

Artículo

Meta-análisis de la eficacia de intervenciones psicológicas en menores refugiados

Irene Yus¹, Alejandro Guillén-Riquelme² y Raúl Quevedo-Blasco¹

¹Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC). Universidad de Granada

²Universidad Internacional de Valencia (VIU)

ARTICLE INFO

Recibido: 17/07/2022
Aceptado: 15/10/2022

Keywords:

Mental health
Children and young
Therapies
Violence
Traumatic experiences

Palabras clave:

Salud mental
Niños y jóvenes
Terapias
Violencia
Experiencias traumáticas

ABSTRACT

Background/objective: Refugees are a population that is particularly affected by violence. The exposure early violent in minors has negative consequences for their development and makes them more vulnerable to subsequent episodes of victimization in the future. As a result, several psychological interventions have been developed in order to protect the mental health of these young refugees and prevent them from developing extra vulnerabilities for their future life. This meta-analysis aimed to investigate the effectiveness of these interventions, as well as the effects of the type of intervention (moderator). **Method:** 22 original studies analyzing the effect of psychological intervention on the trauma (anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder) were selected, obtaining a total of 39 effect sizes. A meta-analysis of effect sizes (d) was executed, weighting by inverse variance and assuming a fixed-effects model. **Results:** The psychological intervention proved to be clinically significant with the same effect size magnitude in the health markers of trauma: treatment of post-traumatic stress disorder ($d = 0.96$, IC 95%[0.60, 1.32]), depression ($d = 0.74$, IC 95%[0.31, 1.17]), and anxiety ($d = 0.57$, IC 95%[0.29, 0.86]). Regarding the type of intervention, we found homogenous results in relation to anxiety (all interventions are equally effective). There were inter-study heterogeneity in relation to depression, although the type of intervention did not affect effect size. In relation to post-traumatic stress disorder, the Trauma Systems Therapy did not lead to a significant improvement. **Conclusions:** The intervention in refugee minors is, in general, effective for trauma markers. Nevertheless, further studies are needed to establish what interventions are the most effective to restore the mental health of these minors.

Meta-analysis on the efficacy of psychological interventions in minor refugees

RESUMEN

Antecedes/objetivo: Las personas refugiadas constituyen un grupo de población especialmente afectado por la violencia. Esta exposición temprana violenta en los menores tiene consecuencias adversas en el desarrollo, aumentando la probabilidad de sufrir nuevos episodios de victimización en el futuro. Ante esta situación, se han desarrollado diferentes intervenciones psicológicas con el fin de proteger la salud mental de los menores y evitar que sus experiencias traumáticas les confieran una vulnerabilidad añadida. Este meta-análisis se propuso investigar la eficacia de estas intervenciones, así como los efectos del tipo de intervención (moderador). **Método:** Un total de 22 estudios primarios que estudiaron el efecto de la intervención psicológica en el trauma (ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático) fueron seleccionados, obteniendo un total de 39 tamaños del efecto. Se ejecutó un meta-análisis de los tamaños del efecto (d) ponderando por la inversa de la varianza y asumiendo un modelo de efectos fijos. **Resultados:** La intervención psicológica resultó clínicamente significativa y con una magnitud igual del efecto en los marcadores de salud del trauma: el tratamiento del estrés postraumático ($d = 0.96$, IC 95%[0.60, 1.32]), depresión ($d = 0.74$, IC 95%[0.31, 1.17]) y ansiedad ($d = 0.57$, IC 95%[0.29, 0.86]). Por el tipo de intervención, en ansiedad encontramos resultados homogéneos (todas las intervenciones son efectivas por un igual), en depresión hallamos heterogeneidad inter-estudios, pero el tipo de intervención no resultó en efectos diferentes, y en estrés postraumático la técnica Terapia de Sistemas de Trauma no resultó en un efecto de mejora significativo. **Conclusiones:** La intervención en menores refugiados en los marcadores del trauma es, en general, efectiva. No obstante, se necesitan más estudios para establecer qué intervenciones son las más efectivas para reestablecer la salud mental de estos menores.

Citar como/Cite as: Yus, I., Guillén-Riquelme, A., y Quevedo-Blasco, R. (2023). Meta-análisis de la eficacia de intervenciones psicológicas en menores refugiados [Meta-analysis on the efficacy of psychological interventions in minor refugees]. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 14(1), 26-39. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2023.01.063>

Correspondencia: Raúl Quevedo-Blasco. Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC). Universidad de Granada. Campus Universitario de Cartuja, s/n. 18011 Granada (España/Spain). E-mail: rquevedo@ugr.es

Introducción

La violencia representa un importante problema de salud pública a nivel mundial (Krug et al., 2002), influyendo la cultura y la migración en la evaluación de riesgos (Schmidt et al., 2018). Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define la violencia como *el uso deliberado de la fuerza física o poder, en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones* (Krug et al., 2002; p. 5). Las estadísticas señalan que cada año más de un millón de personas mueren en el mundo como consecuencia de actos violentos, atendiendo a datos de la OMS (Krug et al., 2002). Existen múltiples estudios centrados en esta temática, aunque con otros enfoques (v. gr., Bonilla-Algovia y Rivas-Rivero, 2022; López-Barranco et al., 2022; Martínez-Gómez et al., 2021; Mirón-Juárez et al., 2022). Un grupo de población especialmente afectado por la violencia son las personas que viven en lugares de conflicto, que en ocasiones acaban abandonando sus países de origen con el fin de huir de los conflictos y la violencia generalizada. De hecho, en la actualidad se ha registrado el mayor número de personas forzosamente desplazadas como resultado de la violencia desde las cifras registradas en la Segunda Guerra Mundial, siendo una considerable proporción de ellos refugiados (United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR], 2016, 2020, 2021). En la Convención de 1951 sobre el Estatuto de los Refugiados, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) definió al refugiado como “aquella persona que, debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país” (ONU, 1951).

Atendiendo a la definición anterior, hay 26,4 millones de personas refugiadas en el mundo (UNHCR, 2021). La experiencia de estas personas se caracteriza por la exposición a numerosos sucesos estresantes y traumáticos tanto en el país de origen como a lo largo de su viaje y en el país de acogida, con el consiguiente impacto psicológico (Carlsson y Sonne, 2018). A diferencia de las personas que se exponen a eventos traumáticos puntuales en algún momento de su vida, los refugiados son sometidos a diversas situaciones estresantes y traumáticas que se extienden y acumulan en el tiempo a lo largo de su situación (Hauck y Brown, 2021; Ludwig et al., 2019; Porter y Haslam, 2005). En la fase pre-migratoria, los estresores suelen estar relacionados con elevados niveles de conflicto, persecuciones, desapariciones o muerte de personas cercanas (Berman, 2001), así como con la manera en la que estas circunstancias condicionan los patrones de relación familiares y la forma de vida (Carlsson y Sonne, 2018). Durante la fase migratoria, los menores se exponen a diferentes peligros y amenazas que se suman al abandono de familiares y amigos y a la falta de recursos y de derechos legales a lo largo de su viaje, enfrentando serios riesgos para su seguridad como, el ser sometido a tráfico de personas, trabajos forzados o explotación sexual (Berman, 2001), lo cual constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de estrés postraumático, ansiedad y depresión (Kiss et al., 2015). Por último, la fase post-migratoria también conlleva numerosos estresores, hasta tal punto que se ha propuesto que esta fase pudiera tener un mayor impacto negativo en la salud mental de los refugiados que el resto de las

fases migratorias (Li et al., 2016; Porter y Haslam, 2005). Esta etapa post-migratoria se caracteriza por estresores relativos a la separación familiar, las secuelas de los daños sufridos durante el viaje, el miedo a ser devuelto al país de origen, la adaptación a una nueva cultura, la falta de apoyo social, la discriminación, el aislamiento y la soledad (Carlsson y Sonne, 2018; Henley y Robinson, 2011).

Un grupo especialmente vulnerable a los efectos adversos del viaje migratorio son los niños y adolescentes. De los 26 millones de personas refugiadas que hay actualmente en el mundo, la mitad de ellas tienen menos de 18 años (UNHCR, 2020). Esta población presenta una especial vulnerabilidad debido a que se encuentran en una etapa evolutiva en la que su proceso de desarrollo cognitivo, biológico y psicosocial está incompleto y en la que no cuentan con habilidades de afrontamiento suficientemente desarrolladas que les permitan llevar una vida independiente (Lau y Thomas, 2008); y aunque existen programas de prevención psicosocial contra la radicalización y el extremismo (v. gr., Jugl et al., 2021), no se aplican (o no se hace lo suficiente) ante estos casos, al menos para intentar mejorar las habilidades, tal y como se aplican a jóvenes ante un sistema de protección (véase García-Alba et al., 2022). En consecuencia, los niños y adolescentes son especialmente susceptibles a sufrir los efectos psicológicos adversos derivados de la exposición a numerosos factores de riesgo personales, sociales y ambientales durante su viaje migratorio, que pueden afectar negativamente el desarrollo psicológico y emocional de estos menores (Bronstein y Montgomery, 2011; Díaz Rodríguez, 2017; Loínaz y de Sousa, 2020). En esta línea, se han encontrado elevadas tasas de psicopatología en estos menores (Norredam et al., 2018; Oppedal y Idsoe, 2015), siendo los trastornos más frecuentes el trastorno de estrés postraumático, la ansiedad y la depresión, con una mayor prevalencia en menores refugiados que en población local de la misma edad (Brockie et al., 2015; Fazel et al., 2012; Hodes, 2019; Reed et al., 2012; Scoglio y Salhi, 2021). La pobre salud mental y el déficit en regulación emocional derivados de la exposición repetida a la violencia en etapas evolutivas tempranas constituyen un factor de riesgo para la futura victimización del niño o adolescente (Cooley et al., 2020), debido a la baja autoestima, la desesperanza aprendida y los esquemas cognitivos disfuncionales adquiridos (Finkelhor et al., 2011; Scoglio y Salhi, 2021), además de provocar reacciones emocionales desproporcionadamente intensas ante ciertos estímulos (McLaughlin et al., 2014). Como consecuencia, cabría esperar que la promoción de la salud mental actuase como factor protector ante la victimización; hipótesis que ha sido confirmada recientemente por Cooley et al. (2020), quienes observaron que el adecuado desarrollo de habilidades de regulación emocional ejerce un efecto protector frente a los efectos de futuros episodios de victimización. Este efecto protector de la promoción de la salud mental ha sido también demostrado en relación con la victimización escolar y el fenómeno del *bullying* (Arslan y Allen, 2022; Simón-Saiz et al., 2019).

Todo esto ha generado una preocupación creciente acerca de la salud mental de los menores refugiados y ha motivado el desarrollo de diversas intervenciones clínicas dirigidas a mejorar su salud mental y evitar que sus experiencias traumáticas les confieran una vulnerabilidad añadida a sufrir futuras victimizaciones. Entre ellas se encuentran:

- la Terapia Cognitivo-Conductual-CBT (se basa en la idea de que los pensamientos determinan las emociones

y la conducta, y son por tanto el objeto sobre el que debe incidir el tratamiento, además de fomentar la adquisición de habilidades que faciliten al paciente desenvolverse en su vida cotidiana; Beck, 1964);

- la Terapia Narrativa de Exposición-NET (combina los principios de la terapia cognitivo-conductual con la técnica de exposición al recuerdo traumático en formato narrado, de manera que el paciente debe elaborar una narrativa de su biografía dentro de la cual es procesada la experiencia traumática; Ruf et al., 2010);
- la Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares-EMDR (se basa en la idea de que los recuerdos traumáticos son almacenados de forma disfuncional, y pueden ser reprocesados e integrados adecuadamente a través de la estimulación bilateral, produciéndose así la desensibilización del recuerdo traumático; Shapiro, 2001);
- la *Teaching Recovery Techniques*-TRT (promueve la adquisición de habilidades de afrontamiento, regulación emocional y resolución de problemas, además de involucrar y trabajar también con los recursos familiares y comunitarios; Newnham et al., 2018);
- la *Traumatic Incident Reduction*-TIR (consiste en pedirle al paciente que visualice en su imaginación el recuerdo traumático y exprese lo que ve y experimenta, repitiendo este proceso en numerosas ocasiones hasta que el paciente es capaz de imaginar los detalles del recuerdo traumático sin sentir el malestar asociado al recuerdo que sentía antes; Descilo et al., 2019; Descilo et al., 2010);
- la Terapia de Sistemas de Trauma-TST (donde se entiende que hay varios “sistemas de trauma” sobre los que debe incidir la intervención, incluyendo tanto las alteraciones emocionales provocadas por el trauma como los estresores presentes en el ambiente en el que el niño se mueve, puesto que según esta terapia las respuestas traumáticas de estrés están integradas en un contexto social; Saxe et al., 2015);
- la Terapia de Reconsolidación-RT (se basa en la teoría cognitiva de reconsolidación de la memoria, que postula que cuando los recuerdos son evocados se vuelven lábiles, de modo que pueden ser modificados y reconsolidados; Ecker, 2015);
- la Intervención de Psicología Positiva-PPI (pone su foco en promover la salud mental positiva, en vez de en reducir la salud mental negativa, centrándose en promover el adecuado funcionamiento, el bienestar y la resiliencia del individuo en vez de centrarse en reducir los aspectos negativos del funcionamiento; Foka, 2021); y
- las Intervenciones Basadas en Mindfulness-MBI (que consisten en dirigir el foco de atención al momento presente, enfatizando la aceptación no valorativa de las sensaciones experimentadas e incorporando técnicas de relajación, siendo la mejora del control atencional y la mayor capacidad de regulación emocional los mecanismos de cambio; Van der Gucht et al., 2019).

A pesar de que algunas de estas intervenciones tienen estudios que apoyan su eficacia, éstos han sido realizados generalmente con muestras de personas adultas o menores no refugiados. Por ello, la evidencia en cuanto a su eficacia con menores refugiados es todavía insuficiente. Ello ha motivado la realización de este meta-análisis, cuyos objetivos son: (a) analizar la eficacia de cada una de

estas intervenciones para mejorar la salud mental (concretamente, los tres trastornos psicológicos más habituales) de refugiados menores de edad y así lograr reducir los efectos de futuros episodios de victimización, así como (b) analizar la eficacia comparada de estas intervenciones con el fin de estudiar cuáles de ellas resultan más eficaces en comparación con las demás.

Método

PROTOCOLO Y REGISTRO

Este meta-análisis fue registrado en la plataforma Prospero con el número de registro CRD42020192441. Se siguieron las recomendaciones PRISMA para su realización y redacción (Page et al., 2021; Yepes-Nuñez et al., 2021), así como las indicaciones de Rubio-Aparicio et al. (2018).

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Para que los estudios pudiesen formar parte del meta-análisis, estos debían cumplir una serie de criterios de inclusión: (a) los participantes del estudio debían ser refugiados y tener una edad inferior o igual a 18 años, (b) la intervención realizada debía tener un componente psicológico, (c) las comparaciones debían ser, o bien entre la puntuación pre-test y post-test de un mismo grupo en los estudios de tipo antes y después (*before and after studies*), o bien entre la puntuación del grupo sometido a intervención y la puntuación del grupo con ausencia de intervención o sometido al tratamiento habitual (*treatment as usual*) en los estudios de diseño completo estuvieran o no completamente aleatorizados; (d) las variables dependientes evaluadas debían incluir, al menos, una de las siguientes: síntomas de ansiedad, síntomas de depresión o síntomas de estrés postraumático, evaluadas mediante instrumentos psicométricos y análisis cuantitativos; y (e) el formato (tipo de publicación) sea artículo o revisión.

Por otro lado, también se contó con criterios de exclusión que fueron los siguientes: (a) participantes que fuesen solicitantes de asilo o personas internamente desplazadas dentro de su propio país; (b) participantes mayores de 18 años; (c) estudios que no proporcionasen datos cuantitativos sobre los resultados de la intervención; (d) estudios en los que la intervención fuese dirigida a los padres o profesores de los menores y no a los propios menores; (e) intervenciones basadas en terapias alternativas, tales como arteterapia o musicoterapia; (f) estudios de caso; y (g) estudios escritos en idiomas diferentes al español, inglés y alemán.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Con el fin de encontrar estudios relevantes, se emplearon los siguientes buscadores y bases de datos: Web of Science (colección principal, teniendo en cuenta las revistas emergentes; véase Quevedo-Blasco et al., 2021), Scopus, PubMed, ProQuest (ProQuest Central, APA PsycInfo, Social Science Premium Collection, MEDLINE, PTSDpubs, ProQuest Dissertations&Theses Global, APA PsycArticles y APA PsycExtra), Psycodoc, Scielo, ERIC, ÍNDICES-CSIC y Google Scholar. Los términos incluidos en la fórmula de búsqueda fueron *refugiados*, *intervención*, *menores*, *ansiedad*, *depresión* y *estrés postraumático*, en inglés o en

español según el buscador (por ser los idiomas predominantes en los metadatos), con sus sinónimos correspondientes y adaptados mediante truncadores a la sintaxis específica de cada buscador. No hubo restricciones temporales, incluyéndose todos los estudios indexados hasta 2020, tanto los publicados (asignados a un volumen/número), como los que estaban en avance online (teniendo fecha de publicación en 2021). Los resultados fueron únicamente filtrados por idioma (incluyéndose inglés, español y alemán) y por tipo de documento (incluyéndose artículos y revisiones).

- **CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS ESTUDIOS**

Los estudios fueron seleccionados para su inclusión en este meta-análisis si cumplían con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos (véase el apartado de *Criterios de elegibilidad*). Tras la búsqueda inicial en los diferentes buscadores, se filtraron los resultados por idioma (inglés, español y alemán) y por tipo de documento (artículos y revisiones). A continuación, se eliminaron los estudios duplicados y se realizó un primer cribado por título y resumen, seguido de un segundo cribado leyendo el texto completo de los manuscritos. En cada paso los artículos fueron seleccionados o excluidos en función de si cumplían los criterios de inclusión y exclusión establecidos. El número de estudios incluidos y excluidos en cada paso, así como los motivos de exclusión, fueron anotados con el fin de elaborar un diagrama de flujo que representase el proceso de selección de estudios (véase la Figura 1).

- **FIABILIDAD DE LA CODIFICACIÓN**

La extracción de datos se realizó siguiendo las indicaciones recogidas en el libro de codificación previamente elaborado. Los datos fueron extraídos por dos codificadores independientes, con un elevado grado de coincidencia. Se registró la codificación como “acuerdo” si ambos codificaban igual una categoría y “desacuerdo” si los dos codificadores registraban categorías diferentes o uno de ellos no la registraba. Los resultados mostraron una fiabilidad inter-codificadores adecuada, obteniéndose una kappa verdadera (corrige kappa por la verificación de la exacta correspondencia en la codificación; Fariña et al., 2002) $\bar{\kappa} \geq ,88$ para las variables categóricas y un coeficiente de correlación intraclass ICC verdadera (corrige el acuerdo por la verificación de la exacta correspondencia en el acuerdo de la codificación; Fariña et al., 2002) $\geq ,91$ para las variables continuas.

Se extrajeron datos relativos a la identificación del estudio (autores y año de publicación), a las características de los participantes (tamaño muestral, sexo, país de origen, país de acogida, rango de edad, media de edad, porcentaje de menores acompañados y no acompañados), al procedimiento (diseño del estudio, tipo de asignación de grupos, tipo de intervención según la corriente teórica subyacente, carácter individual o grupal de la intervención, número y duración de sesiones, contenido de las sesiones, profesional que realiza la intervención, persona que responde los instrumentos de medida), a los instrumentos de evaluación de cada variable dependiente (estrés postraumático, depresión y ansiedad) y a los resultados y tamaños de efecto de cada variable. En los casos en los que faltaban datos relevantes en los documentos,

se contactó a los autores del estudio para obtener dicha información.

- **RIESGO DE SESGO Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD**

Todos los estudios primarios fueron sometidos a una evaluación de la calidad metodológica. Para ello, el riesgo de sesgo fue evaluado mediante una combinación de los criterios Cochrane para estudios completamente aleatorizados y la escala PEDro (Maher et al., 2003). Estos criterios fueron adaptados para ser aplicables a los estudios de tipo antes y después incluidos en el meta-análisis. El protocolo y resultados de la evaluación del riesgo de sesgo se presentan en detalle en el Anexo 1.

- **ANÁLISIS DE DATOS**

Los análisis estadísticos se realizaron mediante los programas Review Manager 5.3, IBM SPSS Statistics 25 y R (paquete *metafor*). Debido al escaso número de estudios de diseño completo entre los documentos seleccionados para el meta-análisis, éstos y los estudios de tipo antes y después fueron analizados de forma conjunta. En primer lugar, se calcularon los tamaños de efecto (*d* de Cohen) de cada intervención para cada variable dependiente. Se ejecutó un modelo de análisis de efectos aleatorios y se empleó el método estadístico de la varianza inversa, con un intervalo de confianza del 95%. Para cada tamaño de efecto calculado, y siempre que se contase con más de dos estudios para poder realizar el análisis, se realizó el test de Egger con el fin de evaluar el sesgo de publicación. Asimismo, se estudió el posible efecto moderador de la calidad metodológica de los estudios o riesgo de sesgo sobre los tamaños de efecto encontrados mediante un análisis de moderadores.

Resultados

- **SELECCIÓN DE ESTUDIOS**

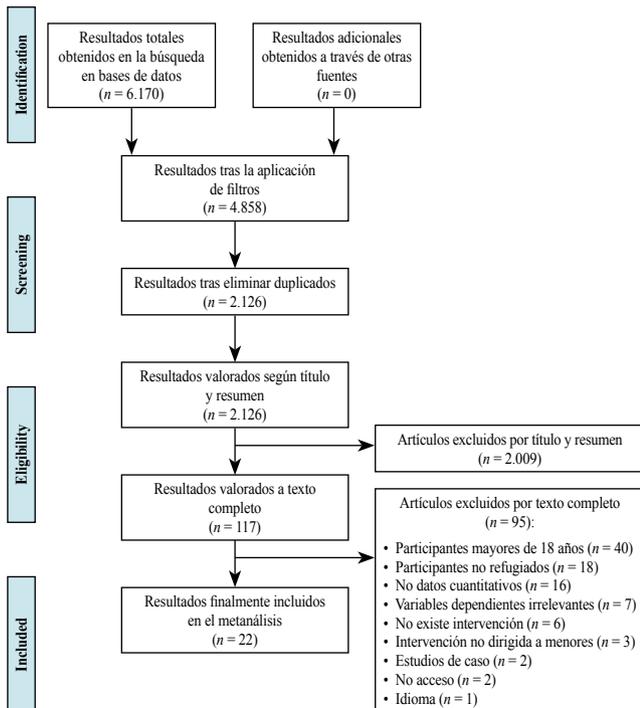
En la búsqueda inicial se obtuvieron 6.170 estudios, que se redujeron a 4.858 tras aplicar el filtro de idioma y tipo de documento. A continuación, se eliminaron los estudios duplicados, obteniéndose un resultado de 2.126 estudios. Después se realizó un primer cribado leyendo el título y resumen de cada documento para ver si los estudios cumplían los criterios de inclusión, reduciéndose el número de estudios a 117. Tras este primer cribado se realizó una segunda fase leyendo cada uno de los documentos a texto completo. El número final de estudios seleccionados fue de 22, de los cuales 4 fueron de diseño experimental completamente aleatorizado y 18 fueron estudios de tipo cuasi-experimental con mediada antes y después. El diagrama de flujo de la selección de estudios se puede consultar en la Figura 1.

Hubo tres de los artículos que fueron tratados de forma diferente al planteamiento inicial y fueron subdivididos por razones metodológicas (véase el Anexo 2 para más detalles).

- **CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS**

En el meta-análisis se incluyeron 22 estudios, de los cuales 4 fueron de diseño completo y 18 fueron de tipo antes y después, y contaron con un total de 612 participantes (472 procedentes de los estudios de tipo antes y después, y 137 procedentes de los estudios experimentales, de los cuales 64 pertenecían al grupo experimental y 73 al grupo control).

Figura 1.
Diagrama PRISMA de flujo del proceso de selección de estudios.



De estos 612 participantes, el 45,22% fueron mujeres, siendo el porcentaje de mujeres en los grupos experimentales de 43,80% y en los grupos controles de 55,55%. El rango de edad de los participantes osciló entre los 4 y los 18 años, con una edad media de 12,52 años. El lugar de procedencia de los participantes fue variado y comprendió los siguientes países: Afganistán, Albania, Angola, Birmania, Bosnia, Burundi, Bután, Congo, Eritrea, Gambia, Georgia, Ghana, Irak, Kenia, Kosovo, Kurdistán, Líbano, Liberia, México, Nepal, Nigeria, Pakistán, Ruanda, Rusia, Siria, Somalia, Sudán, Tanzania, Turquía y Uzbekistán. Los estudios fueron realizados en Alemania ($n = 5$), Estados Unidos ($n = 4$), Turquía ($n = 3$), Líbano ($n = 2$), Suecia ($n = 2$), Bélgica ($n = 1$), Etiopía ($n = 1$), Grecia ($n = 1$), Jordania ($n = 1$), Siria ($n = 1$) y Uganda ($n = 1$).

Los estudios emplearon intervenciones de diversos tipos, entre los que se encontraron la CBT ($n = 9$), la EMDR ($n = 3$), la NET ($n = 2$), la TRT ($n = 2$), la TST ($n = 2$), la TIR ($n = 1$), la PPI ($n = 1$), la RT ($n = 1$) y la MBI ($n = 1$). El número de sesiones de los programas de intervención osciló entre 3 y 23, con una duración (por sesión) entre 60 y 120 minutos, impartidas en casi todos los casos por personal clínico y en las que el formato fue mayoritariamente grupal. Las características de cada estudio se pueden consultar en más detalle en la Tabla 1.

• **RIESGO DE SESGO ENTRE LOS ESTUDIOS (INTER-ESTUDIOS)**

El sesgo de publicación fue evaluado mediante la aplicación del test de Egger y de *funnel plots*. A pesar de la inclusión en el protocolo de búsqueda de los buscadores PsycExtra y

Google Scholar con el fin de atenuar el sesgo de publicación, el test de Egger mostró resultados compatibles con un sesgo de publicación, aunque los gráficos en embudo no presentaron la forma característica de la presencia de sesgo de publicación. Los gráficos en embudo para cada una de las variables dependientes se pueden consultar en el Anexo 3.

• **RIESGO DE SESGO DENTRO DE LOS ESTUDIOS (INTRA-ESTUDIOS)**

El riesgo de sesgo en los estudios primarios incluidos en el meta-análisis fue bajo, reflejando una calidad metodológica media-alta de los estudios seleccionados. Pese a ello, cabe indicar que únicamente 4 de los 22 estudios seguían una metodología experimental completa, por lo que 18 pueden presentar riesgo de sesgo por lo que hay que interpretar las conclusiones con cautela. Este es especialmente importante en este análisis de moderadores y entender que la calidad establecida para los 18 artículos cuasi-experimentales no garantiza que no exista riesgo de sesgo. El criterio en el que los estudios presentaron una peor puntuación fue en la tasa de muerte experimental, donde 11 de los 22 estudios presentaron una tasa de abandono mayor al 15% de los participantes. En los demás criterios los estudios obtuvieron buenas puntuaciones. La puntuación de cada estudio, así como los criterios que se cumplen en cada uno, se pueden consultar en el Anexo 1. De todos modos, el análisis de moderadores indicó que el riesgo de sesgo no ejerció un papel moderador significativo en los tamaños de efecto encontrados en este meta-análisis, por lo que los resultados no se han visto influidos por la calidad metodológica de los estudios incluidos.

• **RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS INDIVIDUALES**

El efecto de la intervención psicológica en la ansiedad, procedente de siete estudios, todos ellos de tipo antes y después, se puede consultar en la Figura 2. El tamaño de efecto medio (d) fue de 0,57, IC 95%[0,29, 0,86], por lo que las intervenciones lograron una reducción significativa con un efecto medio en los niveles de ansiedad de los participantes ($p < ,0001$). Los resultados del análisis fueron relativamente homogéneos y presentaron una variabilidad media-baja, $Q_{(6)} = 11,01, p = ,09, I^2 = 46\%$. El test de Egger resultó significativo ($p = ,005$), o sea, hay error de publicación. Ahora bien, el riesgo de sesgo no resultó ser un moderador significativo del tamaño del efecto encontrado, $Beta = -0,43, SE = 0,77, p = ,578$.

En la Figura 3 se presenta el efecto de las intervenciones sobre la depresión, procedente de 13 estudios, 3 de los cuales fueron diseños completos totalmente aleatorizados y los otros 10 fueron estudios de tipo antes y después. El tamaño de efecto medio (d) de estas intervenciones fue de 0,74, IC 95%[0,31, 1,17], de modo que las intervenciones mejoraron de forma significativa con un efecto grande los niveles de depresión ($p = ,0007$). Los estudios incluidos en este análisis mostraron una elevada heterogeneidad, $Q_{(12)} = 79,88, p < ,001, I^2 = 85\%$. El test de Egger no resultó significativo ($p = ,993$); esto, es no hay un sesgo de publicación.

Estableciendo una distinción según el diseño de los estudios, los diseños completos no se pudieron analizar por ser pocos estudios con baja muestra lo que no permitía garantizar la fiabilidad de los datos. Por su lado, en los estudios de tipo antes y después el tamaño de efecto medio (d) fue 0,58, IC 95%[0,29, 0,87], con una mejoraría significativa de los niveles de depresión ($p = ,0007$).

Tabla 1.

Características de los estudios incluidos en el meta-análisis.

Autores	Año	País	N	Porcentaje de mujeres	Edad media	Diseño	Intervención	Duración (sesiones)	Variable dependiente	d Ans	d EP	d Dep
Cardeli et al.	2020	EE.UU.	34	47,01	12,94	Pre-post	TST	12	EP + Dep		0,11	0,02
Descilo et al.	2010	EE.UU.	31	32,26	NI	Pre-post	TIR	12	EP + Dep		2,33	1,56
Doumit et al.	2020	Libano	31	51,61	14,22	Pre-post	CBT	7	Ans + Dep	0,36		0,50
El-Khani et al.	2018	Turquía	14	50,00	9,94	Pre-post	TRT	5	EP + Ans + Dep	0,10	0,22	-0,08
Ellis et al.	2013	EE.UU.	19 ($n_e = 8, n_c = 11$)	36,67	13,00	DCNA	TST	23	EP + Dep		0,22	-0,97
Foka et al.	2021	Grecia	72 ($n_e 33 = , n_c = 39$)	68,06	10,76	DCNA	PPI	6	Dep			2,73
Gormez et al.	2017	Turquía	32	62,50	12,41	Pre-post	CBT	8	EP + Ans	0,73	0,47	
Kazandjian et al. ^(a)	2020	Libano	15	0,00	14,22	Pre-post	CBT	7	Ans + Dep	0,69		0,89
Kazandjian et al. ^(b)	2020	Libano	16	100,00	14,22	Pre-post	CBT	7	Ans + Dep	0,20		0,20
Lempertz et al.	2020	Alemania	10	50,00	4-6	Pre-post	EMDR	5	EP		1,07	
Mhaidat y Alharbi	2016	Jordania	20 ($n_e = 10, n_c = 10$)	100,00	NI	ECA	CBT	12	Dep			2,25
Mohlen et al.	2005	Alemania	10	40,00	13,30	Pre-post	CBT	14	EP + Ans + Dep	0,36	0,61	0,45
Murray et al.	2018	Etiopía	37	37,84	11,21	Pre-post	CBT	6	EP		2,04	
Onyut et al.	2005	Uganda	6	50,00	15,30	Pre-post	NET	5	EP		2,38	
Oras et al.	2004	Suecia	13	76,92	11,77	Pre-post	EMDR	15	EP		1,70	
Perilli et al.	2019	Turquía	8	50,00	11,30	Pre-post	EMDR	3	EP		0,83	
Pfeiffer y Goldbeck	2017	Alemania	29	0,00	16,70	Pre-post	CBT	6	EP		0,96	
Ruf et al.	2010	Alemania	26 ($n_e = 13, n_c = 13$)	46,15	11,45	ECA	NET	8	EP		1,00	
Sarkadi et al.	2018	Suecia	46	6,52	16,13	Pre-post	TRT	5	EP + Dep		0,50	0,56
Schottelkorb et al.	2012	EE.UU.	12	41,67	9,16	Pre-post	CBT	17	EP		0,17	
Thierree et al.	2020	Siria	117	41,88	11,50	Pre-post	RT	5	EP + Ans + Dep	0,99	1,46	0,79
Unterhitzberger et al. ^(a)	2015	Alemania	4	50,00	17,00	Pre-post	CBT	20	EP		3,93	
Unterhitzberger et al. ^(b)	2015	Alemania	2	0,00	17,00	Pre-post	CBT	20	EP		5,11	
Van der Gucht et al.	2019	Bélgica	9	55,56	15,00	Pre-post	MBI	8	EP + Dep		0,05	0,85

Nota. n_e = tamaño del grupo experimental; n_c = tamaño del grupo control; NI = no se informa; Pre-post = estudios de tipo antes y después; DCNA= diseño completo no aleatorizado; ECA = estudio completamente aleatorizado; TST = Terapia de Sistemas de Trauma; TIR = Traumatic Incident Reduction; CBT = Terapia Cognitivo-Conductual; TRT = Teaching Recovery Techniques; PPI = Intervención de Psicología Positiva; EMDR = Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares; NET = Terapia Narrativa de Exposición; RT = Terapia de Reconsolidación; MBI = Intervenciones Basadas en Mindfulness; Ans = Ansiedad; EP = Estrés postraumático; Dep = Depresión. En aquellos grupos sin datos para las medias se pusieron los rangos.

Figura 2.

Tamaño de efecto de la intervención en la ansiedad.

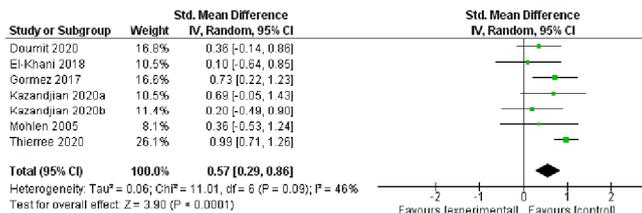
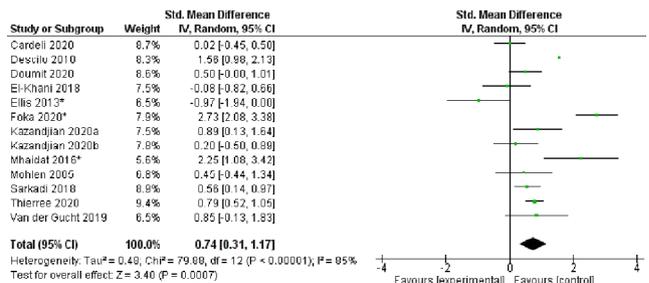


Figura 3.

Tamaño de efecto de la intervención en la depresión.

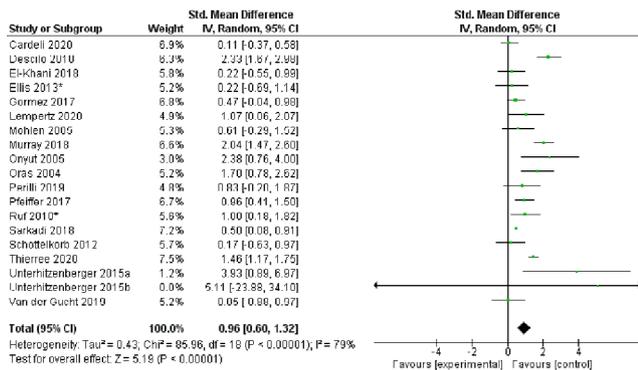


Nota. * Estudios de diseño completo.

El efecto de las intervenciones sobre el estrés postraumático se puede encontrar en la Figura 4. Fue obtenido de 19 estudios, de los cuales 2 fueron diseños completos y 17 fueron estudios de tipo antes y después. El tamaño de efecto medio (d de Cohen) fue de 0,96, IC 95%[0,60, 1,32], por lo que la mejora en el estrés postraumático

derivada de las intervenciones fue significativa ($p < ,00001$) y de una magnitud grande ($d > 0,80$). El test de Egger resultó significativo ($p = ,005$), es decir, hay sesgo de publicación. No obstante, el riesgo de sesgo no resultó un moderador significativo del tamaño de efecto, Beta = 0,32, SE = 0,97, $p = ,742$.

Figura 4.
Tamaño de efecto de la intervención en el estrés postraumático.



Nota. * Estudios de diseño completo.

• ANÁLISIS DE MODERADORES

Puesto que se ha encontrado una elevada heterogeneidad en los tamaños de efecto de las intervenciones dirigidas a reducir la depresión y el estrés postraumático, se ha realizado un análisis de moderadores para estudiar qué variables explican esta variabilidad entre los estudios. Para ello se ha estudiado como posible variable moderadora el tipo de intervención, incluyendo en el análisis cada tipo de intervención que contase con, al menos, dos estudios.

En el caso de la depresión, los tipos de intervención incluidos en el análisis fueron la CBT ($d = 0,73$, IC 95%[0,20 , 1,26]), la TRT ($d = 0,32$, IC 95%[-0,29 , 0,92]) y la TST ($d = -0,38$, IC 95%[-1,33 , 0,58]). El número de estudios por cada tratamiento es muy bajo para realizar un análisis de la significación del tipo de intervención como moderador. De hecho, los intervalos de confianza resultan tan elevados por el bajo número de estudios que genera una gran proporción de error.

Para el estrés postraumático se incluyeron como tipos de intervención la CBT, la TRT, la TST, la NET y la EMDR. Los resultados mostraron efectos significativos de mejora en el estrés postraumático de los tipos de intervención NET ($d = 1,51$, IC 95%[0,20 , 2,81], $p = ,020$), EMDR ($d = 1,24$, IC 95%[0,67 , 1,81], $p < ,001$), CBT ($d = 1,00$, IC 95%[0,33 , 1,67], $p = ,004$), y TRT ($d = 0,44$, IC 95%[0,07 , 0,80], $p = ,020$), en tanto que el tipo de intervención TST ($d = 0,13$, IC 95%[-0,29 , 0,56], $p = ,540$) no tuvo un efecto significativo en el tratamiento del estrés postraumático. Además, los efectos entre los tipos de intervención significativos son iguales (*ns*). No se puede obviar que debido al escaso número de estudios y de participantes por terapia estos resultados son totalmente tentativos y su generalización está sujeta a un error notable, a pesar del análisis realizado de los moderadores. Así pues, este análisis comparativo de la terapia es un primer indicio a tener en cuenta tomando cautela debido a las limitadas muestras y estudios.

Discusión

De por si la población juvenil es objeto de estudio en función de múltiples variables asociadas a la transgresión (v. gr., Llinares Insa et al., 2011; Padrón et al., 2022), sin duda un grupo de población

especialmente expuesto a la violencia lo constituyen las personas refugiadas, cuyas consecuencias son particularmente adversas para los jóvenes a causa de su acentuada vulnerabilidad (Bronstein y Montgomery, 2011). Esta experiencia migratoria tiene un fuerte impacto psicológico para los niños y adolescentes refugiados, volviéndolos más susceptibles a sufrir los efectos adversos de futuros episodios de victimización (Koenen, 2006). En cambio, el hallazgo de que la promoción de la salud mental ejerce un efecto protector ante la victimización futura ha motivado el desarrollo de intervenciones, así como de estudios dirigidos a analizar la eficacia de dichas intervenciones (Cooley et al., 2020). En esta línea, el presente meta-análisis tiene como objetivo estudiar la eficacia comparada de distintas intervenciones sobre la salud mental de menores refugiados, concretamente en lo relativo a los tres trastornos que con más frecuencia presenta esta población: estrés postraumático, depresión y ansiedad (Fazel et al., 2012). Hay que recordar que el objetivo no es reflexionar sobre las críticas a los diferentes tratamientos (como, por ejemplo, la que realiza la Asociación Americana de Psicología a la terapia EMDR; APA, 2016), sino analizar los resultados obtenidos tras la aplicación de éstas sobre la muestra de interés. Para ello, en este trabajo se incluyeron 22 artículos, que contaron con un total de 612 participantes menores de edad, en los que se estudió la eficacia de las intervenciones.

En los resultados de este estudio se puede ver que las intervenciones resultaron eficaces en mejorar la salud mental de los jóvenes refugiados. Los tamaños de efecto medios fueron positivos y significativos para las tres variables dependientes, de modo que las intervenciones produjeron mejoras significativas en los síntomas de estrés postraumático, depresión y ansiedad de los menores. De este modo, los resultados demuestran que sí existen programas de intervención eficaces en la reducción de sintomatología psicopatológica en menores refugiados. Estos resultados se suman a los de la literatura previa (Newnham et al., 2018), aportando evidencia adicional sobre la efectividad de estas intervenciones y arrojando información acerca de su eficacia en una población específica como son los menores refugiados. De este modo, este meta-análisis constituye, junto al resto de literatura preexistente, una base sobre la que fundamentar la elección de un tipo de intervención u otra a la hora de tratar a menores refugiados, con el fin de abordar sus problemas de salud mental de un modo más efectivo y lograr mejoras significativas en su bienestar psicológico que les protejan frente a otros posibles episodios de victimización a los que se puedan enfrentar en el futuro (Cooley et al., 2020).

Además, los resultados son indicativos de que algunas de las intervenciones que previamente se habían mostrado efectivas con otros colectivos también lo son en menores refugiados. Tal es el caso de la TIR, que se había demostrado eficaz en la reducción de síntomas psicopatológicos en población adulta pero apenas había sido estudiada en jóvenes (Desciclo et al., 2019; Valentine y Smith, 2001). En cambio, estos resultados arrojan luz sobre la eficacia de esta intervención en menores, mostrándola eficaz en la reducción de síntomas del trastorno de estrés postraumático y depresión. Además, los resultados también revelan que algunas intervenciones que habían demostrado su eficacia en menores sin procedencia migratoria también son eficaces en menores refugiados, como ocurre con la PPI. Esta intervención había sido objeto de estudio en muestras de niños no refugiados, pero su eficacia con niños refugiados no había sido evaluada en varias muestras, encontrándose en este meta-análisis que la PPI

también es efectiva en reducir los síntomas de depresión en menores pertenecientes al colectivo de refugiados.

En líneas generales, los resultados de esta investigación resultaron coherentes con la literatura previa acerca de la eficacia de las intervenciones: la EMDR se mostró efectiva en la reducción de síntomas de estrés postraumático, confirmando los resultados obtenidos previamente acerca de la efectividad de esta terapia (Bisson et al., 2007), y la NET también replicó la efectividad encontrada en estudios previos en relación con el tratamiento del estrés postraumático (Robjant y Fazel, 2010). En cuanto a la terapia CBT, a pesar de que algunos estudios individuales no encontraron resultados significativos, el tamaño de efecto medio encontrado sí resultó significativo, proporcionando así apoyo empírico a la elevada eficacia de esta terapia en línea con la literatura previa (Butler et al., 2006).

Además, este estudio arroja resultados que apoyan algunas intervenciones cuya eficacia resultaba contradictoria en los trabajos previos o que contaban con escasa evidencia. Tal es el caso de la terapia TRT, que mostró un tamaño de efecto medio significativo a pesar de que la literatura previa había mostrado resultados contradictorios sobre su eficacia (Barron et al., 2013; Diab et al., 2015), y de la RT (Ecker, 2015), que solo contaba con un estudio realizado hasta el momento (véase Kerswell et al., 2021). En cambio, el artículo de Thierrée et al. (2020) añade evidencia acerca de la eficacia de esta terapia de Reconsolidación, mostrándola eficaz en la reducción de síntomas de estrés postraumático, depresión y ansiedad en menores refugiados.

Otras intervenciones, en cambio, no tuvieron resultados significativos acerca de su efectividad en la mejoría de la salud mental de menores refugiados. Tal es el caso de la TST y las MBI, a pesar de que ambas contaban con estudios previos que demostraban su eficacia (Benson et al., 2018; Brown et al., 2013; Kaplin et al., 2019; Khoury et al., 2014; Lang, 2017; Murphy et al., 2017; Saxe et al., 2015). Esto pudo deberse a que estas terapias contaron con escasos estudios que evaluaran su eficacia, por lo que los resultados pueden haberse visto sesgados por la metodología empleada en esos estudios individuales, sin ser realmente representativos de la eficacia general de la terapia.

Por otro lado, el segundo objetivo del meta-análisis fue el estudio de la eficacia de cada una de las intervenciones en comparación con las demás, de modo que se pudiese conocer qué terapias resultan más eficaces que otras para tratar determinadas sintomatologías. En este sentido, los resultados del análisis de moderadores mostraron que no existían diferencias significativas entre los diferentes tipos de intervención en relación con el tratamiento de la depresión, pero sí con el estrés postraumático. Concretamente, los resultados del análisis indicaron que la NET era la intervención con mayor tamaño de efecto, seguida por la EMDR, la CBT y la TRT, todas ellas con tamaños de efecto significativos. Esto concuerda con la literatura previa, que sugiere que las terapias más eficaces con niños con experiencias migratorias son aquellas basadas en la exposición verbal, tal como la NET (Newnham et al., 2018). Las únicas comparaciones entre terapias que arrojaron resultados significativos fueron entre las intervenciones EMDR y TRT; EMDR y TST; y CBT y TST, de forma que se encontró que la terapia EMDR producía resultados mejores que la TRT y la TST, y la terapia CBT producía mejores resultados que la TST. En cambio, el resto de las comparaciones no arrojaron resultados significativos. Pese a ello, es necesario tener

en cuenta que el análisis de moderadores realizado, comparando terapias, se basa en pocos estudios con muestras igualmente escasas, lo que genera intervalos de confianza muy grandes, comprometiendo la validez de la generalización de los resultados. Así pues, la intervención psicoterapéutica sí parece ser efectiva, pero se requiere de un mayor número de estudios para poder determinar adecuadamente la intervención más efectiva. Por otra parte, es necesario tener en cuenta que puede haber un sesgo introducido por los clínicos de los estudios originales. En primer lugar, porque la mayoría de los estudios presentan resultados significativos, pudiendo haber un sesgo de literatura gris ya comentado. Además de ello, se observan resultados en los que la intervención provoca cambios de puntuaciones muy elevadas a valores por debajo de la población normativa. Este efecto puede tener diversas causas que se escapan de esta discusión, pero sí es necesario tener en cuenta el posible efecto del investigador que produzca mejores resultados que los obtenidos en la práctica terapéutica habitual. Otro factor con el que es necesario contar es que en los estudios con grupo control el tamaño del efecto muestra las diferencias respecto al grupo control, por lo que son resultados con un mayor efecto que aquellos en los que se compara la evaluación pre-intervención con la posterior a la misma. Este hecho puede estar aumentando artificialmente el tamaño de efecto de este tipo de estudios, por lo que se requiere cautela en su interpretación.

Este estudio ha contado con algunas limitaciones durante su realización. En primer lugar, el número de estudios encontrados que cumplieran con los criterios de inclusión no ha sido elevado. Además, teniendo en cuenta que estamos ante un campo de estudio relativamente reciente, los estudios hasta la fecha son diversos y heterogéneos, existiendo una diversidad de técnicas y terapias empleadas pero escasos estudios acerca de la efectividad de cada una de ellas, dificultando así la comparación entre estudios y la obtención de conclusiones. De este modo, algunas de las terapias incluidas en el meta-análisis solo contaron con uno o dos estudios en los que se hubiesen implementado, por lo que el número de estudios no fue lo suficientemente elevado como para incluir estas terapias en el análisis de moderadores, limitando así los resultados encontrados. Además, otro elemento que ha obstaculizado la realización de esta revisión ha sido el hecho de que los estudios realizados hasta la fecha son mayoritariamente de tipo antes y después, con escasez de estudios de diseño completo, debilitando así la potencia estadística de los resultados encontrados en cuanto a la eficacia de las intervenciones. En algunos casos, como en el estudio de la eficacia de las terapias sobre los síntomas de ansiedad, tan solo se encontraron estudios con esta metodología (pre-post), por lo que de cara al futuro sería conveniente realizar un nuevo meta-análisis cuando se publiquen más estudios de diseño completo que permitan sacar conclusiones más robustas. Una última limitación viene dada por un posible sesgo de publicación que se podría haber producido en la realización de la investigación. A pesar de que en la estrategia de búsqueda se incluyeron buscadores y bases de datos de literatura gris para atenuar este sesgo, los resultados del test de Egger indicaron que quizás podría haber existido un sesgo de publicación, aunque los resultados de los *funnel plot* no apuntaron en la misma línea y no mostraron la forma característica de la presencia de sesgo de publicación. Por último, es necesario tener en cuenta que la presentación del estrés postraumático resulta infrecuente en una presentación pura no asociada a otros trastornos, por lo que la eficacia de los tratamientos será diferente para los patrones de comorbilidades. En la práctica

clínica los resultados pueden diferir de los presentados en los estudios primarios, según estos trastornos secundarios.

En base a los resultados obtenidos y a las limitaciones encontradas, se considera pertinente realizar algunas propuestas de cara a investigaciones futuras. En primer lugar, sería recomendable realizar un nuevo meta-análisis en el futuro que dispusiese de un mayor número de estudios, preferiblemente con una metodología de diseño completo. Además, sería adecuado que se incluyesen al menos tres estudios de cada tipo de intervención para asegurar la posibilidad de realizar comparaciones entre estudios. Por otro lado, cuando exista un mayor volumen de literatura sobre esta materia, sería interesante estudiar la eficacia de las intervenciones para poblaciones más específicas que las delimitadas en esta publicación. Para este trabajo no se consideró conveniente restringir más los criterios de inclusión puesto que el número de estudios era escaso, pero de cara al futuro se espera que aumente la cantidad de literatura disponible, lo que permitiría estudiar los efectos de las intervenciones para poblaciones más específicas: por ejemplo, para menores acompañados en contraste con los no acompañados, o para diferentes rangos de edad dentro de la minoría de edad, distinguiendo entre niñez y adolescencia. De este modo, se podrá determinar la eficacia de diferentes intervenciones para distintas categorías de menores refugiados, de forma que se podrán llevar a cabo intervenciones más especializadas y que logren una mayor eficacia para cada población específica. Incluso, puede ser de interés añadir factores como el abuso de sustancias y analizar programas, similares a los realizados con otros tipos de muestras (v. gr., Expósito-Álvarez et al., 2021).

En conclusión, este estudio proporciona información sobre la eficacia de las diferentes intervenciones dirigidas a mejorar la salud mental de menores refugiados, demostrando su eficacia y sugiriendo que las terapias NET y EMDR podrían ser las más eficaces, a la espera de que se realice un mayor número de estudios en el futuro que permita sacar conclusiones más robustas. También hay que ser cautos en la interpretación de estos resultados por otros motivos, ya que por ejemplo la APA indica que la terapia EMDR cuenta con “apoyo fuerte en investigación / controvertido”, es decir, los resultados o datos se apoyan a sí mismos, lo que puede cuestionar la fiabilidad de la técnica. Acorde a esto, matizar que para la elección de un tratamiento hay que tener en cuenta diferentes factores, como por ejemplo los criterios de la APA para valorar los tratamientos psicológicos (véase Rosa-Alcázar et al., 2009). Sería importante seguir explorando este ámbito dadas las importantes implicaciones que tiene de cara a maximizar la eficacia de futuras intervenciones que permitan a los menores refugiados mejorar su salud mental, protegiéndoles frente a futuros episodios de victimización y mejorando su calidad de vida. En aquellas intervenciones que lo requieran, también habría que profundizar científicamente en los mecanismos que avalen su eficacia.

Referencias

Las referencias con un asterisco (*) son de los estudios finales seleccionados para el meta-análisis.

Arslan, G., & Allen, K. A. (2022). Complete mental health in elementary school children: Understanding youth school functioning and adjustment. *Current Psychology, 41*, 1174-1183. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00628-0>

- Asociación Americana de Psicología. (2016). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing for post-traumatic stress disorder*. Division 12 of the APA, Society of Clinical Psychology. <https://div12.org/treatment/eye-movement-desensitization-and-reprocessing-for-post-traumatic-stress-disorder/>
- Barron, I. G., Abdallah, G., & Smith, P. (2013). Randomized control trial of a CBT trauma recovery program in Palestinian schools. *Journal of Loss and Trauma, 18*(4), 306-321. <https://doi.org/10.1080/15325024.2012.688712>
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression II: Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry, 10*(6), 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1964.01720240015003>
- Benson, M. A., Abdi, S. M., Miller, A. B., & Ellis, H. E. (2018). Trauma Systems Therapy for refugee children and families. En N. Morina & A. Nickerson (Eds.), *Mental Health of Refugee and Conflict-Affected Populations: Theory, Research and Clinical Practice* (pp. 15-35). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-97046-2_12
- Berman, H. (2001). Children and war: Current understandings and future directions. *Public Health Nursing, 18*(4), 243-252. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1446.2001.00243.x>
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 190*(2), 97-104. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.021402>
- Bonilla-Algovia, E., y Rivas-Rivero, E. (2022). Papel del sexismo, los mitos románticos y los eventos vitales adversos en la violencia de género: Un estudio con agresores de pareja. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, 13*(2), 112-119. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2022.02.057>
- Brockie, T. N., Dana-Sacco, G., Wallen, G. R., Wilcox, H. C., & Campbell, J. C. (2015). The relationship of adverse childhood experiences to PTSD, depression, poly-drug use and suicide attempt in reservation-based Native American adolescents and young adults. *American Journal of Community Psychology, 55*(3-4), 411-421. <https://doi.org/10.1007/s10464-015-9721-3>
- Bronstein, I., & Montgomery, P. (2011). Psychological distress in refugee children: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychological Review, 14*, 44-56. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0081-0>
- Brown, A. D., McCauley, K., Navalta, C. P., & Saxe, G. N. (2013). Trauma Systems Therapy for children in residential care: Improving Emotion Regulation and the Social Environment of Traumatized Children and Youth in Congregate Care. *Journal of Family Violence, 28*, 693-703. <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9542-9>
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*(1), 17-31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- *Cardeli, E., Phan, J., Mulder, L., Benson, M., Adhikari, R., & Ellis, H. (2020). Bhutanese refugee youth: The importance of assessing and addressing psychosocial needs in a school setting. *Journal of School Health, 90*(9), 731-742. <https://doi.org/10.1111/josh.12935>
- Carlsson, J., & Sonne, C. (2018). Mental health, pre-migratory trauma and post-migratory stressors among adult refugees. En N. Morina & A. Nickerson (Eds.), *Mental Health of Refugee and Conflict-Affected Populations: Theory, Research and Clinical Practice* (pp. 15-35). Springer.
- Cooley, J. L., Blossom, J. B., Tampke, E. C., & Fite, P. J. (2020). Emotion regulation attenuates the prospective links from peer victimization to internalizing symptoms during middle childhood. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 49*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1731819>

- Descilo, T., Fava, N. M., Burke, S. L., Acosta, I., Swanson, A., & Figley, C. (2019). Effects of Traumatic Incident Reduction on posttraumatic symptoms in a community-based agency. *Research on Social Work Practice, 29*(4), 401-409. <https://doi.org/10.1177/1049731517745993>
- *Descilo, T., Greenwald, R., Schmitt, T. A., & Reslan, S. (2010). Traumatic incident reduction for urban at-risk youth and unaccompanied minor refugees: Two open trials. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 3*, 181-191. <https://doi.org/10.1080/19361521.2010.495936>
- Diab, M., Peltonen, K., Qouta, S. R., Palosaari, E., & Punamaki, R. L. (2015). Effectiveness of psychosocial intervention enhancing resilience among war-affected children and the moderating role of family factors. *Child Abuse & Neglect, 40*, 24-35. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.12.002>
- Díaz Rodríguez, M. (2017). Menores refugiados: impacto psicológico y salud mental. *Apuntes de Psicología, 35*(2), 83-91. <https://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/662>
- *Doumit, R., Kazandjian, C., & Militello, L. K. (2020). COPE for adolescent Syrian refugees in Lebanon: A brief Cognitive-Behavioral skill-building intervention to improve quality of life and promote positive mental health. *Clinical Nursing Research, 29*(4), 226-234. <https://doi.org/10.1177/1054773818808114>
- Ecker, B. (2015). Memory reconsolidation understood and misunderstood. *International Journal of Neuropsychotherapy, 3*(1), 2-46. <https://doi.org/10.12744/ijnpt.2015.0002-0046>
- *El-Khani, A., Cartwright, K., Ang, C., Henshaw, E., Tanveer, M., & Calam, R. (2018). Testing the feasibility of delivering and evaluating a child mental health recovery program enhanced with additional parenting sessions for families displaced by the Syrian conflict: A pilot study. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology, 24*(2), 188-200. <https://doi.org/10.1037/pac0000287>
- *Ellis, B. H., Miller, A. B., Abdi, S., Barrett, C., Blood, E. A., & Betancourt, T. S. (2013). Multi-tier mental health program for refugee youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(1), 129-140. <https://doi.org/10.1037/a0029844>
- Expósito-Álvarez, C., Lila, M., Gracia, E., & Martín-Fernández, M. (2021). Risk factors and treatment needs of batterer intervention program participants with substance abuse problems. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 13*(2), 87-97. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2021a9>
- Fariña, F., Arce, R., y Novo, M. (2002). Heurístico de anclaje en las decisiones judiciales [Anchorage in judicial decision making]. *Psicothema, 14*, 39-46. <http://www.psicothema.com/pdf/684.pdf>
- Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: Risk and protective factors. *Lancet, 379*(9812), 266-282. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60051-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60051-2)
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A., Ormrod, R., & Hamby, S. L. (2011). Polyvictimization in developmental context. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 4*(4), 291-300. <https://doi.org/10.1080/19361521.2011.610432>
- *Foka, S., Hadfield, K., Pluess, M., & Mareschal, I. (2021). Promoting well-being in refugee children: An exploratory controlled trial of a positive psychology intervention delivered in Greek refugee camps. *Development and Psychopathology, 33*(1), 87-95. <https://doi.org/10.1017/S0954579419001585>
- García-Alba, L., Postigo, A., Gullo, F., Muñoz, J., & Del Valle, J. F. (2022). Assessing independent life skills of youth in child protection: A multi-informant approach. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 14*(1), 1-10. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2022a1>
- *Gormez, V., Kılıç, H. N., Oregul, A. C., Demir, M. N., Mert, E. B., Makhoulta, B., Kınık, K., & Semerci, B. (2017). Evaluation of a school-based, teacher-delivered psychological intervention group program for trauma-affected Syrian refugee children in Istanbul, Turkey. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 27*(2), 125-131. <https://doi.org/10.1080/24750573.2017.1304748>
- Hauck, F. R., & Brown, C. R. (2021). *Immigrant Health, An Issue of Primary Care: Clinics in Office Practice*. Elsevier.
- Henley, J., & Robinson, J. (2011). Mental health issues among refugee children and adolescents. *Clinical Psychologist, 15*(2), 51-62. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9552.2011.00024.x>
- Hodes, M. (2019). New developments in the mental health of refugee children and adolescents. *Evidence-Based Mental Health, 22*(2), 72-76. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300065>
- Jugl, I., Lösel, F., Bender, D., & King, S. (2021). Psychosocial prevention programs against radicalization and extremism: A meta-analysis of outcome evaluations. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 13*(1), 37-46. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2021a6>
- Kaplin, D., Parente, K., & Santacroce, F. A. (2019). A Review of the Use of Trauma Systems Therapy to Treat Refugee Children, Adolescents, and Families. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy, 18*(4), 417-431. <https://doi.org/10.1080/15289168.2019.1687220>
- *Kazandjian, C., Militello, L. K., & Doumit, R. (2020). Sex differences on quality of life and mental health outcomes when using a brief cognitive-behavioral skill building intervention with adolescent Syrian refugees: A secondary analysis. *Community Mental Health Journal, 56*(1), 157-164. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00453-1>
- Kerswell, N. L., Strodl, E., Hawkins, D., & Johnson, L. R. (2021). Memory reconsolidation therapy for police officers with post-traumatic stress disorder. *Journal of Police and Criminal Psychology, 36*, 112-123. <https://doi.org/10.1007/s11896-020-09363-5>
- Khouri, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., & Hofmann, S. G. (2014). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 33*(6), 763-771. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>
- Kiss, L., Yun, K., Pocock, N., & Zimmerman, C. (2015). Exploitation, violence, and suicide risk among child and adolescent survivors of human trafficking in the Greater Mekong Subregion. *JAMA Pediatrics, 169*(9), e152278. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.2278>
- Koenen, K. C. (2006). Developmental epidemiology of PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1071*(1), 255-266. <https://doi.org/10.1196/annals.1364.020>
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (Eds.) (2002). *World report on violence and health*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>
- Lang, A. J. (2017). Mindfulness in PTSD treatment. *Current Opinion in Psychology, 14*, 40-43. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.10.005>
- Lau, W., & Thomas, T. (2008). Research into the psychological well-being of young refugees. *International Psychiatry, 5*(3), 60-62. <https://doi.org/10.1192/S1749367600002071>
- *Lempertz, D., Wichmann, M., Enderle, E., Stellermann-Strehlow, K., Pawils, S., & Metzner, F. (2020). Pre-post study to assess EMDR-based group therapy for traumatized refugee preschoolers. *Journal of EMDR Practice and Research, 14*(1), 31-45. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.14.1.31>

- Li, S. S. Y., Liddell, B. J., & Nickerson, A. (2016). The relationship between post-migration stress and psychological disorders in refugees and asylum seekers. *Current Psychiatry Reports*, 18, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0723-0>
- Llinares Insa, L. I., Benedito Monleón, M. A., Molpeceres Pastor, M. A., Gómez Rodríguez, R., y Casino García, A. M. (2011). La transgresión adolescente. Un análisis de los elementos socioestructurales y las variables de orientación individual que favorecen su aparición. *Edetania. Estudios y Propuestas Socioeducativos*, 39, 125-134. <https://revistas.ucv.es/edetania/index.php/Edetania/article/view/290>
- Loinaz, I., & de Sousa, A. M. (2020). Assessing risk and protective factors in clinical and judicial child-to-parent violence cases. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 12(1), 43-51. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2020a5>
- López-Barranco, P. J., Jiménez-Ruiz, I., Pérez-Martínez, M. J., Ruiz-Penin, A., & Jiménez-Barbero, J. A. (2022). Systematic review and meta-analysis of the violence in dating relationships in adolescents and young adults. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 13(2), 73-84. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2022.02.055>
- Ludwig, S., Steenhoff, A. P., & Linton, J. M. (2019). *International Migration: Caring for Children and Families, An Issue of Pediatric Clinics of North America*. Elsevier.
- Maher, C. G., Sherrington, C., Herbert, R. D., Moseley, A. M., & Elkins, M. (2003). Reliability of the PEDro scale for rating quality of randomized controlled trials. *Physical Therapy*, 83(8), 713-721. <https://doi.org/10.1093/ptj/83.8.713>
- Martínez-Gómez, J. A., Bolívar-Suárez, Y., Rey-Anacona, C. A., Ramírez-Ortiz, L. C., Lizarazo-Ojeda, A.M., y Yanez-Perúñuñi, L. Y. (2021). Esquemas tradicionales de roles sexuales de género, poder en las relaciones y violencia en el noviazgo. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 12(1), 1-16. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2021.01.041>
- McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., & Lambert, H. K. (2014). Childhood adversity and neural development: Deprivation and threat as distinct dimensions of early experience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 47, 578-591. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.10.012>
- *Mhaidat, F., & Alharbi, B. H. (2016). The impact of correcting cognitive distortions in reducing depression and the sense of insecurity among a sample of female refugee adolescents. *Contemporary Issues in Education Research*, 9(4), 159-166. <https://doi.org/10.19030/CIER.V9I4.9786>
- Mirón-Juárez, C. A., Caballero-García, M. J., Ochoa-Avila, E., & Díaz-Grijalva, G. R. (2022). Is the relation between news media information about violence and anxiety mediated by risk perception? *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 13(2), 85-92. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2022.02.058>
- *Mohlen, H., Parzer, P., Resch, F., & Brunner, R. (2005). Psychosocial support for war-traumatized child and adolescent refugees: Evaluation of a short-term treatment program. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(1-2), 81-87. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2005.01513.x>
- Murphy, K., Moore, K. A., Redd, Z., & Malm, K. (2017). Trauma-informed child welfare systems and children's well-being: A longitudinal evaluation of KVC's bridging the way home initiative. *Children and Youth Services Review*, 75, 23-34. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.02.008>
- *Murray, L. K., Hall, B. J., Dorsey, S., Ugueto, A. M., Puffer, E. S., Sim, A., Ismael, A., Bass, J., Akiba, C., Lucid, L., Harrison, J., Erikson, A., & Bolton, P. A. (2018). An evaluation of a common elements treatment approach for youth in Somali refugee camps. *Global Mental Health*, 5, e16. <https://doi.org/10.1017/gmh.2018.7>
- Newnham, E. A., Kashyap, S., Tearne, J., & Fazel, M. (2018). Child mental health in the context of war: An overview of risk factors and interventions for refugee and war-affected youth. En N. Morina y A. Nickerson (Eds.), *Mental Health of Refugee and Conflict-Affected Populations: Theory, Research and Clinical Practice* (pp. 15-35). Springer.
- Norredam, M., Nellums, L., Nielsen, R. S., Byberg, S., & Petersen, J. H. (2018). Incidence of psychiatric disorders among accompanied and unaccompanied asylum-seeking children in Denmark: A nation-wide register-based cohort study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(4), 439-446. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1122-3>
- *Onyut, L. P., Neuner, F., Schauer, E., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M., & Elbert, T. (2005). Narrative Exposure Therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: Two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *BMC Psychiatry*, 5(7), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-5-7>
- Oppedal, B., & Idsoe, T. (2015). The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(2), 203-211. <https://doi.org/10.1111/sjop.12194>
- *Oras, R., Ezpeleta, S. C. D., & Ahmad, A. (2004). Treatment of traumatized refugee children with eye movement desensitization and reprocessing in a psychodynamic context. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(3), 199-203. <https://doi.org/10.1080/08039480410006232>
- Organización de las Naciones Unidas. (1951). *Convención sobre el estatuto de los refugiados*. <https://www.acnur.org/5b0766944.pdf>
- Padrón, I., Góngora, D., Moreno, I., Rodrigo, M. J., & Martín, A. M. (2022). Contribution of brain cortical features to the psychological risk profile of juvenile offenders. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 14(2), 93-103. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2022a9>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Wilson, E. M., McDonald, S., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews*, 10(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
- *Perilli, S., Giuliani, A., Pagani, M., Mazzoni, G. P., Maslovaric, G., Maccarrone, B., Mahasneh, V. H., & Morales, D. (2019). EMDR group treatment of children refugees—A field study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13(2), 143-155. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.13.2.143>
- *Pfeiffer, E., & Goldbeck, L. (2017). Evaluation of a trauma-focused group intervention for unaccompanied young refugees: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 30(5), 531-536. <https://doi.org/10.1002/jts.22218>
- Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: A meta-analysis. *JAMA*, 294(5), 602-612. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602>
- Quevedo-Blasco, R., Ruiz-Herrera, N., y Guillén-Riquelme, A. (2021). Análisis bibliométrico de las revistas españolas de Psicología indexadas en el Emerging Source Citation Index (2018-2020). *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 42(3), 170-176. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2968>
- Reed, R. V., Fazel, M., Jones, L., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: Risk and protective factors. *Lancet*, 379(9812), 250-265. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60050-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60050-0)

- Robjant, K., & Fazel, M. (2010). The emerging evidence for narrative exposure therapy: A review. *Clinical Psychology Review, 30*(8), 1030-1039. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.07.004>
- Rosa-Alcázar, A. I., Rosa-Alcázar, E., y Rosa-Alcázar, A. (2009). Criterios de eficacia de los tratamientos según la Task Force. *Fisioterapia, 31*(6), 248-254. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2009.03.002>
- Rubio-Aparicio, M., Sánchez-Meca, J., Marín-Martínez, F., & López-López, J. A. (2018). Guidelines for reporting systematic reviews and meta-analyses. *Anales de Psicología, 34*(2), 412-420. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.2.320131>
- *Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E., & Elbert, T. (2010). Narrative exposure therapy for 7-to 16-year-olds: A randomized controlled trial with traumatized refugee children. *Journal of Traumatic Stress, 23*(4), 437-445. <https://doi.org/10.1002/jts.20548>
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press.
- *Sarkadi, A., Ådahl, K., Stenvall, E., Ssegonja, R., Batti, H., Gavra, P., Fängström, K., & Salari, R. (2018). Teaching recovery techniques: Evaluation of a group intervention for unaccompanied refugee minors with symptoms of PTSD in Sweden. *European Child & Adolescent Psychiatry, 27*(4), 467-479. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1093-9>
- Saxe, G. N., Ellis, B. H., & Brown, A. D. (2015). *Trauma Systems Therapy for children and teens*. Guilford Press.
- Schmidt, S., van der Meer, E., Tydecks, S., & Bliesener, T. (2018). How culture and migration affect risk assessment. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 10*(2), 65-78. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a7>
- *Schottelkorb, A. A., Doumas, D. M., & Garcia, R. (2012). Treatment for childhood refugee trauma: A randomized, controlled trial. *International Journal of Play Therapy, 21*(2), 57-73. <https://doi.org/10.1037/a0027430>
- Scoglio, A. A., & Salhi, C. (2021). Violence exposure and mental health among resettled refugees: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse, 22*(5), 1192-1208. <https://doi.org/10.1177/1524838020915584>
- Simón-Saiz, M. J., Fuentes-Chacón, R. M., Garrido-Abejar, M., Serrano-Parra, M. D., Larrañaga-Rubio, M. E., & Yubero-Jiménez, S. (2019). Personal and social factors which protect against bullying victimization. *Enfermería Global, 18*(2), 1-24. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.2.345931>
- *Thierrée, S., Richa, S., Brunet, A., Egrettau, L., Roig, Q., Clarys, D., & El-Hage, W. (2020). Trauma reactivation under propranolol among traumatized Syrian refugee children: Preliminary evidence regarding efficacy. *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1), 1733248. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1733248>
- United Nations High Commissioner for Refugees. (2016). *Global trends forced displacement in 2015*. The UN Refugee Agency. <https://emnbelgium.be/sites/default/files/publications/2016-06-14-global-trends-2015.pdf>
- United Nations High Commissioner for Refugees. (2020). *Global trends forced displacement in 2019*. The UN Refugee Agency. <https://resourcecentre-drupal.savethechildren.net/node/18406/pdf/5ee200e37.pdf>
- United Nations High Commissioner for Refugees. (2021). *Global trends forced displacement in 2020*. The UN Refugee Agency. <https://www.unhcr.org/60b638e37/unhcr-global-trends-2020>
- *Unterhitzenberger, J., Eberle-Sejari, R., Rassenhofer, M., Sukale, T., Rosner, R., & Goldbeck, L. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy with unaccompanied refugee minors: A case series. *BMC Psychiatry, 15*, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0645-0>
- Valentine, P. V., & Smith, T. E. (2001). Evaluating traumatic incident reduction therapy with female inmates: A randomized controlled clinical trial. *Research on Social Work Practice, 11*(1), 40-52. <https://doi.org/10.1177/104973150101100103>
- *Van der Gucht, K., Glas, J., De Haene, L., Kuppens, P., & Raes, F. (2019). A mindfulness-based intervention for unaccompanied refugee minors: A pilot study with mixed methods evaluation. *Journal of Child and Family Studies, 28*(4), 1084-1093. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01336-5>
- Yepes-Núñez, J. J., Urrútia, G., Romero-García, M., y Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: Una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología, 74*(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recresp.2021.06.016>

Financiación: Este estudio no dispone de financiación.

Consejo de Revisión Institucional: No aplicable.

Declaración de Consentimiento Informado: No aplicable.

Declaración de Disponibilidad de los Datos: Datos disponibles mediante petición.

Conflicto de Intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexos

Anexo 1.

Riesgo de sesgo de cada estudio individual

Autores y año	Especificación de criterios de elegibilidad	Asignación aleatoria a grupos	Información de muestreo explícito	Similitud grupos pre-intervención	Doble ciego de evaluadores	Tasa de muerte experimental ($\leq 15\%$)	Análisis de "intención de tratar"	Informa de comparación entre grupos	Informa de tamaño de efecto	Puntuación total
Cardeli et al., 2020	Sí	N/A	N/A	N/A	N/A	Sí	Sí	N/A	Sí	4/4
Descilo et al., 2010	Sí	N/A	N/A	N/A	N/A	No	No	N/A	Sí	2/4
Doumit et al., 2020	Sí	N/A	N/A	N/A	N/A	No	No	N/A	Sí	2/4
El-Khani et al., 2018	Sí	N/A	N/A	N/A	N/A	Sí	Sí	N/A	Sí	4/4
Ellis et al., 2013	Sí	No	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	6/9
Foka et al., 2021	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	5/9
Gomez et al., 2017	No	N/A	N/A	N/A	N/A	Sí	No	N/A	Sí	2/4
Kazandjian et al., 2020 ^(a)	Sí	N/A	N/A	N/A	N/A	Sí	Sí	N/A	Sí	4/4
Kazandjian et al., 2020 ^(b)	Sí	N/A	N/A	N/A	N/A	Sí	Sí	N/A	Sí	4/4
Lempertz et al., 2020	Sí	N/A	N/A	N/A	N/A	Sí	No	N/A	Sí	3/4
Mhaidat y Alharbi, 2016	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	No	5/9
Mohlen et al., 2005	Sí	N/A	N/A	N/A	N/A	Sí	Sí	N/A	No	3/4
Murray et al., 2018	Sí	N/A	N/A	N/A	N/A	Sí	Sí	N/A	Sí	4/4
Onyut et al., 2005	No	N/A	N/A	N/A	N/A	Sí	Sí	N/A	Sí	3/4
Oras et al., 2004	Sí	N/A	N/A	N/A	N/A	Sí	No	N/A	No	2/4
Perilli et al., 2019	Sí	N/A	N/A	N/A	N/A	No	Sí	N/A	No	2/4
Pfeiffer y Goldbeck, 2017	Sí	N/A	N/A	N/A	N/A	No	Sí	N/A	Sí	3/4
Ruf et al., 2010	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	8/9
Sarkadi et al., 2018	Sí	N/A	N/A	N/A	N/A	No	Sí	N/A	No	2/4
Schottelkorb et al., 2012	Sí	N/A	N/A	N/A	N/A	No	No	N/A	No	1/4
Thierrée et al., 2020	Sí	N/A	N/A	N/A	N/A	No	Sí	N/A	Sí	3/4
Unterhitzberger et al., 2015 ^(a)	Sí	N/A	N/A	N/A	N/A	Sí	Sí	N/A	No	3/4
Unterhitzberger et al., 2015 ^(b)	Sí	N/A	N/A	N/A	N/A	Sí	Sí	N/A	No	3/4
Van der Gucht et al., 2019	Sí	N/A	N/A	N/A	N/A	No	Sí	N/A	Sí	3/4

Nota. N/A = No aplica.

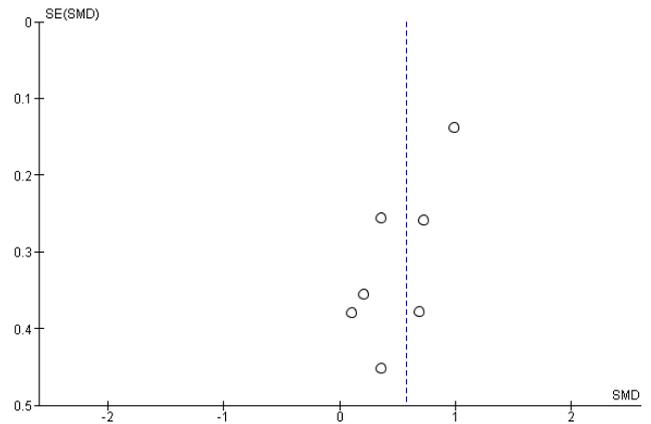
Anexo 2.

Consideraciones metodológicas del tratamiento de algunos artículos incluidos en el meta-análisis.

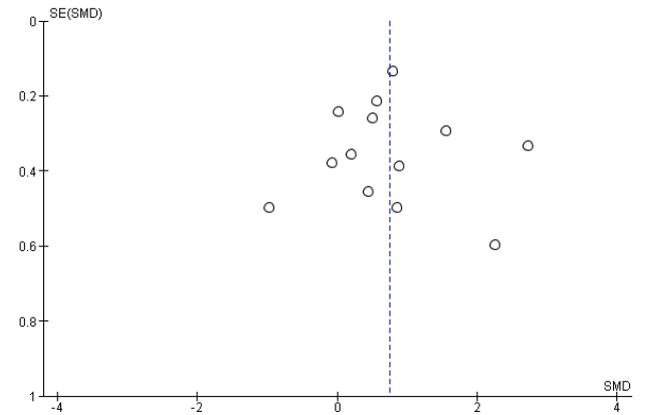
Un estudio experimental fue tratado como si fuese un estudio de tipo antes y después puesto que el grupo control fue sometido a una intervención (de carácter no psicológico) diferente al tratamiento habitual y distinta a la del grupo experimental, por lo que no servía como grupo control puro a los efectos de este meta-análisis. Por ello se emplearon únicamente los datos relativos al grupo experimental (aquel sometido a la intervención psicológica) como si se tratase de un estudio de tipo antes y después.

Además, dos estudios (Kazandjian et al., 2020; Unterhitzberger et al., 2015) se subdividieron, bien porque hubo dos grupos experimentales diferentes que fueron sometidos a la intervención (Kazandjian et al., 2020) o bien porque se emplearon dos instrumentos diferentes para evaluar la variable dependiente en dos subgrupos (Unterhitzberger et al., 2015).

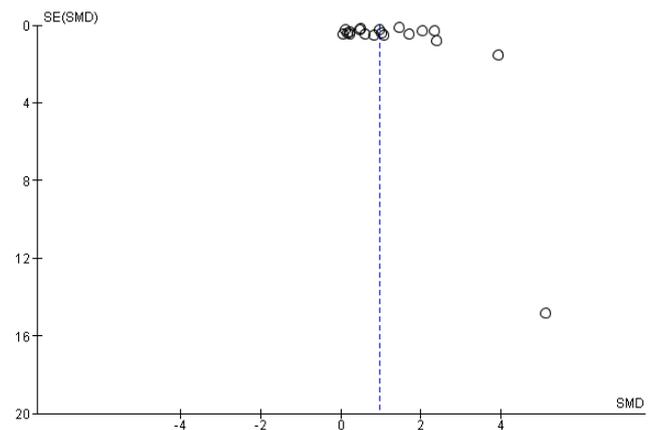
Ansiedad



Depresión



Estrés postraumático



Anexo 3.

Gráficos en embudo de cada variable dependiente.