efectos en autoconcepto que la terapia individual, pero no mostró efectos en ansiedad ni en depresión. Otro ECA no mostró diferencias para ningún outcome entre terapia grupal y terapia grupal más inculación progresiva de estrés y exposición graduada en niños de 4 a 13 años. Otro ECA en niñas de 8 a 13 años mostró efectos significativos para depresión, pero sin efectos en ansiedad ni en problemas de conducta.

La revisión de Reeker contiene estudios con intervenciones donde se combinan las siguientes técnicas: psicoeducación, exploración de la experiencia de abuso, exploración de sentimientos, arte terapia, terapia de juego, juego de roles, resolución de problemas, trabajo con marionetas, ejercicios de escritura y manejo conductual, terapia grupal, individual, cognitivo conductual, psicodrama y terapia de juego. Este metaanálisis de 15 estudios ECA encontró un TE promedio de 0,79 para intervenciones grupales, nueve de estos estudios mostraron efectos significativos, encontrando un TE mayor para las niñas que para los varones en una amplia gama de edad desde los 2 años hasta los 18 años. El tipo de terapia grupal con efectos más significativos fue la terapia integrada, sólo dos tipos de terapias usaron el modelo cognitivo conductual, que no mostró tanto éxito en TE promedio.

Otros tipo de terapia menos exitosos fueron terapia de drama y de juego. Los resultados más significativos se observaron en autoestima en mujeres púberes. Los efectos más significativos en conducta externalizante e internalizante se asocian a grupos de terapia integrada de niñas entre 8 y 11 años, grupos mixtos con efectos moderados y en grupos de hombre no hay diferencias.

El estudio de Bonner compara una modalidad de terapia grupal con terapia de juego dinámico, sin encontrar diferencias entre ellas, las que mostraron efectos (aunque sin

mención de magnitud) mejorando especialmente conductas sexualizadas, problemas de conducta y problemas afectivos.

Evidencia tipo 1.
-------------------

**10.5 ¿Cuáles son los protocolos de primera respuesta que cuenten con mayor evidencia de efectividad frente a la atención de niños y niñas víctimas de delitos sexuales violentos y de abuso sexual, que incluyan aspectos de protección psicológica, física y judicial?**

No se encontró RS ni EP que den cuenta de evidencia sobre la efectividad de la atención de primera respuesta a niños y niñas víctimas de delitos sexuales violentos ni de abuso sexual. Sin embargo, algunos protocolos de primera respuesta suelen estar incluidos en Guías de Práctica Clínica (GPC) o Manuales de Atención. Las Guías de Práctica Clínica son desarrolladas sistemáticamente para ayudar a la toma de decisiones de profesionales y pacientes sobre cuidados apropiados de salud para circunstancias clínicas específicas (IOM, Institute of Medicine).

Para la evaluación metodológica de las GPC encontradas en las bases de datos mencionadas se seleccionaron 10 de los 23 criterios AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation). En cuanto al análisis de los contenidos de las GPC, se realizó una revisión de las mejores guías con el objetivo de destacar las fortalezas de cada una.

Se revisaron 15 artículos que proporcionan recomendaciones sobre una atención adecuada al niño/a que ha sido víctima de abuso sexual. Para realizar una estimación de la calidad metodológica de estos artículos se seleccionaron 10 de los 23 criterios del Instrumento AGREE. Los 10 criterios que se seleccionaron son:

1. El (los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).
2. El (los) aspecto(s) clínico(s) cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).
3. Los pacientes a quienes se pretende aplicar la guía están específicamente descritos.
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.
5. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.
6. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.
7. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.
8. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.
9. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.
10. Las recomendaciones claves son fácilmente identificables.

**Puntuación:** La escala de respuestas para cada ítem evaluado va de 1 al 4 (el 1 indica "Muy en desacuerdo", el 2 "En desacuerdo"; el 3 "De acuerdo" y el 4 "Muy de acuerdo"). Para efectos de este documento, se evaluó el documento como:

"MR": Muy recomendada, aquella cuya puntuación es superior a 35 de los 40 puntos.

"R": Recomendada con condiciones o modificaciones, aquella que oscila entre los 26 y 35 puntos.

"NR": No recomendada, con 25 puntos o menos.

"NSS": No se sabe, aquella que no es posible asignar puntuación.

De acuerdo a este criterio, los artículos revisados se presentan en la siguiente tabla:

	<b>Guías clínicas</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	E.Final
1.	<u>Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, Mehta NH, Finkel MA, Botash AS, Kellogg ND, Shapiro RA. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2007 Jun; 20(3): 163-72.</u>	4	4	4	2	4	1	4	1	4	4	R
2.	Bernet William et al. Practice Parameters for the Forensic Evaluation of Children and Adolescents Who May Have Been Physically or Sexually Abused. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1997, 36(3): 423-442.	1	1	1	3	3	1	1	1	3	3	NR
3.	Cohen E., Walthall B. Realidades ocultas para brindar apoyo a quienes viven situaciones violentas: los niños pequeños y sus familias. The National Child Welfare Resource Center for Family-Centered Practice. Washington, DC. Enero de 2003	1	1	2	1	1	1	1	1	3	3	NR
4.	Craft A, President of the Royal College of Paediatrics and Child Health. Child Protection Companion. 2006 April	4	2	4	4	4	1	1	1	4	4	R
5.	Freeh L. Una Guía Por Los Padres Sobre La Seguridad En El Internet. El Director Anterior Buró Federal de Investigaciones. Sin Fecha.	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	NR
6.	GOBIERNO DE CHILE. Ministerio De Salud De Chile. Normas Y Guía Clínica Para La Atención En	3	3	3	1	1	1	1	1	2	3	NR

	Servicios De Urgencia De Personas Víctimas De Violencia Sexual. Rev. Chil. Obstet. Ginecol., 2005, vol.70, no.1, p.49-65. ISSN 0717-7526. (PDF)											
7.	Jones L., Cross T., Wendy A. Simone W. and M. Criminal Investigations of Child Abuse: The Research Behind "Best Practices" Trauma Violence Abuse 2005; 6; 254	1	4	4	4	1	1	1	1	3	2	NR
8.	Kellogg N. and the Committee on Child Abuse and Neglect. The Evaluation of Sexual Abuse in Children. Pediatrics, 2005; 116; 506-512.	1	4	4	1	4	1	1	2	3	4	NR
9.	Lamb M et al. A structured forensic interview protocol improves the quality and informativeness of investigative interviews with children: A review of research using the NICHD Investigative Interview Protocol. Chile Abuse & Neglect 31 (2007) 1201-1231	4	4	1	4	1	4	4	4	1	1	R
10.	Ludwig, Stephen. Abuso sexual, manejo en la emergencia pediátrica. Arch. Pediatr. Urug., nov. 2001, vol.72 supl.1, p.S45-S54. ISSN 0004-0584	1	3	3	1	3	3	1	1	3	3	NR
11.	National Crime Victims Research and Treatment Center Medical University of South Carolina Charleston, South Carolina. Center for Sexual Assault and Traumatic Stress Harborview Medical Center Seattle, Washington. Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment Revised Report: April 26, 2004.	4	2	4	4	4	1	1	1	4	4	R
12.	(No authors listed) Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Pediatrics. 1999 Jan; 103(1):186-	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	NR

	91. Erratum in: Pediatrics 1999 May; 103(5 Pt 1):1049. (PDF)											
13.	SENAME (Chile). 2004. Peritajes psicológicos en abuso sexual infantil. www.sename.cl	1	1	4	1	2	1	1	1	4	4	NR
14.	Thomas A, et al, for the Clinical Effectiveness Group (Association of Genitourinary Medicine and the Medical Society for the Study of Venereal Diseases). National guideline for the management of suspected sexually transmitted infections in children and young people. Arch Dis Child 2003;88:303–311	1	1	4	1	4	1	1	1	3	3	NR

De las 14 guías o protocolos analizados en la tabla anterior se puede observar que sólo 4 de estos cumplen con criterios que permiten catalogarlos como recomendables. Las restantes 11 guías o protocolos tienen deficiencias según los 10 criterios AGREE seleccionados.

Las 4 guías o protocolos calificadas como recomendables fueron:

- **Adams**, que formula indicadores de probabilidad o certeza que permiten distinguir ante la sospecha del abuso. Estos están basados en los hallazgos del examen físico y de laboratorio en los niños.
- **Craft**, es una guía integral ya que aborda distintos ámbitos de la evaluación ante la sospecha de abuso en el niño. Incluye aspectos del examen físico, manejo de pruebas de laboratorio, aspectos psicológicos y legales. Provee, además, varios instrumentos y guías en relación a cómo realizar los distintos procedimientos para lograr reparar los daños, evitar las secuelas y documentar los hallazgos para uso forense.
- **Lamb**, documenta el desarrollo de un protocolo para realizar una entrevista para ser utilizada como medio de prueba forense. Destacando la importancia de la capacitación que los entrevistadores deben recibir para realizar la entrevista. En su artículo incluye un protocolo para desarrollar la entrevista.
- **Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment Revised**, esta guía forma parte de un proyecto cuyos objetivos fueron los siguientes: elaborar un conjunto de directrices generales para la evaluación y tratamiento clínico y de salud mental de los niños maltratados sexualmente y sus familias. Desarrollar y describir las características y criterios específicos, que puedan ser utilizados por profesionales, organismos y otros estamentos interesados, para juzgar la idoneidad y la eficacia de tratamiento, procedimientos y protocolos utilizados con

los niños maltratados y sus familias. Además, clasifica el tratamiento, los procedimientos y protocolos usados de acuerdo a sus niveles de solidez teórica, apoyo empírico según su eficacia terapéutica, utilidad y aplicabilidad clínica.

- **Ludwig:** a pesar de que esta guía no está seleccionada como recomendada, se rescató una tabla que muestra una guía útil para la toma de decisiones ante la denuncia legal de casos de sospecha de abuso sexual infantil (véase Anexo 14.1)

En casi todas las publicaciones existe consenso de que las acciones a seguir deben estar orientadas básicamente a los siguientes aspectos: reparar los daños, evitar las secuelas, contribuir a poner fin al abuso evitando la recurrencia de la violencia sexual y documentar los hallazgos para un potencial uso forense. La detección del evento abusivo constituye un elemento fundamental, ya que muchas veces una atención en salud/educación/policial inapropiada puede impedir que el niño o la niña accedan a una adecuada intervención para detener el abuso y reparar el daño físico y psicológico. Por este motivo es fundamental contar con guías y/o protocolos nacionales basados en la evidencia y opinión de expertos que orienten las acciones más efectivas.

Algunos niños han hecho la apertura del caso después o durante un programa de prevención primaria, lo que ha sido una ventaja. Han descubierto que no a todos les pasa y que no es normal tener relaciones con los padres, lo malo es que estos programas están dirigidos a agresores extrafamiliares que son los menos frecuentes. No hay urgencia de hacer la entrevista a menos que el niño esté con un asalto agudo y tenga sintomatología postraumática.

La evaluación del niño debe distinguir diferentes objetivos, la evaluación de la sospecha busca obtener un diagnóstico clínico, o bien, de los efectos físicos o psicológicos de abuso sexual en el niño/niña, mientras que la evaluación forense intenta obtener evidencias.

Evidencia tipo 3.
-------------------

### **10.6 ¿Cuáles son los instrumentos/métodos más efectivos en la detección de experiencias abuso sexual en niños y niñas de 0 a 15 años?**

Se constató durante el proceso de trabajo, que la literatura suele usar las palabras *detection* (detección) y *assesment* (evaluación) sin distinciones exigentes. Se cree que esto pudo haber afectado el resultado de la búsqueda por lo que se definirán los conceptos mencionados para una mayor claridad en la presentación de la evidencia y se incluirá información de evaluación de abuso sexual infantil encontrada, en esta misma pregunta.

La **detección** tiene como propósito identificar aquellos niños en riesgo de haber sufrido un evento de abuso sexual y definir quienes necesitan una evaluación posterior. La detección precoz permite realizar evaluación y tratamiento oportuno para

reducir la severidad e impacto de problemas en el desarrollo en niños y sus familias. *Screening* es una forma de detección amplia y rápida en población universal.

La **evaluación** determina la existencia de casos que han sufrido abuso sexual a través de aplicación de test, escalas, entrevistas, examen físico, relato, etc. La evaluación permite realizar un diagnóstico integral del estado físico y psicológico del niño y genera decisiones en relación a la intervención a seguir.

#### **10.6.1 Resultados en detección:**

No se encontraron RS ni ECA para sintetizar evidencia en la detección o *screening* de casos de abuso sexual.

Se encontró un artículo que da cuenta de un instrumento de detección de casos de abuso, pero sin evidencia de efectividad (Screening Questionnaire for Child Sexual Abuse, Salvagni & Wagner). Este instrumento de *screening* se usa para complementar el examen físico de rutina, en niños de 2 a 12 años; consta de 5 preguntas a responder sobre indicadores específicos de AS (Palusci, 2006), con tres o más respuestas positivas se considera asociado significativamente a abuso sexual y el caso pasa a evaluación especial en contextos de población clínica. El cuestionario original tenía 18 ítems y seleccionaron aquellos indicadores que tuvieron mayor sensibilidad, que fueron: curiosidad anormal por los genitales, miedo a ser dejado solo con una persona determinada, cambios emocionales o conductuales repentinos, abandono de hábitos de juego previo y heridas ano – genitales. Los autores recomiendan aplicarlo complementando el examen físico pediátrico de rutina, y también en casos con factores de riesgo conocidos. Ellos han desarrollado normas de puntuación que orientan el grado de sospecha tanto en contextos de población universal como en contextos con población selectiva (Salvagni & Wagner 2006).

Un par de artículos mencionan que una fuente de detección inesperada ha sido la revelación espontánea de eventos abusivos por parte de niños, durante o posterior a la participación en programas de prevención primaria de ASI en población universal (colegios), este hecho se describe como un efecto inesperado y secundario a la intervención. Otra forma descrita en la literatura, en que se pudo detectar ASI, fue a través de la aplicación de un cuestionario basado en el Monitoring-the-Future Questionnaire para identificar problemas de salud mental (Garnefski, 1997) en una gran muestra poblacional de escolares (n=1490). Los resultados sugieren que hubo una fuerte asociación entre el haber sido víctimas de abusos sexuales y la existencia de un problema de salud mental en ambos sexos, siendo más acentuados en los niños que en las niñas.

En general, se puede afirmar que los test utilizados para medir indicadores específicos de AS (ver glosario de siglas de instrumentos de evaluación) se utilizan en población selectiva o indicada en contextos de evaluación o de investigación en casos de AS pero no se utilizan en población general. A pesar de que algunos autores recomiendan el uso de estos test -sobre todo los que miden conducta sexualizada- en población general, la National Task Force de USA no encontró evidencia suficiente para

recomendar o no *screening* de rutina a padres o cuidadores para violencia intrafamiliar. (Palusci, 2006).

Algunas explicaciones para comprender la dificultad y complejidad en la detección activa en población general de AS pueden ser:

- 1. Ausencia de un signo o síntoma patognomónico de ASI.**
- 2. Aspectos ligados a la dinámica del abuso** (ley del silencio, coerción, mantenimiento del equilibrio familiar, retracción del niño) que impiden la apertura espontánea del evento abusivo.
- 3. Aspectos ligados al niño/niña y a su edad** (baja conciencia de problema, lealtad con el equilibrio familiar, estrategias protectoras hacia los padres, sentimientos de culpa, patrones de apego inseguros, miedo a las consecuencias, sensación de desesperanza, mecanismos de defensa como negación y disociación, miedo a la estigmatización homosexual en niños varones, etc.).
- 4. Aspectos institucionales:** se pueden distinguir tres tipos de instituciones que están involucrados en la detección del abuso sexual y sus dificultades respectivas; salud, educación y justicia. Los centros de salud que reciben información predominantemente de tipo física, de hecho, en los servicios de urgencia existe un manejo de pacientes víctimas de delitos sexuales, cuya detección y denuncia está facilitada por la situación de crisis y la disponibilidad del trabajo en conjunto con la policía. Sin embargo, en los centros de salud ambulatorios la detección del abuso sexual no es activa, muchas veces se excluye el área genital del examen físico de rutina del niño y cuando se detectan signos físicos se presentan dudas o dificultades en la realización de la denuncia por parte de los profesionales. En instituciones de educación como salas cuna, jardines y colegios se realizan pocas denuncias, probablemente por el desconocimiento de síntomas y problemas de conducta asociados al ASI.
- 5. Aspectos éticos y falsas creencias en torno al abuso sexual infantil.**

#### **Fuentes de detección de abuso sexual**

La detección se deriva de un conocimiento o sospecha de la ocurrencia de un evento abusivo, esta sospecha no constituye un diagnóstico sino el punto de partida para realizar una evaluación del caso. Se puede afirmar que las posibles fuentes de detección o sospecha de abuso sexual en niños son:

1. Revelación directa del niño o información de sospecha de un adulto.
2. Síntomas psicológicos o problemas de conducta del niño.
3. Signos y síntomas físicos en hallazgos del examen físico, en urgencia pediátrica o en controles de salud.

## **Síntomas psicológicos o problemas de conducta del niño**

La sintomatología depende del desarrollo evolutivo del niño (Kendall et al, 1993), los cambios o síntomas pueden presentarse en cada estado del desarrollo, en el plano de la conducta, emoción, pensamientos, social, etc. (Kendall et al, 1993).

Un metaanálisis sobre efectos de ASI, de 37 estudios entre 1981 y 1995 que incluyó a un total de 25.367 niños y jóvenes mostró que los TE no ponderados y ponderados para estrés posttraumático fue de 0,50 y 0,40, para depresión 0,63 y 0,44, para suicidio 0,64 y 0,44, para conducta sexualizada 0,59 y 0,29, y para rendimiento académico 0,24 y 0,19. Conformando así una clara evidencia que confirma la asociación entre ASI y consecuencias negativas en el corto y largo plazo del desarrollo (Paoluci, 2001).

La conducta sexualizada es un problema de conducta que se asocia a niños con experiencias de abuso sexual. Un estudio comparativo demostró que las niñas abusadas sexualmente y los controles psiquiátricos manifestaron más síntomas psicopatológicos que los controles no psiquiátricos, específicamente las niñas abusadas sexualmente experimentaron manifestaciones de conducta sexual problema como masturbación excesiva y abierta, exposición genital, amistad indiscriminada con pares y extraños e intentos de introducir objetos a la vagina (Consentido, 1995). Se encontró una propuesta de clasificación de conducta sexualizada que se tradujo en Anexos, título 14.2 como una gradiente ascendiente de la gravedad de la conducta. Muchos autores sugieren que si el niño presenta conductas sexualizadas, se debe sospechar de ASI. Un estudio de Kordik analizó 100 niños y niñas en tratamiento por abuso sexual y construyó un instrumento que le permitió distinguir cinco tipos o subgrupos de niños y niñas víctimas de abuso sexual con sus respectivos perfiles de comportamiento sexual y su relación con la historia clínica, se adjunta un resumen de esta tipología en el título 14.5.

Con respecto a trastornos alimentarios, un estudio de cohorte de 10 años que siguió 999 niñas víctimas de AS en Australia mostró que la experiencia de ASI parece ser un factor de riesgo para desarrollar bulimia, no necesariamente mediado por morbilidad psiquiátrica o dietas estrictas. Sin embargo hay poca evidencia que permita asociar ASI a anorexia nerviosa (Sanci et al 2008).

Otro tipo de sintomatología frecuente es del tipo de estrés posttraumático, Sim 2005 mostró que las subescala de CBCL para estrés posttraumático y para disociación es un buen instrumento.

## **Hallazgos del examen físico, en urgencia pediátrica o en controles de salud.**

En la revisión se encontraron varios artículos referentes a la evaluación.

La guía clínica de Adams et 2007, propone una pauta que resume la interpretación de hallazgos físicos y resultados de laboratorio en caso de sospecha de abuso sexual en niños y elabora directrices para la atención médica (véase título 14.3).

Por otro lado, Atabaki 1999, refiere que las variaciones anatómicas no deben interpretarse como prueba de que hubo contacto sexual abusivo en el niño. Este mismo autor cita a Adams et al y Muram, DeJong y Rose, y Kerns y Ritter quienes mencionan que la mayoría de los niños que han sido objeto de abusos sexuales legalmente demostrado, por confesión, declaración de culpabilidad o condena penal, no tienen anormalidad genital o perineal.

Por lo anteriormente expuesto, los hallazgos del examen físico deben considerarse con cautela dado la diversidad de resultados contradictorios que se encontraron.

### **10.6.2 Resultados en evaluación**

La presentación de resultados de evaluación sólo da cuenta de información encontrada en la búsqueda orientada a detección, por lo que no se puede considerar como acabada.

La evaluación de niños y niñas que han sufrido abuso sexual es de suma importancia, la confirmación de la sospecha permitirá proteger al niño/niña y decidir cual estrategia de tratamiento será más efectiva. Este proceso es de suma importancia porque un diagnóstico falso positivo (casos que se diagnostican como abuso sexual en forma injustificada) puede destruir la armonía familiar o ser usado en contextos de divorcio conflictivo y los falsos negativos (casos que sufrieron abuso y no se llegan a diagnosticar) quedarán expuestos a retraumatizaciones y riesgos.

La evaluación tiene varios componentes: física, psicológica, forense y también social; cada uno de estos procesos tiene por objetivo determinar cuáles son los signos y síntomas presentes en el caso y determinar si éstos confirman o no la sospecha de que el niño/niña haya sufrido una agresión sexual.

### **Evaluación psicológica**

Se identificaron 2 RS que aportan evidencia para dar respuesta a esta pregunta (Garb, 2000 y West 1998), con un total de 12 estudios (Stovall & Craig, 1990; Ornduff et al., 1994; Pistole & Ornduff, 1994; Henderson, 1990; Zivney et al., 1988; Leifer et al., 1991; Zimmerman & Dillard, 1994; Chantler & Pelco, 1993; Hibbard & Hartman, 1990; Rasch & Wagner, 1989; Allan & Crandall, 1986; Hackbarth et al., 1991). Además, se encontraron 3 estudios primarios, (Bruening, 1997, Garnefski, 1997, Sim, 2005).

Garb rehace la revisión de West por lo tanto utilizaron los mismos estudios, estos abordan la utilidad del uso de técnicas proyectivas para detectar en contextos de investigación experiencias de abuso sexual en niños y niñas. El metaanálisis de Garb incluye valores no significativos en el análisis lo que hace reducir la magnitud del efecto en varios estudios calculados por West, además utilizó una escala de interpretación de TE más exigente. En resumen, comparativamente, los resultados que confirma Garb de West son: que el TAT y escala de autoconcepto sirven para discriminar niñas abusadas sexualmente de no abusadas sexualmente y discrimina entre niñas abusadas y niñas no abusadas con problemas de conducta.

Los resultados que Garb reduce del análisis de West son: uso TAT para discriminar niñas abusadas sexualmente de las que no lo han sido con problemas de conducta a través de la existencia de preocupación sexual y culpa. Uso del RO para factores mediadores de las consecuencias del abuso y uso del RO para medir impacto negativo del abuso sexual en relaciones íntimas y percepción negativa fueron reevaluados con un menor efecto menor o no significativo.

El test Draw A Man no discrimina ansiedad entre grupos de niñas abusadas y no abusadas. El Hand Test no discriminó bien entre niñas sexualmente abusadas y las que no. Otro EP que usó el Test Draw a Person para detectar problemas emocionales en una muestra de niñas abusadas en comparación con otro grupo no abusada, con enmascaramiento, no mostró efectos significativos para distinguir entre ambos grupos a través de una escala aplicada a este test (Screening Procedure for Emocional Disturbance, DAP: SPED). Bruening, estudia la utilidad del uso del Dra. A Person como un método para detectar abuso sexual infantil, en tanto, Sims diseña y valida dos subescalas del CBCL para evaluar PTSD y disociación con buenos resultados en la distinción de estos síntomas y para distinguir grupos clínicos de no clínicos.

### **Examen físico-genital**

Se revisó 1 estudio primario para contestar la pregunta (Boyle, 2004), este autor pretende comparar la efectividad de tres distintos métodos de examen y su capacidad para ayudar al examinador a detectar lesiones genitales agudas y no agudas en niñas pre-púberes y púberes, en las cuales se sospecha que ha habido abuso sexual, concluyendo que el mejor método para identificar laceraciones del himen es la posición prona de rodillas al pecho. En título 14.4 se presenta estudio de revisión literaria que aporta signos de certeza de abuso sexual en el examen físico (Pillai 2005)

### **Evaluación forense**

El protocolo de entrevista de la NICHD (National Institute of Child Health and Human Development) es una entrevista estructurada forense que aumenta la calidad y la confiabilidad de la entrevista. Este formato es coherente con conocimientos sobre la recuperación de la memoria en niños traumatizados, de sus habilidades de comunicación y conocimientos de sus habilidades sociales. Contiene fases introductorias que explican al niño la forma de responder, una fase de establecimiento de rapport o alianza y una fase de transición. Este protocolo ha demostrado elicitación de información más confiable, respetando las dinámicas internas del niño en relación a la adaptación a los eventos abusivos y respetando el bienestar del niño.

La Entrevista Cognitiva (Fisher, Brennan, & McCauley, 2002) es otro protocolo reconocido de entrevista forense usado en Inglaterra y tiene los mismos principios cognitivos que el protocolo de la NICHD y permite elicitación de detalles e información segura.

Evidencia tipo 3.
-------------------

**10.7 ¿Cuáles son las intervenciones o estrategias más efectivas en el ámbito de la prevención secundaria del abuso sexual en niños y niñas, es decir, que presenten mayor efectividad en evitar un nuevo episodio de abuso sexual o en entregar herramientas para enfrentar o solicitar apoyo frente a una nueva amenaza?**

No se encuentran revisiones sistemáticas ni EP que den cuenta de la efectividad de intervenciones en evitar un nuevo episodio de abuso sexual. Las intervenciones suelen medir su efectividad en términos de outcomes específicos de tipo individual o familiar pero no incluyen la reincidencia del abuso en ésta, posterior al tratamiento.

**Hallazgos del examen físico, en urgencia pediátrica o en controles de salud**

En la revisión se encontraron varios artículos referentes a la evaluación.

La guía clínica de Adams et al 2007, propone una pauta que resume la interpretación de hallazgos físicos y resultados de laboratorio en caso de sospecha de abuso sexual en niños y elabora directrices para la atención médica (véase título 14.3).

Por otro lado, Atabaki 1999, refiere que las variaciones anatómicas no deben interpretarse como prueba de que hubo contacto sexual abusivo en el niño. Este mismo autor cita a Adams et al y Muram, DeJong y Rose, y Kerns y Ritter quienes mencionan que la mayoría de los niños que han sido objeto de abusos sexuales legalmente demostrado, por confesión, declaración de culpabilidad o condena penal, no tienen anormalidad genital o perineal.

Por lo anteriormente expuesto, los hallazgos del examen físico deben considerarse con cautela dada la diversidad de resultados contradictorios que se encontraron.

En el ámbito de la prevención terciaria, se puede afirmar en general que la intervenciones para tratar efectos psicológicos en los niños son efectivas logrando mejorar sintomatología y mejorar la adaptación del niño y de la familia, aunque los estudios presentan cierta heterogeneidad.

La terapia individual sin modelo específico y las terapias cognitivo conductuales mostraron tener en general efectos favorables, se destaca la efectividad para distres psicológico del niño. Aquellas que tratan en forma individual y paralelamente al niño y al padre/madre no agresor tuvieron mejores resultados. Los outcomes de conducta sexualizada y sintomatología de estrés postraumático tuvieron una mejor resolución. No se encontró información para terapias a niños que han sufrido delitos violentos aunque algunos estudios los involucraban en intervenciones dirigidas a sintomatología postraumática.

Las terapias familiares también mostraron tener efectividad, se destaca el modelo TF TCC (terapia cognitivo conductual centrada en el trauma) con mantenimiento de resultados al año. Las mejorías se advierten en distress psicococial, disminución de sintomatología de estrés postraumático, problemas de conducta de los niños, y autoestima y aumento de apoyo parental a los niños.

La psicoterapia grupal presenta una gran variedad de modelos y combinaciones de técnicas, y heterogeneidad en sus resultados, lo que dificulta una conclusión específica. Sin embargo se puede afirmar que esta modalidad mostró efectividad en varios outcomes sobre todo problemas de conducta y autoestima. La terapia grupal de tipo cognitiva conductual mostró resultados favorables en distres psicológico, problemas de conducta sexualizada y externalizante. Las terapias integrales grupales que combinan técnicas cognitivo conductuales, de expresión, artísticas, juego y otras parecieran tener mejor efectividad que otros modelos. Las mujeres mostraban un beneficio mayor en las terapias grupales. Una modalidad de terapias grupales efectivas parecieran ser las que incluyen en la terapia en forma paralela a las madres o padres no agresores siendo este hallazgo coherente con el acuerdo de que el apoyo de este adulto es un mediador importante del efecto.

En el ámbito de la prevención secundaria no se encontraron estudios de efectividad para los protocolos de atención de primera respuesta, sin embargo se analizaron 15 guías de práctica clínica de las cuales se destacan las fortalezas de las mejores. Algunas de éstas son indicadores del examen físico, aspectos forenses, guía en la toma de decisiones, las que podrán servir como una orientación y requerirán la adaptación previa para nuestra realidad local.

Existe consenso en que el proceso de enfrentar una situación de abuso sexual intrafamiliar requiere de un equipo informado, multidisciplinario y que utilice modelos comprensivos para la evaluación del niño y la subsecuente toma de decisiones. En la detección del abuso no hay evidencia de estudios de efectividad, pero sí hay acuerdo de su alta complejidad y con la necesidad de contar con sistemas de detección y evaluación sensibles, comprensivos alineados con los aspectos legales de la denuncia oportuna.

Se realiza una distinción entre los procedimientos de detección y de evaluación de los casos de abuso, la sospecha puede provenir de diversas fuentes y es lo que genera el proceso de detección, a lo que se procederá con la evaluación física, psicológica y forense, y la posterior reparación familiar.

Se menciona el uso de un instrumento de screening corto de indicadores durante el examen médico, aunque esto no puede constituirse en recomendación sin la opinión de expertos nacionales dada la ausencia de estudios de efectividad en esta área.

Se describen las fuentes de detección de casos de abusos, y se presenta evidencia disponible para sintomatología psicológica y hallazgos del examen físico. El abuso sexual infantil no es un diagnóstico médico ni psicológico, es un evento no normativo que genera efectos negativos, sintomatología física y psicológica a corto y a largo plazo, según el interjuego de los factores protectores y los factores de riesgo del niño/niña: estos efectos son el objeto de diagnóstico. Entonces la evaluación del niño debe realizarse dentro de un marco comprensivo, considerando no sólo la importancia de confirmar el evento abusivo sino también considerando las

características personales del niño/niña, las características de sus figuras de apego, las características del contexto y otros determinantes sociales.

En evaluación psicológica, se puede afirmar que de los estudios encontrados en el uso de técnicas proyectivas, existe mucha variedad en la calidad metodológica de los estudios y también heterogeneidad de los resultados lo que impide realizar recomendaciones. Sí se puede afirmar que los estudios que usan TAT y RO discriminan mejor información que los Test basados en la expresión pictórica o basados en el dibujo. Se describe como útil el cuestionario CBCL para estrés postraumático y el CSBL para conducta sexualizada, y son ambos ampliamente utilizados en la medición de outcomes en investigación. Se anexan tipologías distintivas para conducta sexualizada infantil pero sólo para complementar la comprensión de los casos.

La evaluación física contiene un anexo con signos de abuso específicos y la evaluación forense presenta información de dos protocolos de entrevista aunque este tema no está acabado.

No hay evidencia para afirmar la efectividad de intervenciones en evitar un nuevo episodio de abuso sexual o solicitar apoyo ante una nueva amenaza.

Modelos teóricos multidimensionales y del desarrollo, permiten comprender la importancia de los mediadores del efecto en los tratamientos así como también las complejas resistencias del tratamiento, como las dificultades de los niños en ver la reponsabilidad del agresor cuando éste era una persona amada y de confianza, o la autoatribución de culpa del evento por el egocentrismo de los niños más pequeños. Dada las dificultades inherentes a la detección del abuso sexual infantil, el equipo de salud potenciaría su actuación en la atención primaria si consideraran las formas de presentación de indicadores de abuso sexual, así como también las precauciones de tomas de muestras, manejo de la revelación del caso y las formas de enfrentar la derivación con el niño y el adulto responsable. En este nivel de atención, la detección de abuso sexual no debería aislarse de la detección de otras formas tanto o más graves de maltrato infantil. La negligencia extrema y el maltrato físico severo a los niños es aún más invisible a nuestros ojos y podrían estar más validadas que el maltrato en el ámbito de la sexualidad. El abuso sexual no es un evento aislado de violencia hacia el niño, sino una forma de violencia hacia toda la familia.

Estudios de agresores sexuales adultos demuestran a través de autoreportes retrospectivos que la aparición de conducta sexualmente agresiva fue antes de los 18 años de edad. Otros estudios en agresores sexuales adolescentes confirman lo anterior dando cuenta que la mayoría de ellos ha cometido una agresión sexual antes de los 15 años y no poco frecuente antes de los 12 años. El reconocimiento de este grupo de jóvenes como agresores y también como posibles víctimas de abuso, nos ayuda a ampliar la mirada y a diseñar estrategias efectivas para impedir que se transformen en agresores adultos en un mediano plazo (Bernet et al 1999).

## 11. ANEXOS

### 11.1 Revisiones Sistemáticas Seleccionadas

#	Referencia
1.	Garb HN, Wood JM, Nezworski MT. Projective techniques and the detection of child sexual abuse. <i>Child Maltreat.</i> 2000 May;5(2):161-8.
2.	Hetzel-Riggin MD, Brausch AM, Montgomery BS. A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: an exploratory study. <i>Child Abuse Negl.</i> 2007 Feb;31(2):125-41. Epub 2007 Feb 15.
3.	Macdonald GM, Higgins JPT, Ramchandani P. Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2006, Issue 4. Art. No.: CD001930. DOI: 10.1002/14651858.CD001930.pub2. (PDF)
4.	Ramchandani P. & Jones D. Treating psychological symptoms in sexually abused children. <i>British Journal of Psychiatry</i> (2003) 183,484-490.
5.	Reeker J, Ensing D, Elliott R. A meta-analytic investigation of group treatment outcomes for sexually abused children. <i>Child Abuse Negl.</i> 1997 Jul;21(7):669-80.
6.	West M, Meta-analysis of studies assessing the Efficacy of projective techniques in discriminating child sexual abuse child. <i>Abuse &amp; Neglect</i> , Vol. 22, No. 11, pp. 1151–1166, 1998.

### 11.2 Revisiones Sistemáticas Excluidas

#	Referencia	Causal de exclusión
1.	Babiker G., Herbert M., Critical Issues in the Assessment of Child Sexual Abuse. <i>Clinical Child and Family Psychology Review</i> , Vol. 1, No. 4, 1998	Revisión de literatura
2.	Bernet W, Practice Parameters for the Forensic Evaluation of Children and Adolescents Who May Have Been Physically or Sexually Abused. <i>J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry</i> ,	Revisión de literatura

	1997, 36(3):423-442	
3.	Cross TP, Walsh WA, Simone M, Jones LM. Prosecution of child abuse: a meta-analysis of rates of criminal justice decisions. Trauma Violence Abuse. 2003 Oct;4(4):323-40.	No da respuesta a ninguna pregunta
4.	Dammeyer M. The Assessment of Child Sexual Abuse Allegations: Using Research to Guide Clinical Decision Making. Behav. Sci. Law, 16, 21-34 (1998)	Es una guía clínica
5.	Friedrich W & Trane S. Sexual behavior in children across multiple settings. Commentary. Child Abuse & Neglect 26 (2002) 243-245	Revisión de la literatura
6.	Glick NP, Lating JM, Kotchick B. Child sexual abuse evaluations in an emergency room: an overview and suggestions for a multidisciplinary approach. Int J Emerg Ment Health. 2004 Summer;6(3):111-20.	No da respuesta a ninguna pregunta
7.	Golding JM, Wilsnack SC, Cooper ML. Sexual assault history and social support: six general population studies. J Trauma Stress. 2002 Jun;15(3):187-97.	No da respuesta a ninguna pregunta
8.	Goodyear-Smith FA, Laidlaw TM, Large RG. Memory recovery and repression: what is the evidence? Health Care Anal. 1997 Jun;5(2):99-111; discussion 112-35.	Revisión de literatura
9.	Hinds, Angelique; Baskin, Laurence s. Child sexual abuse: what the urologist needs to know. Journal of Urology. 162(2):516-523, August 1999. (PDF)	Es recomendación de la literatura
10.	Holmes WC, Slap GB. Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. JAMA. 1998 Dec 2;280(21):1855-62. Review. (PDF)	No da respuesta a ninguna pregunta
11.	Jones L., Cross T., Walsh W., and Simone M., Criminal Investigations of Child Abuse: The Research Behind "Best Practices" .Trauma Violence Abuse 2005; 6; 254	no responde a ninguna pregunta
12.	Kuehnle, K. (1996). Child Sexual Abuse Evaluations: The Scientist-Practitioner Model Behavioral Sciences and the Law. Behav. Sci. Law, 16, 5-20 (1998)	Revisión de literatura

13.	Paul L., Gray M., Elhai J., Massad P., and Hudnall Stamm B., Promotion of Evidence-Based Practices for Child Traumatic Stress in Rural Populations: Identification of Barriers and Promising Solutions. Trauma Violence Abuse 2006; 7; 260	No da respuesta a ninguna pregunta. Revisión de literatura
14.	Rind B, Tromovitch P, Bauserman R. A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. Psychol Bull. 1998 Jul; 124(1):22-53.	No da respuesta a ninguna pregunta

### 11.3 Estudios Primarios Seleccionados

#	Referencia
1.	Bonner, B., Walker, E. and Berliner, L. Children with Sexual Behavior Problems: Assessment and Treatment . Report to the National Center on Child Abuse and Neglect. U.S. Department of Health and Human Services. (1999).
2.	Boyle C. , McCann J, Miyamoto S, Rogers K, Comparison of examination methods used in the evaluation of prepubertal and pubertal female genitalia: A descriptive study. Child Abuse & Neglect 32 (2008) 229–243
3.	Bruening C, Impact of Rater Knowledge on Sexually Abused and Nonabused Girls' Scores on the Draw-A-Person: Screening Procedure for Emotional Disturbance (DAP: SPED) Journal of Personality Assessment. 1997, 68(3). 665-677.
4.	Deblinger E., A Follow-up Study of a Multisite, Randomized, Controlled Trial for Children With Sexual Abuse-Related PTSD Symptoms. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2006; 45(12): 1474-1484
5.	Finnila K., Validity of a test of children's suggestibility for predicting responses to two interview situations differing in their degree of suggestiveness. J. Experimental Child Psychology 85 (2003) 32–49
6.	Garnefski, N., Child Sexual Abuse and Emotional and Behavioral Problems in Adolescence: Gender Differences. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 36(3): 323-329, March 1997.
7.	Sim L., The Child Behavior Checklist as an Indicator of Posttraumatic Stress

	Disorder and Dissociation in Normative, Psychiatric, and Sexually Abused Children Journal of Traumatic Stress, Vol. 18, No. 6, December 2005, pp. 697–705.
--	---

#### 11.4 Estudios Primarios Excluidos

#	Referencia	Causal de exclusión
1.	Almonte, Carlos, Insunza, Carla y Ruiz, Cecilia. Abuso sexual en niños y adolescentes de ambos sexos. Rev. Chil. neuro-psiquiatr., ene. 2002, vol.40, no.1, p.22-30. ISSN 0717-9227.	Revisión de literatura
2.	Cohen, Judith A. M.D.; Mannarino, Anthony P. Ph.D. Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children: six- and 12-month follow-up. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 37(1):44-51, January 1998	No corresponde a un ECR
3.	Cohen, Judith A. M.D.; Mannarino, Anthony P. Ph.D. A Treatment Study for Sexually Abused Preschool Children: Outcome During a One-Year Follow-up. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 36(9):1228-1235, September 1997.	No da respuesta a ninguna pregunta
4.	Cohen, Judith A. M.D.; Mannarino, Anthony P. Ph.D. Factors That Mediate Treatment Outcome of Sexually Abused Preschool Children. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 35(10):1402-1410, October 1996.	No da respuesta a ninguna pregunta
5.	Cohen, Judith A. M.D.; Mannarino, Anthony P. Ph.D. 2 A Treatment Outcome Study for Sexually Abused Preschool Children: Initial Findings. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 35(1):42-50, January 1996.	Esta en RS
6.	Corcoran J. Treatment outcome research with the non-offending parents of sexually abused children: a critical review. J Child Sex Abus. 2004;13(2):59-84.	Revisión de literatura
7.	Cosentino, Clare E. Ph.D.; Meyer-Bahlburg, Heino F.L.; Alpert, Judith L. Ph.D.; Weinberg, Sharon L. Ph.D.; Gaines, Richard Ph.D. Sexual Behavior Problems and Psychopathology Symptoms in Sexually Abused Girls. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 34(8):1033-1042, August 1995	Revisión de literatura

8.	Hall JM, Kondora LL. Beyond "true" and "false" memories: remembering and recovery in the survival of childhood sexual abuse. ANS Adv Nurs Sci. 1997 Jun; 19(4): 37-54.	La poblacion no corresponde
9.	Hall DK, Mathews F, Pearce J. Sexual behavior problems in sexually abused children: a preliminary typology. Child Abuse Negl. 2002 Mar; 26(3): 289-312.	No responde a ninguna pregunta
10.	Huerta Castro, Sofia; Maric, Vanessa; Navarro Medel, Carolina. Factores que intervienen en el impacto del abuso incestuoso sobre la víctima Ter. Psicol; 20(2): 117-124, 2002. Tab.	No responde a ninguna pregunta
11.	Kordick H., Mathews F, Pearce J. Sexual behavior problems in sexually abused children: a preliminary typology. Child Abuse Negl. 2002 Mar; 26(3): 289-312. PMID: 12013060 [PubMed - indexed for MEDLINE] Child Abuse Negl. 2002 Mar; 26(3): 289-312.	No da respuesta a ninguna pregunta
12.	Malloy LC, Lyon TD, Quas JA. Filial dependency and recantation of child sexual abuse allegations. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007 Feb; 46(2): 162-70. University of California, Irvine, CA 92697, USA. (PDF)	No responde a ninguna pregunta
13.	Pillai M. Forensic examination of suspected child victims of sexual abuse in the UK: a personal view. J Clin Forensic Med. 2005 Apr; 12(2): 57-63. Epub 2005 Jan 19.	No da respuesta a ninguna pregunta
14.	Price C. Body-oriented therapy in recovery from child sexual abuse: an efficacy study. Altern Ther Health Med. 2005 Sep-Oct; 11(5): 46-57. PMID: 16189948 [PubMed - indexed for MEDLINE] Altern Ther Health Med. 2005 Sep-Oct; 11(5): 46-57.	La población no corresponde a la revisión
15.	Trowell J., Psychotherapy for sexually abused girls: psychopathological Outcome findings and patters of change. British Journal of Psychiatric (2002), 180, 234-247.	Incluido en RS
16.	Vidal A, Torres RR, Amador AA. Physicians and nurses: knowledge of clinical management of sexual aggression in children based on the sexual aggression survivors manual in Puerto Rico. P R Health Sci J. 2007 Jun; 26(2): 141-5.	Sin texto completo o abstract informativo disponible

## 12. ANÁLISIS CRÍTICO DE ESTUDIOS PRIMARIOS

Bonner, B., Walker, E. and Berliner, L. Children with Sexual Behavior Problems: Assessment and Treatment . Report to the National Center on Child Abuse and Neglect. U.S. Department of Health and Human Services. (1999).

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
ECA	Aleatorización	Sí	No se describe el método
	Ciego	No	No se menciona
	Análisis por intención de tratar	No	No se menciona
	Descripción de retiradas	No	No se menciona

Deblinger E., A Follow-up Study of a Multisite, Randomized, Controlled Trial for Children With Sexual Abuse-Related PTSD Symptoms J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2006; 45(12): 1474-1484

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
Observacional			No se menciona información de la calidad metodológica

Bruening C, Impact of Rater Knowledge on Sexually Abused and Nonabused Girls' Scores on the Draw-A-Person: Screening Procedure for Emotional Disturbance (DAP: SPED) Journal of Personality Assessment. 1997; 68(3). 665-677.

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
ECA	Aleatorización	S	No se describe el método
	Ciego	N	
	Análisis por intención de tratar	N	
	Descripción de retiradas	N	

Garnefski, N., Child Sexual Abuse and Emotional and Behavioral Problems in Adolescence: Gender Differences. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 36(3): 323-329, March 1997.

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
Estudio analítico de corte transversal	Pareo	S	No se describe el método

Sim L., The Child Behavior Checklist as an Indicator of Posttraumatic Stress Disorder and Dissociation in Normative, Psychiatric, and Sexually Abused Children Journal of Traumatic Stress, Vol. 18, No. 6, December 2005, pp. 697-705

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
ECA	Aleatorización	Sin información	No se menciona ningún criterio de análisis
	Ciego	Sin información	

	Análisis por intención de tratar	Sin información	
	Descripción de retiradas	Sin información	

Finnila K., Validity of a test of children's suggestibility for predicting responses to two interview situations differing in their degree of suggestiveness. J. Experimental Child Psychology 85 (2003) 32-49

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
EC cuasi-aleatorizado	Aleatorización	S	No se menciona método
	Ciego	S	Sólo para la evaluación
	Análisis por intención de tratar	N	
	Descripción de retiradas	N	

Boyle C. , McCann J, Miyamoto S, Rogers K, Comparison of examination methods used in the evaluation of prepubertal and pubertal female genitalia: A descriptive study. Child Abuse & Neglect 32 (2008) 229-243

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
EC cuasi-aleatorizado	Aleatorización	S	No se menciona método
	Ciego	S	Sólo para la evaluación
	Análisis por intención de tratar	N	
	Descripción de retiradas	N	

### **13. BIBLIOGRAFÍA DE RESPALDO AL MARCO TEÓRICO**

Bernet, William M.D.; Dulcan, Mina K. M.D. Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents Who Are Sexually Abusive of Others. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Volume 38(12) Supplement, December 1999, pp 55S-76S. Publication Type: [Practice Parameters: AACAP Official Action]

Consentino C., 1995. Sexual Behavior Problem and Psychopathology Symptoms in Sexually Abused Girls. J Am Acad Chil Adolescence. Psychiatry. 34:8, 1033-1042.  
De la Barra F et al, 1998, Maltrato infantil y juvenil en una comuna de Santiago. Parte I: estimación de la prevalencia. Rev Chil Pediatr 69(3): 126-131

Finkelhor D, Korbin J, 1988. Child abuse as an international issue. Child Abuse and Neglect 12: 3-23

Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R, 2002. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. Child Abuse Negl Jun; 26(6-7):645-59.

Instrumento AGREE. 2001. Appraisal of Guidelines Research & Evaluation. Evaluación de Guías de Práctica Clínica.

Kordick H., Mathews F, Pearce J. Sexual behavior problems in sexually abused children: a preliminary typology. Child Abuse Negl. 2002 Mar; 26(3):289-312. PMID: 12013060 [PubMed - indexed for MEDLINE] Child Abuse Negl. 2002 Mar; 26(3):289-312.

Larraín S, Valdebenito L, 2007. El maltrato deja huella. UNICEF, Programa Puente, Sistema de Protección Chile Solidario, FOSIS. Disponible en [www.unicef.cl](http://www.unicef.cl) y [www.programapuerto.cl](http://www.programapuerto.cl)

Lamb M, et al, 2007, Structured forensic interview protocols improve the quality and informativeness of investigative interviews with children: A review of research using the NICHD Investigative Interview Protocol. Child Abuse and Neglect 31(11-12) 1201-1231

OMS y ISPCAN 2006. Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.

Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. J Psychol. 2001 Jan; 135(1):17-36. National Foundation for Family Research and Education, Calgary, Canada

Palusci V., Palusci J., 2006, Screening tools for child sexual abuse. Jornal de Pediatria V82, 6, 409-410.

Pillai M. Forensic examination of suspected child victims of sexual abuse in the UK: a personal view. *J Clin Forensic Med.* 2005 Apr; 12(2):57-63. Epub 2005 Jan 19.

Salvagni EP, Wagner MB, 2006, Development of a questionnaire for the assessment of sexual abuse in children and estimation of this discriminant validity: a case-control study. *J Pediatr (Rio J)*; 6:431-6

Sanci et al, 2008, Child Sexual Abuse and Eating Disorder in Females. *Arch Pediatr Adolesc.* 162(3): 261-267.

## 14. GUÍAS Y ORIENTACIONES

### 14.1 Guía para tomar decisiones de denuncia legal de abuso sexual infantil

(Tomado y traducido de Nancy Kellogg and the Committee on Child Abuse and Neglect. The Evaluation of Sexual Abuse in Children. *Pediatrics* 2005; 116; 506-512)

DATOS DISPONIBLES				RESPUESTA	
Características de la historia del caso	Sintomatología Conductual	Examen físico	Test Diagnostico	Nivel de preocupación sobre abuso sexual	Decisión de denuncia
Declaración clara	Presente o ausente	Normal o Anormal	Positivo o Negativo	Alto	Denuncia
Ninguna declaración o declaración vaga	Presente o ausente	Normal o inespecífico	Test Positivo para C trachomatis, gonorrea, T vaginalis, VIH, sífilis o herpes*	Alto	Denuncia
Ninguna o vaga	Presente o ausente	Hallazgos clínicos	Negativa o Positiva	Alto	Denuncia
Vaga o sólo relato de los padres	Presente o ausente	Normal o inespecífico	Negativa	Indeterminado	Derivar cuando sea posible
Ninguna	presente	Normal o inespecífico	Negativa	Indeterminado	Posible denuncia, derivar o seguimiento**

\* Si transmisión sexual es improbable o excluida.

\*\*Confirmado con varios exámenes y/o consulta a expertos, o si las conductas son raras o inusuales en niños normales

### 14.2 Clasificación de la conducta infantil sexualizada

(Tomado y traducido de: Bonner B, & Berliner L. Children with sexual behavior Problems: assessment and treatment. Final Report, Grant No. 90-CA-1469 National Center on Child Abuse and Neglect Administration for Children, Youth, and Families U.S. Department of Health and Human Services. p. 7 a 9)

Los autores proponen un sistema de clasificación para la problemática relacionada con comportamientos sexualizados en los niños que delimita tres niveles de perturbación: precoz, inapropiado, y comportamientos sexuales coercitivos. Estos tres niveles son:

**1. Comportamiento sexual precoz:** implica comportamientos tales como el contacto sexual oral o genital entre pre-adolescentes sin evidencia de uso de fuerza o coacción. Este comportamiento puede ser temporal, en respuesta a exposición a comportamiento sexual explícito. En estos casos puede dar paso a la divulgación, al aumento de

supervisión, o a una intervención terapéutica. Estos niños debieran tener una evaluación posterior para determinar la necesidad y el nivel de intervención apropiada.

**2. Comportamiento sexual inapropiado** incluye masturbación persistente, exceso de interés o preocupación con cuestiones sexuales, y comportamientos o juegos altamente sexualizados. Estos niños pueden estar en el incipiente proceso de desviación del patrón de desarrollo sexual normal. La intervención de estos niños dependerá de la frecuencia, persistencia, y las consecuencias de la conducta.

**3. Comportamiento sexual coercitivo**, se refiere a actos sexuales en que se utiliza la fuerza o amenaza. Estos niños pueden combinar el comportamiento sexual agresivo con otras actividades antisociales. El comportamiento sexual puede estar más dirigido a la ira y hostilidad que a una búsqueda de la gratificación. En los niños con comportamiento sexual coercitivo se considera como necesaria una intervención intensiva inmediata.

En resumen, la literatura sobre los niños y jóvenes de 6 a 12 con problemas de conducta sexual es bastante limitada. No hay estudios dirigidos a evaluar comportamiento sexual inapropiado.

#### **14.3 Guía para interpretar hallazgos físicos y de laboratorio frente a sospecha de ASI**

Tomado de: Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, Mehta NH, Finkel MA, Botash AS, Kellogg ND, Shapiro RA. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2007 Jun; 20(3):163-72. Pag 165 y 166.

**Table 1.** Approach to Interpreting Physical and Laboratory Findings in Suspected Child Sexual Abuse: December 2006

A Product of an ongoing collaborative process by child maltreatment physician specialists, under the leadership of Joyce A. Adams, MD (Numbering of findings is for ease of reference only and does not imply increasing significance)

**Findings documented in newborns or commonly seen in non-abused children:**

(The presence of these findings generally neither confirms nor discounts a child's clear disclosure of sexual abuse)

**Normal variants**

1. Periurethral or vestibular bands<sup>6,9,11-13</sup>
2. Intravaginal ridges or columns<sup>9,11-13</sup>
3. Hymenal bumps or mounds<sup>6,9,11-13</sup>
4. Hymenal tags or septal remnants<sup>9,11-13</sup>
5. Linea vestibularis (midline avascular area)<sup>6,9,10</sup>
6. Hymenal notch/cleft in the anterior (superior) half of the hymenal rim (prepubertal girls), on or above the 3 o'clock – 9 o'clock line, patient supine<sup>9,12,13,18</sup>
7. Shallow/superficial notch or cleft in inferior rim of hymen (below 3 o'clock – 9 o'clock line)<sup>17,18</sup>
8. External hymenal ridge<sup>6,9,12,13</sup>
9. Congenital variants in appearance of hymen, including: crescentic, annular, redundant, septate,<sup>6,9,12,13</sup> cribriform, microperforate, imperforate<sup>31</sup>
10. Diastasis ani (smooth area)<sup>14-16</sup>
11. Perianal skin tag<sup>14-16</sup>
12. Hyperpigmentation of the skin of labia minora or perianal tissues in children of color, such as Mexican-American and African-American children<sup>14,15</sup>
13. Dilatation of the urethral opening with application of labial traction<sup>31</sup>
14. "Thickened" hymen (May be due to estrogen effect, folded edge of hymen, swelling from infection, or swelling from trauma. The latter is difficult to assess unless follow-up examination is done)<sup>6,9,11,12,13,17</sup>

**Findings commonly caused by other medical conditions:**

15. Erythema (redness) of the vestibule, penis, scrotum or perianal tissues. (May be due to irritants, infection or trauma\*)<sup>17,18,31</sup>
16. Increased vascularity ("Dilatation of existing blood vessels") of vestibule and hymen. (May be due to local irritants, or normal pattern in the non estrogenized state)<sup>6,11,17,18,31</sup>
17. Labial adhesions. (May be due to irritation or rubbing)<sup>6,18,31</sup>
18. Vaginal discharge. (Many infectious and non-infectious causes, cultures must be taken to confirm if it is caused by sexually transmitted organisms or other infections.)<sup>6,11,18</sup>
19. Friability of the posterior fourchette or commissure (May be due to irritation, infection, or may be caused by examiner's traction on the labia majora)<sup>6,18</sup>
20. Excoriations/bleeding/vascular lesions. These findings can be due to conditions such as lichen sclerosus, eczema or seborrhea, vaginal/perianal Group A Streptococcus, urethral prolapse, hemangiomas)<sup>31,34</sup>
21. Perineal groove (failure of midline fusion), partial or complete<sup>31</sup>
22. Anal fissures (Usually due to constipation, perianal irritation)<sup>14-16,31</sup>
23. Venous congestion, or venous pooling in the perianal area. (Usually due to positioning of child, also seen with constipation)<sup>14-16,31</sup>
24. Flattened anal folds (May be due to relaxation of the external sphincter or to swelling of the perianal tissues due to infection or trauma\*)<sup>14-16,31</sup>
25. Partial or complete anal dilatation to less than 2 cm (anterior-posterior dimension), with or without stool visible. (May be a normal reflex, or may have other causes, such as severe constipation or encopresis, sedation, anesthesia, neuromuscular conditions.)<sup>14-16,31</sup>

**INDETERMINATE Findings: Insufficient or conflicting data from research studies:** (May require additional studies/evaluation to determine significance. These physical/laboratory findings may support a child's clear disclosure of sexual abuse, if one is given, but should be interpreted with caution if the child gives no disclosure. In some cases, a report to child protective services may be indicated to further evaluate possible sexual abuse.)

**Physical Examination Findings**

26. Deep notches or clefts in the posterior/inferior rim of hymen in pre-pubertal girls, located between 4 and 8 o'clock, in contrast to transections (see 41)<sup>17,18,25,27,30</sup>
27. Deep notches or complete clefts in the hymen at 3 or 9 o'clock in adolescent girls.<sup>29,30</sup>
28. Smooth, non-interrupted rim of hymen between 4 and 8 o'clock, which appears to be less than 1 millimeter wide, when examined in the prone knee-chest position, or using water to "float" the edge of the hymen when the child is in the supine position.<sup>13,17,32</sup>
29. Wart-like lesions in the genital or anal area.<sup>2,4,16,31,35,36</sup> (Biopsy and viral typing may be indicated in some cases if appearance is not typical of Condyloma acuminata)
30. Vesicular lesions or ulcers in the genital or anal area (viral and/or bacterial cultures, or nucleic acid amplification tests may be needed for diagnosis)<sup>2,4,31,35,37</sup>
31. Marked, immediate anal dilatation to an anterior-posterior diameter of 2 cm or more, in the absence of other predisposing factors<sup>14,31</sup>

**Lesions with etiology confirmed: Indeterminate specificity for sexual transmission** (Report to protective services recommended by AAP Guidelines<sup>2</sup> unless perinatal or horizontal transmission is considered likely)

31. Genital or anal Condyloma acuminata in child, in the absence of other indicators of abuse.<sup>2,4,35,36</sup>
32. Herpes Type 1 or 2 in the genital or anal area in a child with no other indicators of sexual abuse.<sup>2,4,35</sup>

**Findings Diagnostic of Trauma and/or Sexual contact** (The following findings support a disclosure of sexual abuse, if one is given, and are highly suggestive of abuse even in the absence of a disclosure, unless the child and/or caretaker provide a clear, timely, plausible description of accidental injury. (It is recommended that diagnostic quality photo-documentation of the examination findings be obtained and reviewed by an experienced medical provider, before concluding that they represent acute or healed trauma. Follow-up examinations are also recommended.)

(Continued)

## 14.4 Tipología preliminar de víctimas de abuso con conducta sexualizada

(Extraído y traducido de [Kordick H., Mathews F., Pearce J.](#) Sexual behavior problems in sexually abused children: a preliminary typology. *Child Abuse Negl.* 2002 Mar; 26(3): 289-312. PMID: 12013060 [PubMed - indexed for MEDLINE] [Child Abuse Negl.](#) 2002 Mar; 26(3): 289-312)

### Tipos o subgrupos de niños víctimas de abuso sexual con perfiles de comportamiento sexual diferentes

#### Tipo 1: Desarrollo mental en “espera” del comportamiento sexual

No presentan alteraciones en el comportamiento sexual, tampoco hay un desarrollo centrados en sí mismo. El abuso es provocado sólo por una persona, no es frecuente que se presenten actos sexuales entre niños. La supervisión de los niños es adecuada. Hay historia de maltrato en los niños y en los padres. El resultado del tratamiento a los niños y padres o cuidadores es bueno.

#### Tipo 2. No planificada.

Alteración en el comportamiento sexual interpersonal (problemática del desarrollo). Es espontáneo, ocasional y no arraigado (en comparación con los tipos 3, 4 y 5). Su abuso es menos complejo y no lleva a la excitación sexual. Por lo general son maltratados por un solo autor. Ellos tienden a culpar a sus autores. La supervisión de los padres es buena. Hay poca violencia familiar y delincuencia. Resultado del tratamiento es excelente.

#### Tipo 3. Comportamiento sexual centrado en sí mismo (problemática del desarrollo)

Los niños presentan frecuentemente masturbación compulsiva, preocupación sexual y pocos gestos sexualizados. No hay problemática interpersonal de comportamiento sexual. Los niños tienden a culparse a sí mismos. El abuso es realizado por más de un perpetrador. No se presentan actos sexuales de niño a niño. Los padres ejercen una supervisión no adecuada. Las familias muestran algunos problemas de funcionamiento. Existen múltiples malos tratos al igual que en los subgrupos tipos 1 y 2. Las familias tienen un problema sexual. La violencia familiar es un problema para más de la mitad de las familias, pero prácticamente no hay delincuencia. El resultado del tratamiento es problemático para la mayoría de los niños, y la focalización en sí mismos es resistente al tratamiento. Más de la mitad de los padres no están en condiciones de uso de consejería y tienen dificultades para el establecimiento de límites adecuados a sus hijos en relación al comportamiento sexual.

#### Tipo 4. Planeado, comportamiento sexual interpersonal (problemática del desarrollo)

Estos niños participan en problemáticas interpersonales de comportamiento sexual. Involucra un amplio espectro de actos de tipo sexual de adultos, actos que están previstos, pero no son coercitivas. La mayoría de ellos están preocupados de problemas sexuales y de la masturbación. Son participantes activos. Alrededor de la mitad son víctimas en un perpetrador, en múltiples ocasiones. Sólo una tercera parte está implicada en actos sexuales de niño a niño (como víctimas). La mayoría de las familias muestran problemas de funcionamiento, pero hay cierta voluntad de buscar y utilizar la ayuda. La relación padre-hijo se caracteriza por ser de tipo emocional. Los malos tratos son frecuentes. La violencia intrafamiliar existe en la mayoría de las familias, pero prácticamente no hay delincuencia. La mayoría presenta problemas sexuales, pero menos de la mitad presentan patrones de interacción sexual. Las familias visualizan la necesidad de establecer límites en la problemática del comportamiento sexual, pero parecen incapaces de hacerlo. Resultado del tratamiento: pocos son capaces de resolver el tema del abuso y ambas problemáticas las interpersonales y la focalización en sí mismos siguen presentes en el comportamiento sexual.

#### Tipo 5. Planeada, comportamiento sexual interpersonal coercitivo

Comportamiento sexual interpersonal de tipo adulto que es resistente al límite. Todos muestran altos niveles de problemática como la masturbación, preocupación sexual, gestos sexualizados. Su experiencia en relación

al abuso está marcada por el malestar, auto-estimulación, excitación, y un alto grado de participación de los niños pequeños. Casi todos son objeto de abusos múltiples por diferentes perpetradores. La actividad sexual de niño a niño implica hermanos, y el objetivo es que el niño se enseña a actuar como un "autor".

El sadismo y la perversidad son elementos caracterizan el abuso. La supervisión de los padres es muy insuficiente, y hay un fácil acceso a otros niños dentro y fuera de la familia. La violencia intrafamiliar y la delincuencia al igual que múltiples historias de malos tratos están presentes. Resultado del tratamiento es muy pobre. Pocos cuidadores son capaces de hacer uso de consejería, y la mayoría no están en condiciones de establecer los límites adecuados en el comportamiento sexual de los niños a causa de la minimización y la negación problemática del desarrollo.

## 15.GLOSARIO

### 15.1 Siglas Metodológicas

- **ECA:** Ensayo Clínico Aleatorizado
- **RS:** Revisión Sistemática
- **GC:** Grupo Control
- **GI:** Grupo de Intervención
- **EP:** Estudio Primario
- **EC:** Ensayo controlado
- **TE:** Tamaño del Efecto
- **DS:** Desviación Estándar

### 15.2 Siglas de Test o Instrumentos

- **TAT:** Test de Apercepción Temática, H.A. Murray. Instrumento proyectivo que tiene como objetivo explorar los factores esenciales en la dinámica de la personalidad infantil. Su uso permite conocer y obtener información respecto a la estructura de personalidad del niño/a, sobre las características de la vida familiar que lo rodea, así como también permite explorar la actitud y comportamiento del infante frente a los problemas de crecimiento, la sexualidad y la socialización. El test esta formado por 10 láminas acromáticas que han sido confeccionadas mediante personajes de animales. Estas se presentan al sujeto, quien elabora historias a partir de ellas. Su análisis le permite al profesional inferir los deseos, esperanzas, temores, conflictos y experiencias encubiertos que el sujeto proyecta en ellas.
- **RO:** Test de Rorschach. Técnica y método proyectivo de psicodiagnóstico creado por Hermann Rorschach (1884-1922). El test se utiliza principalmente para evaluar la personalidad. Consiste en una serie de 10 láminas compuestas por manchas de tinta (negras y policromáticas) sobre un fondo blanco. Estas láminas poseen una morfología vaga por lo que resultan especialmente sugerentes. Las láminas son presentadas de manera sucesiva a un paciente preguntándole lo que ve en ellas y cómo y dónde manifiesta lo observado. A partir de sus respuestas, el especialista puede establecer o contrastar hipótesis acerca del funcionamiento del sujeto. El análisis del test está basado en las respuestas que da el individuo.
- **CBCL:** Child Behavior Checklist (Achenbach & Edelbrock, 1983). Listado de comprobación de la conducta del niño. Estudia el comportamiento de los niños/as de 4 a 16 años. Obtiene información acerca de trastornos emocionales, comportamentales y sociales. Evalúa las competencia del niño/a en las tareas habituales de la vida cotidiana, las relaciones sociales y los rendimientos escolares. Instrumento fiable para distinguir niños/as con psicopatología de población general. Posee una sensibilidad de 67% y una especificidad de 74%.

- **TSCC:** Trauma Symptom Checklist for Children (Briere, 1996). Instrumento diseñado para evaluar el impacto del trauma manifestado tanto en síntomas de estrés post-traumático como en la sintomatología psicológica relacionada. El TSCC es una medición de autoreporte con 54 ítems, también disponible en una versión alternativa de 44 ítems. Los ítems están agrupados en 2 escalas de validez y seis escalas clínicas. Estas seis escalas son: ansiedad, depresión, rabia, estrés post-traumático, disociación (con 2 sub-escalas) y preocupaciones sexuales.
- **STAIC:** State-Trait Anxiety Inventory for Children (Spielberger, 1973). Instrumento para la medición de la ansiedad en niños/as. Distingue entre una propensión general al comportamiento ansioso arraigado en la personalidad y la ansiedad como estado emocional pasajero. El instrumento ha sido diseñado para ser usado con niños/as en edad escolar y consiste en dos escalas de 20 ítems. Incorpora escalas de auto-reporte destinadas a la medición de dos conceptos de la ansiedad: ansiedad de estado (S-Anxiety) y ansiedad de rasgo (T-Anxiety).
- **CDI:** Child Depression Inventory (Kovacs, 1981). Cuestionario de depresión para niños. Adaptación del cuestionario de Beck de la depresión. Consta de 27 ítems, a cada uno de los cuales corresponden tres frases, numeradas de 0 a 2. El niño debe escoger la que mejor se adecue a su estado afectivo en los últimos días. Se aplica a niños y adolescentes de 7 a 17 años.
- **PSQ:** Parental Support Questionnaire (Cohen & Mannarino, 1996). Medición a partir del autoreporte del apoyo parental hacia el niño/a y atribuciones de responsabilidad.
- **CSBI:** Child Sexual Behavior Inventory (Friedrich, Grambsch, Broughton, Kuiper & Beilke, 1991). Inventario de Conducta Sexual Infantil. Prueba que utiliza el informe de los padres (la madre o la persona que cuida al niño) en relación a la conducta sexual de niños de 2 a 12 años. Se emplea para evaluar niños que han sido objeto de abuso sexual o se sospeche que lo hayan sido. Consta de 3 escalas: La primera escala "DRSB", (Developmentally Related Sexual Behavior) mide las conductas sexuales de acuerdo a la edad; la segunda escala "SASI" (Sexual Abused Specific Issues) mide las conductas sexuales referentes al abuso sexual. La tercera "CSBI TOTAL" es la suma de las escalas antes mencionadas.
- **PRESS:** The Preschool Symptom Self-Report (Martini et al, 1990). Su objetivo es obtener un autoreporte de síntomas depresivos de niños/as en edad pre-escolar. Consta de 25 ítems, cada uno compuesto por 2 dos ilustraciones en una página. Un dibujo ilustra un comportamiento de problema o un síntoma; otro ilustra la ausencia de ese problema o síntoma. Se le pide al niño/a que indique qué cuadro lo representa mejor. Los ítems de muestra incluyen:

sensación de tristeza; sentirse mal respecto a uno mismo, creencia de que los padres no lo/a aman.

- **K-SADS-E:** Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School- Age Children (Orvaschel et al, 1982). Entrevista semi-estructurada diseñada para evaluar trastornos psiquiátricos en niños/as y adolescentes de entre 6 y 18 años. El K-SADS debe ser administrado por clínicos entrenados en la evaluación diagnóstica de niños/as y adolescentes y estén familiarizados con el DSM-IV. Este instrumento se focaliza tanto en la sintomatología actual como en la intensidad de los síntomas durante el último episodio más severo. Los síntomas asociados a los últimos episodios se clasifican como presentes/ausentes y los síntomas actuales se clasifican como suaves, moderados, o severo.
- **ADIS IV:** Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (DiNardo, Brown, & Barlow, 1994). Entrevista estructurada diseñada para la medición de episodios actuales de trastornos ansiosos, permitiendo el diagnóstico diferenciado en relación a los trastornos de ansiedad descritos en el DSM-IV. Además, el ADIS-IV provee información suficiente para el análisis funcional de los trastornos ansiógenos. Incluye secciones para determinar trastornos del ánimo, somatomorfos y de abuso de sustancias debido a su alta co-morbilidad con los trastornos de ansiedad y por la similitud en la sintomatología de estos trastornos con los ansiosos. El test también contiene preguntas para determinar síntomas psicóticos o conversivos y la historia psiquiátrica familiar.
- **FT-SAC:** Focus therapy sexual abuse, Terapia focalizada en abuso sexual infantil
- **RCMAS:** Revised Children's Manifest Anxiety Scale (Reynolds & Richmond, 1985). Escala Revisada de ansiedad manifiesta para niños. Evalúa el estado general de ansiedad en el niño. Compuesta por 53 ítems, de los que 42 corresponden a ansiedad, siendo el resto ítems "falsos". Es autoaplicada y de fácil respuesta (sí o no).
- **PIERS HARRIS:** Children's Self-Concept Scale (Pier & Harris, 1984). Escala de autoconcepto que presenta una lista de 80 sentencias, en las que el sujeto se limita a decir sí o no, y donde contesta acerca del "modo en que me veo a mí mismo". Abarca seis factores o ámbitos: comportamiento, estatus intelectual y escolar, ansiedad, popularidad, aspecto corporal y cualidades físicas, felicidad y satisfacción.
- **CGAS:** Children Global Assessment Scale. (Evaluación Infantil Global). Evalúa globalmente los trastornos mentales del niño. Conduce a una puntuación entre 1 y 100. Se hace referencia al nivel de funcionamiento por tramos de 10 puntos (nivel 1 a 10, nivel 11 a 20...nivel 91 a 100). Las puntuaciones superiores a 70 indican un buen nivel de funcionamiento; las inferiores a 50 señalan a niños/as con necesidad de intervención terapéutica.

- **PAS:** Atribución parental
- **WBR:** Weekly Behavior Record/Informe semanal de comportamiento (Cohen, Mannarino, 1996). Destinado a documentar la frecuencia de problemas conductuales asociados a abuso sexual. El número total de tipos y número de episodios conductuales ocurridos durante una semana son registrados. Esta lista para padres consiste en 21 ítems. Existe un ítem por cada tipo de problema conductual. Durante el transcurso de la semana, se pide a los padres que registren si una conducta (Ej.: dificultades para dormir, síntomas ansiosos, comportamientos sexuales inapropiados) ocurre una o más veces. Los padres deben registrar el número exacto de veces que cada conducta ocurre.
- **PPQ:** Parent Practice Scale (Strayhorn & Weidman, 1988) Instrumento de autoreporte sobre prácticas parentales, para padres.
- **IES:** Impact of Events Scale (Horowitz, Wilner, Alvarez, 1979). Escala de autoreporte de 15 ítems, que evalúa el estrés subjetivo luego de un evento vital estresante. Se pide a las personas evaluadas que clasifiquen la frecuencia de experiencias intrusivas (sensaciones o imágenes asociados al trauma) en los 7 días previos a la prueba.
- **FAD:** Evaluación Familiar
- **GHQ:** General Health Questionnaire (Goldberg, 1978). Medida de salud mental actual. Originalmente, el cuestionario fue desarrollado como un instrumento de 60 ítems, pero actualmente existe una gama de versiones acortadas del cuestionario que incluyen: el GHQ-30, el GHQ-28, el GHQ-20, y el GHQ-12. La escala explora si la persona evaluada ha experimentado un síntoma o conducta particular recientemente. Cada ítem es clasificado en una escala de cuatro puntos (menos de lo usual, no más de lo usual, algo más de lo usual, o mucho más de lo usual).
- **SAFE:** Sexual Abuse Fear Evaluation Scales (Wolfe & Wolfe, 1986). Evaluación de los miedos asociados al abuso y la situación de estrés en los niños abusados sexualmente. Es una escala de 27 ítems, que forma parte de una prueba más larga (80 ítems): Fear Survey Schedule for Children-Revised. El SAFE se compone de dos subescalas: Miedos sexuales asociados y malestar interpersonal.
- **FSSC-R:** Fear Survey Schedule for Children-Revised. Instrumento en el cual se le pide a los niños/as que ubiquen su miedo en una escala de tres puntos: "ninguno", "algo" o "mucho", considerando 80 estímulos o situaciones específicas.

- **IPAT:** Anxiety Scale (Krug, Scheier, Cattell, 1976). Compuesta por 40 ítems, divididos en dos escalas: la escala oculta de ansiedad y la escala manifiesta. Cada escala se divide en 5 factores: aprehensión (O), tensión (Q4), inestabilidad emocional (C), suspicacia (L) y falta de control (Q3).

### 15.3 Otras

- **CBT:** Cognitive Behavioral Therapy, Terapia cognitivo conductual
- **PTSD:** Post Traumatic Stress Disorder (trastorno por estrés post-traumático)
- **SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Programa estadístico informático utilizado en las ciencias sociales y las empresas de investigación de mercado.
- **EMDR:** Eyes Movement Desensitization and Reprocessing, Desensibilización y reprocesamiento ocular. Método terapéutico innovador que acelera el tratamiento de amplio rango de patologías de origen psicológico, fobias, estrés postraumático. Método descubierto y desarrollado desde 1987 por la Dra. Francine Shapiro (Instituto de Palo Alto, California).

### 15.4 Glosario de Terapias y Técnicas Psicológicas

- **Psicoterapia Individual:** tratamiento psicológico de la problemática emocional que presenta la persona mediante un método racional para la construcción de recursos psicológicos y de una escala de valores que permitan afrontar la problemática que padezca. Técnica de curación a través de la palabra. Cada modelo teórico respalda un determinado modelo psicoterapéutico.
- **Psicoterapia Grupal:** técnica de tratamiento en la que el paciente es integrado en un conjunto de otros pacientes, con un profesional como punto de referencia, quien trata de movilizar las actitudes negativas que le dificultan su comunicación y su convivencia; con el fin de aliviar sus tensiones emocionales, las cuales les causan sufrimiento tanto a ellos como a las personas de su entorno social y familiar.
- **Instrumentos proyectivos:** instrumentos especialmente sensibles en la revelación de aspectos inconscientes de la conducta ya que permiten provocar una amplia variedad de respuestas subjetivas, son altamente multidimensionales y evocan respuestas y datos del sujeto inusualmente ricos, con un mínimo conocimiento del objetivo del test, por parte de éste.
- **Test de la figura humana:** A partir del dibujo de una figura humana, se realiza el análisis correspondiente entre las expresiones gráficas y los aspectos de la personalidad de la persona que dibuja. El dibujo de la figura humana muestra especialmente aspectos de la personalidad del sujeto en relación a su autoconcepto y su imagen corporal. Viendo el dibujo de una manera integral y dándole una rápida mirada general, el grado de armonía entre las partes constitutivas del dibujo (principalmente proporción, calidad de línea, presión, tamaño) da cuenta de la

---

habilidad del sujeto para adaptarse al ambiente, y el grado de criterio de realidad, y objetividad con la cual establece sus vínculos interpersonales.

- **Psicoeducación:** educación que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico. Incluye cursos de entrenamiento para el paciente dentro del contexto del tratamiento de su enfermedad. También están incluidos los miembros de la familia. La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la problemática que presenta. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo.
- **Arte terapia:** disciplina del campo de la Psicoterapia en la que se emplean recursos de las artes plásticas con objetivos terapéuticos. Esta práctica resulta de la convergencia de las teorías de la Psicología y las técnicas y conocimientos artísticos. Su objetivo es utilizar herramientas que faciliten la expresión y comunicación de aspectos internos del individuo, cuya verbalización resulta dificultosa por diversas causas.
- **Terapia de juego:** Terapia que tiene como objetivo evaluar las conductas expresadas por el niño, trabajando su autoconocimiento por medio de la exploración, y el autocontrol. Los juguetes utilizados durante la sesión deben cumplir el propósito de suscitar ciertas conductas problema. Se busca que el niño/a, mediante el juego, libere sus emociones traumáticas, siendo capaz de elaborarlas, desarrollando sentimientos de control sobre sus problemas.
- **Juego de roles:** juego interpretativo-narrativo en el cual los jugadores asumen "el rol" de los personajes a lo largo de una historia o trama, para lo cual interpretan sus diálogos y describen sus acciones. No hay un guión a seguir, ya que el desarrollo de la historia queda por completo sujeto a las decisiones y acciones de los jugadores. Destaca el hecho de que la imaginación, la narrativa, la originalidad y el ingenio son primordiales para el adecuado desarrollo de este juego dramático. Existe un jugador primordial llamado "el director de juego", el cual cumple la función de ser el mediador entre la percepción de los demás jugadores así como la de interpretar a aquellos personajes no caracterizados por éstos.
- **Terapia cognitivo-conductual:** intervención psicoterapéutica en la que destaca de forma prominente la reestructuración cognitiva, la promoción de una alianza terapéutica colaborativa, y métodos conductuales y emocionales asociados, mediante un encuadre estructurado. Trabaja sobre la hipótesis de que los patrones de pensamiento, llamados distorsiones cognitivas tienen efectos adversos sobre las emociones y la conducta, y que, por tanto, su reestructuración, por medio de intervenciones psicoeducativas y práctica continua, puede mejorar el estado del consultante. La terapia cognitiva conductual es un tipo de psicoterapia empleada principalmente en el tratamiento de depresión, trastornos de ansiedad, fobias, y otras formas de trastornos psicológicos. Se basan en reconocer el pensamiento

distorsionado que las origina y aprender a reemplazarlo con ideas sustitutivas más realistas.

- **Psicodrama:** corriente psicoterapéutica creada por Jacob Levy Moreno, que se desarrolla fundamentalmente en el contexto grupal y de escenificación teatral. Concibe al ser humano y por lo tanto al proceso psicoterapéutico desde una perspectiva vincular - social. Concibe lo psicoterapéutico como un proceso integral, a cuya experiencia deben asistir no solo aspectos cognitivos, sino también la información proveniente del cuerpo y los afectos, induciendo de esta manera a una profundización y emergencia de significados inconscientes bloqueados y con ello, la ampliación y resignificación de la perspectiva con la que habitualmente se percibe la realidad.
- **Setting agencia:** derivados de un contexto de salud mental clínica o comunitaria.
- **Setting investigación:** contexto universitario o de otro tipo de investigación.
- **Test Draw-a-Man:** Test desarrollado por Machover en 1948. Utiliza el dibujo de figuras de manera proyectiva, centrándose en cómo los dibujos reflejan las ansiedades, los impulsos, la autoestima, y la personalidad del que realiza la prueba. En primera instancia, se le pide al niño/a que dibuje el cuadro de una persona. Luego, se le pide que dibuje una persona del sexo opuesto al dibujado en el primer cuadro. En ocasiones, también se le pide al niño/a que se dibuje a sí mismo o algún miembro de su familia. Luego, se le realizan una serie de preguntas acerca de sí mismos y sus dibujos. Estas preguntas pueden ser sobre su estado de ánimo, sus ambiciones, y las cualidades buenas y malas de las personas dibujadas. Los dibujos y las preguntas del test han sido desarrollados para obtener información acerca de las ansiedades del niño/a, sus impulsos, y su personalidad en general.
- **Hand Test:** Técnica proyectiva utilizada para medir tendencias de la acción, particularmente acting-out y conducta agresiva, tanto en adultos como en niños/as (por lo menos de 5 años de edad). Utilizando pinturas de manos como medio proyectivo, el test busca respuestas que reflejen las tendencias conductuales. Se le muestran 10 cartas con pinturas a la persona evaluada, una a la vez. Estas contienen dibujos lineales simples de una mano en varias posiciones. La persona debe explicar que esta hacienda cada mano.
- **Intervención familiar:** incluye una variedad de servicios, generalmente de carácter multidisciplinar, orientados a modificar o utilizar los recursos y relaciones familiares en contextos diversos. Dichos servicios tienen en común el basarse en el conocimiento de la estructura y relaciones familiares y en las técnicas de trabajo con la familia. En algunos casos el objetivo en sí de la intervención familiar es la modificación de las relaciones familiares para conseguir una mejor adaptación a cambios evolutivos o sociales (Terapia familiar y consejo), mientras que en otros casos los programas utilizan el contexto del sistema familiar para optimizar la

rehabilitación y/o cuidado de enfermedades crónicas o la optimización de otros tratamientos -médicos o psicoterapéuticos- que pueden verse muy afectados por las reacciones y comportamiento de los familiares de los pacientes (Grupos multifamiliares, educación familiar).

- **Terapia de apoyo no directiva:** Terapia centrada en la entrega de parámetros (no normas) de conducta ajustados al entorno social y a las posibilidades psicofísicas del paciente.
- **Terapia de apoyo:** intervención realizada con el objetivo de mantener el funcionamiento presente o ayudar a los pacientes con sus habilidades preexistentes. La terapia de apoyo emplea medidas directas intentando reducir los síntomas para mantener, restaurar o mejorar la autoestima, las funciones del ego y/o habilidades adaptativas.
- **Trastorno de estrés post-traumático:** trastorno de ansiedad generado luego de haber observado o experimentado un hecho traumático que involucra una amenaza de lesión o de muerte.
- **Terapia psicodinámica:** terapia centrada en los conflictos emocionales causados por eventos traumáticos, particularmente los relacionados con experiencias tempranas. A través de la expresión de las diversas emociones y pensamientos asociados al evento, en un ambiente empático y seguro, el paciente adquiere una mayor sensación de seguridad y autoestima, desarrolla maneras efectivas de pensar y de afrontar la experiencia traumática y las intensas emociones asociadas que emergen durante el proceso terapéutico. Su objetivo principal es incrementar la conciencia ("insight") de los conflictos intrapersonales y su resolución. El paciente es guiado hacia el desarrollo de una autoestima reforzada, mayor autocontrol y una nueva visión de su integridad personal y autoconfianza.
- **Condicionamiento clásico:** Proceso de aprendizaje mediante el cual un organismo establece una asociación entre un estímulo condicionado (EC) y un estímulo incondicionado (EI), siendo el EC capaz de elicitar una respuesta condicionada (RC). Experimentalmente se obtiene esta forma de condicionamiento exponiendo el organismo a un EC y un EI en repetidas ocasiones. También se denomina condicionamiento pavloviano.
- **Técnica de Relajación:** intervención que implica la distensión muscular y psíquica con un descenso de la tensión generada por el trabajo y el esfuerzo muscular, que facilita la recuperación de la calma, equilibrio mental y la paz interior. Es el descenso paulatino de la acción muscular y la tranquilidad psíquica que genera un estado de bienestar, de salud.
- **Inoculación de estrés:** Técnica que tiene como objetivo desarrollar y/o dotar a los sujetos de habilidades y destrezas que le permitan disminuir la tensión y la activación fisiológica, utilizándose fundamentalmente en el tratamiento de las

respuestas de estrés y ansiedad. En la fase de entrenamiento o adquisición de recursos instrumentales de la inoculación de estrés se enseña a los sujetos, mediante modelado y práctica simulada, las técnicas necesarias para manejar los mediadores encubiertos. Los tres objetivos básicos del tratamiento por inoculación del estrés son el área cognitiva (modificación de pensamientos desadaptativos), el área de autocontrol y el área de adaptación al medio.

- **Exposición graduada:** Técnica cognitivo-conductual, en la que los pacientes son expuestos de manera gradual a estímulos altamente ansiógenos, impidiéndose cualquier respuesta de evitación y/o escape. La intervención es llevada a cabo a través de un paquete de procedimientos que incluyen la Imaginación emotiva, en la cual se emplean imágenes o escenas que generan sentimientos positivos y la práctica reforzada, la cual consiste en ir administrando refuerzo positivo, de forma paulatina al niño, a medida que va superando la jerarquía propuesta.