



Artículo (Monográfico)

## Revisión Sistemática Sobre Tratamientos Psicológicos con Personas Adultas Víctimas de Abuso Sexual Infantil

Eva Núñez<sup>1</sup>  y Yolanda Sánchez-Sandoval<sup>1,2</sup> 

<sup>1</sup> Universidad de Cádiz, España

<sup>2</sup> Instituto de Innovación e Investigación Biomédica de Cádiz (INIBICA), España

### INFORMACIÓN

Recibido: Abril 14, 2024

Aceptado: Abril 23, 2024

#### Palabras clave:

Abuso sexual infantil  
Tratamientos psicológicos  
Terapias  
Adultos  
Revisión sistemática

### RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue realizar una revisión sistemática de la literatura científica sobre los tratamientos psicológicos aplicados con personas adultas con experiencia de abuso sexual infantil. Se realizó una búsqueda en las bases de datos Web Of Science, Scopus y PsycInfo. Se identificaron inicialmente 490 estudios, cumpliendo 19 los criterios de inclusión. Destaca la praxis de enfoques cognitivos-conductuales y de tercera generación, seguidos de orientaciones eclécticas, psicodinámicas y sistémicas, para tratar la sintomatología en estos pacientes, sobre todo, síntomas postraumáticos y depresivos. Los hallazgos respaldan la existencia de tratamientos psicológicos efectivos para las víctimas adultas de abuso sexual infantil, pero pueden no ser suficientes para lograr una remisión completa de los síntomas. Las terapias cognitivo-conductuales consiguen los resultados más alentadores a la hora de disminuir su sintomatología. No obstante, otras intervenciones desde orientaciones terapéuticas diferentes también reflejan su éxito.

### Systematic Review on Psychological Treatments With Adult Victims of Child Sexual Abuse

#### ABSTRACT

The aim of this study is to review the scientific literature about the psychological treatments applied to adults with experience of child sexual abuse. Web Of Science, Scopus and PsycInfo were used. From the 490 studies initially identified, 19 met the inclusion criteria. Among these studies, the praxis of cognitive-behavioral and third generation approaches stand out. Followed by these, eclectic, psychodynamic and systemic guidelines appear, among others, to treat the symptoms in child sexual abuse patients, especially post-traumatic and depressive symptoms. The findings support the existence of effective psychological treatments for adult victims of child sexual abuse, but may not be sufficient to achieve complete remission of symptoms. The analysis suggests that pure cognitive-behavioral therapies show more encouraging results in reducing the symptomatology of these patients; however, other interventions from different therapeutic orientations also reflect their success.

#### Keywords:

Child sexual abuse  
Psychological treatments  
Therapies  
Adults  
Systematic review

El abuso sexual infantil (ASI) es una de las formas de violencia y maltrato hacia la infancia.

El ASI consiste en episodios de contactos e interacciones entre una persona adulta y un niño o niña, cuando el adulto (agresor) usa al menor para estimularse sexualmente, al niño o a otra persona (National Center of Child Abuse and Neglect [Centro Nacional de Abuso y Negligencia Infantil], 1978). También se considera ASI el cometido por un menor de edad, cuando sea significativamente mayor que la víctima o cuando el agresor tenga una posición de poder o control. Estimar la prevalencia de este fenómeno no es fácil. Al darse mayoritariamente en un entorno intrafamiliar, con habitual ausencia de un daño físico evidente y de signos psíquicos comunes, los datos para la detección y el diagnóstico son altamente inaccesibles (Pereda y Gallardo-Pujol, 2011). Recientemente, el informe de la Organización Mundial de la Salud sobre la situación mundial de la prevención de la violencia contra la infancia 2020, basado en una revisión de más de 300 estudios publicados entre 2000 y 2017 (Moody et al., 2018), estima una prevalencia del 14% y el 20% entre las niñas europeas y norteamericanas, respectivamente, y entre los niños de un 6% en Europa y un 14% en Norteamérica. En España, los datos del Registro Unificado de casos de sospecha de Maltrato Infantil indican que durante el año 2021 hubo 3206 notificaciones de ASI, de los que un 58,61% eran graves y un 41,39% leve-moderadas (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2022). El 9,59% del total de notificaciones de maltrato fueron de ASI.

El ASI es una experiencia traumática temprana, que afecta notablemente al desarrollo normativo de la persona, implica alteraciones en la regulación de las emociones, en las relaciones interpersonales y el autoconcepto (Wagenmans et al., 2018). Es un factor de riesgo para desarrollar dificultades, a nivel psicopatológico y social a largo plazo (Elkjaer et al., 2014). Las personas que han sido abocadas a un trauma acumulativo, generalmente, de naturaleza extensa e interpersonal, corren el riesgo de sufrir graves trastornos psicológicos (Wagenmans et al., 2018). Además, el silencio otorgado por la víctima cuando se produce el suceso, lleva consigo la dificultad de recibir un tratamiento temprano (Rull y Pereda, 2011) que ayude a aminorar los efectos del fenómeno y, como consecuencia, un aumento exponencial de la probabilidad de sufrir graves consecuencias en la vida adulta.

No es posible establecer un único síndrome propio ligado a la experiencia de ASI (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021), al ser un suceso de experiencia vital y no una agrupación de signos característicos (Rull y Pereda, 2011). Existen diversos factores que causan la variación de sintomatología entre las víctimas: su perfil individual (edad, sexo y contexto familiar), las características del acto abusivo (frecuencia, severidad, cronicidad...), la relación entre víctima-agresor (padre, hermano, profesor...) y el acto mismo de la revelación del abuso (falta de apoyo emocional, dudas sobre el hecho relatado...) (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021). Estudios longitudinales han observado que los adultos con una historia de ASI, presentan mayor predisposición a sufrir trastornos ligados directamente a la experiencia traumática, como es el trastorno de estrés postraumático (TEPT); trastornos del estado del ánimo, como la depresión; trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastornos de personalidad, comportamiento e ideaciones suicidas, consumo de sustancias, alteraciones

sexuales (disfunción sexual, aversiones sexuales, ...), problemas de salud (dolor crónico, problemas gastrointestinales, alteraciones del sueño, trastornos de la alimentación, ...) y dependencia del bienestar en la edad adulta (Barrero y Sánchez-Sandoval, 2022; Cutajar et al., 2010; Fergusson et al., 2013).

Estudios que analizan la eficacia de distintos tratamientos para aminorar las secuelas del ASI muestran que los mejores resultados, con niños y adolescentes, los mostraron los tratamientos cognitivo-conductuales centrados en el trauma combinados con terapia de apoyo y algún elemento psicodinámico (ej. terapia de juego) (Sánchez-Meca et al., 2011). En cuanto a las intervenciones con personas adultas, una reciente revisión ha mostrado que la mayoría de las intervenciones analizadas tenían éxito en reducir al menos una de las variables sintomáticas examinadas (ej. depresión o ansiedad), siendo la terapia dialéctica conductual (TDC) y la terapia cognitivo-conductual (TCC) las que mostraron los mejores resultados (Sousa-Gomes et al., 2022). Este estudio subrayaba que, a pesar de ser alentadores, los resultados no fueron concluyentes, destacando la necesidad de estudios controlados de alta calidad con muestras representativas de víctimas de ASI para abordar las cuestiones metodológicas planteadas en los estudios analíticos.

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática sobre tratamientos psicológicos aplicados a personas adultas con experiencia de ASI y su eficacia. Recientemente, se aprobó la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, para la protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. En ella se incluye, en especial, la reforma de los plazos de prescripción de los delitos sexuales en la infancia, estos comenzarán desde que la víctima cumple los 35 años de edad y no los 18, como hasta ahora. Este cambio de paradigma a nivel judicial precisa aunar los programas y líneas de intervención que han demostrado su eficacia, con la finalidad de facilitar el acceso a los profesionales de la salud mental, a tratamientos expuestos a rigurosos análisis que aseguren resultados positivos con su aplicación. Este trabajo se justifica además por la alta incidencia del ASI, así como por su impacto a largo plazo en la salud mental de las víctimas. Mientras que otros trabajos se han centrado en población con alguna sintomatología, en este se recogerán también intervenciones orientadas a la prevención primaria y secundaria. Aunque existen otras revisiones sobre esta temática con población infantil y adolescente (Sánchez-Meca et al., 2011) y con población adulta (Rull y Pereda, 2011), este trabajo aporta una visión más actual y revisada de intervenciones que han demostrado ser eficaces.

## Método

Se han seguido las recomendaciones de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Page et al., 2021). La pregunta de investigación, siguiendo el protocolo PICOS fue: en personas adultas con un episodio de abuso sexual infantil, único o reiterado (Participants) que han recibido tratamiento psicológico (Intervention), ¿cuál fue la eficacia, en términos de respuesta al tratamiento, remisión, recuperación, recaídas y/o recurrencia (Outcome), de los distintos tipos de terapia psicológica (Comparisons), según estudios empíricos (Study design)?

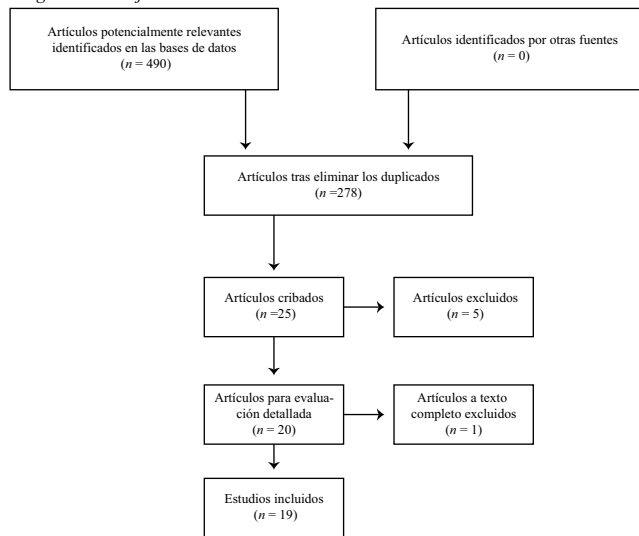
La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos Web Of Science, Scopus y PsycInfo. Se utilizaron los términos: (child\* sexual abuse) AND (“therap\*” OR treatment) dentro del campo “título”. Los criterios de inclusión fueron: a) estudios empíricos, publicados en revistas indexadas, b) muestra con población adulta con experiencia de ASI, c) publicados entre 2010 y 2021, d) con objeto de estudio, la eficacia de un tratamiento psicológico, e) estudios de investigación con análisis cuantitativo, con tamaño de efecto pre-post tratamiento y d) publicados en inglés o español. Los criterios de exclusión fueron: a) muestras menores de 18 años, b) estudios de caso único, tesis o libros, c) revisión sistemática o metaanálisis, d) medición cualitativa y e) no inclusión de tratamiento psicológico. Los artículos han sido revisados por dos revisores independientes.

Tras la evaluación de la calidad metodológica (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2015), todos los estudios incluidos presentaban un nivel de evidencia 2+ (estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal).

## Resultados

La búsqueda inicial identificó 490 artículos. En la Figura 1 se muestra el diagrama de flujo. Se eliminaron 212 duplicadas. Sólo 25 superaron la primera etapa de selección (cribaje por título y resumen). En esta fase, fueron excluidos 5 estudios más, por no cumplir los criterios de selección. Tras la lectura de texto completo, uno más fue excluido. Se incluyeron finalmente 19 trabajos.

**Figura 1**  
Diagrama de Flujo del Proceso de Selección de los Estudios



## Características de los Estudios Incluidos

La mayoría de trabajos han sido realizados en Europa y Estados Unidos (Tabla 1). El total de participantes asciende a 2.265 personas, con edades comprendidas entre 14 y 70 años. El 78,95% de los estudios incluyen únicamente mujeres,

el resto recluta un muestreo mixto. Ningún trabajo analiza exclusivamente a hombres.

Son todos estudios experimentales, con un tamaño de efecto pre-post tratamiento. En cuanto a la inclusión de grupo control, usado para verificar que los resultados son efecto del tratamiento y no resultado de la espontaneidad, se observa que este ha sido utilizado en seis de las investigaciones (31,58%). Se incluye además siete estudios con grupo de comparación (36,84%), y en un caso (5,26%) se incluyen ambos. La asignación a estos grupos, tanto control como comparación, se ha hecho en nueve ocasiones por aleatorización (47,37%) y en cuatro sin aleatorizar (21,05%).

Destaca por su mayor presencia el enfoque cognitivo-conductual (ECC) en diez de los trabajos (52,63%), de los cuales, la mitad se basa en su variante de tercera generación (26,32%), la TDC. Le siguen enfoques eclécticos o integrativos, con tres estudios (15,79%), el enfoque sistémico y el psicodinámico, ambos en dos trabajos (10,52%). Por último, en cuatro de ellos no se especifica su tipo de enfoque (21,05%), aunque en un caso indican que es un tratamiento orientado a la personalidad (25%).

## Variables Objeto de Intervención

Las variables abordadas en estos trabajos son bastante heterogéneas. Destaca la sintomatología de TEPT, en cuanto a presencia, gravedad e intensidad, analizada en catorce estudios (73,68%). En segundo lugar, la sintomatología depresiva (57,89%), seguida del malestar psicológico general (31,52%). Con menor presencia, el funcionamiento psicosocial general y disociación (21,05%), síntomas límite y problemas interpersonales (15,79%).

Los instrumentos de evaluación más utilizados fueron Beck Depression Inventory (BDI-II) en un 42,11% de los estudios, seguidos del Symptom Checklist -90- Revisado (SCL-90-R) y el Clinician Adminstrated PTSD Scale (CAPS) ambos en un 31,58% de los trabajos. En menor proporción, se aplicaron el Global Assessment of Functioning (GAF), Psychopathy Checklist Screening (PCL-S), Borderline Symptom List Short Version (BLS-23) y Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) (15,8% cada uno).

El seguimiento de los resultados de un tratamiento evidencia el grado de eficacia del mismo después de un periodo tras su implementación. La mayoría de los estudios incluidos utilizaron este método para analizar sus efectos después del tratamiento (73,68%), siendo el estudio de Elkjær et al. (2021) el que presenta una mayor observación del mantenimiento de los resultados cinco años después. Le siguen, el estudio Elkjaer et al. (2014) y Sarasua et al. (2013) con un seguimiento máximo de un año. El menor plazo de seguimiento es el de Becker (2015) con un mes de monitorización de los efectos. En referencia a los periodos de seguimiento, hay un estudio que realiza cuatro tiempos, al mes, a los tres, a los seis y los doce meses (Sarasua et al., 2013), continúa otro con tres intervalos de dos semanas, uno y seis meses (Pulverman et al., 2017). Otros, evalúan en dos ocasiones postratamiento, con periodos diversos (Bohus et al., 2013; Elkjær et al., 2021; Hendriks et al., 2010; Krueger et al., 2014). Finalmente, en ocho trabajos hay una única fase de seguimiento.

**Tabla 1**  
Características de los Estudios Incluidos

Referencia	País	N- Inicio	N- Final	Edad	Sexo	Tratamiento	Comparación	Tiempos
Elkjær et al. (2021)	Dinamarca	106	86	19-57	M	TPDG	TSG	pre-post-1a-5a
Rosner et al. (2019)	Alemania	88	65	14-21	M-H	TPCD	LE	pre-8s-post-3m
Wagenmans et al. (2018)	Países Bajos	171	165	18-68	M-H	TICT-TEPT	NO ASI; ASI < 12; ASI 12-18; ASI >18	pre-post
Steil et al. (2018)	Alemania	21	17	19-50	M	TDC-TEPT	NO	pre-post-6s
Pulverman et al. (2017)	EE.UU.	138	86	19-63	M	TEE	NO	pre-post-2s-1m-6m
Görg et al. (2017)	Alemania	78	23	17-65	M	TDC-TEPT	LE	pre-post
Elklit (2015)	Dinamarca	480	-	15-70	M-H	TOP	NO	pre-6m-post
Calvert et al. (2015)	Reino Unido	157	108	18-64	M	TACG	LE	pre-post
Becker (2015)	EE.UU.	6	5	39-58	M-H	TCC-G+ARTE	NO	pre-pos-1m
Elkjær et al. (2014)	Dinamarca	106	86	>18	M	TPDG	TSG	pre-post-1a
Krueger et al. (2014)	Alemania	74	72	17-65	M	TDC-TEPT	LE	pre-post-6s-12s
Lorenz et al. (2013)	EE.UU.	127	77	>18	M	TEE	GC	pre-post
Sarasua et al. (2013)	España	121	87	18-54	M	TCC-I	NO	pre-post-1m-3m-6m-12m
Bohus et al. (2013)	Alemania	74	69	17-65	M	TDC-TEPT	LE	pre-post-6s-12s
Kreidler (2012)	EE.UU.	250	156	>18	M	TGCP	TGLP	LP: pre-6m-post CP: pre-post-6m
Gamble et al. (2011)	EE.UU.	69	69	>18	M	TIP	AH	pre-10s-24s-36s
Steil et al. (2011)	Alemania	29	29	>18	M	TDC-TEPT	NO	pre-post-6s
Classen et al. (2011)	EE.UU.	166	141	>18	M	TGCT	TGCP	pre-post-6m
Hendriks et al. (2010)	Países Bajos	4	4	27-49	M	TEIB	NO	pre-post-1m-3m

*Nota.* M: Mujeres; H: Hombres; TPDG: Psicoterapia Psicodinámica Grupal; TSG: Psicoterapia Sistémica Grupal; TPCD: Terapia Procesamiento Cognitivo adaptada al Desarrollo; LE: Lista de Espera; TICT-TEPT: Tratamiento Intensivo Centrado en el Trauma para el Trastorno de Estrés Postraumático; TDC-TEPT: Terapia Dialéctica Conductual para el TEPT; TEE: Tratamiento de Escritura Expresiva; TOP: Tratamiento Orientado a la personalidad; TACG: Terapia Analítica Cognitiva Grupal; TCC: Terapia Cognitivo Conductual-G: Grupal /-I: Individual; GC: Grupo Control; TGCP: Terapia Grupal Corto Plazo; TGLP: Terapia Grupal Largo Plazo; TIP: Terapia Interpersonal; AH: Atención Habitual; TGCT: Terapia Grupal Centrada en el Trauma; TGCP: Terapia Grupal Centrada en el Presente; TEIB: Terapia de Exposición Intensiva Breve; s: semana; m: mes; a: año

### Características del Abuso

A pesar de la importancia del tipo de abuso, tres de los trabajos no aportan esta información (15,79%) (Calvert et al., 2015; Görg et al., 2017; Krueger et al., 2014). En los restantes, cinco especifican ASI intrafamiliar (31,25%), seis ASI intra o extrafamiliar (37,5%), con mayor proporción del primero, y los últimos cinco no indican el vínculo entre víctima-agresor (31,25%). En siete de ellos (43,75%) se diferencia entre ASI con contacto sin penetración (besos, tocamientos, caricias en genitales) o con contacto con penetración (vaginal, oral y/o anal). La edad de inicio del ASI está en un rango medio entre 5.9 (Elkjær et al., 2021) y 11.29 años (Steil et al., 2018). Respecto a la duración del acto abusivo, esta se muestra en siete de estos artículos (43,75%), la mayoría de los participantes afirma haber sufrido ASI durante más de cinco años. En Kreidler (2012) se muestra una media de nueve años de abuso.

### Características de los Tratamientos Empleados

Respecto al formato de los tratamientos, siete han abordado un modelo terapéutico individual (36,84%), seis en formato grupal (36,84%) y cuatro mixtos (21,05%). En dos de los estudios no se especifica el formato utilizado (10,52%) (Krueger et al., 2014; Rosner et al., 2019). La duración de las terapias era muy

variable. Se encuentran las de mayor extensión con doce meses, entre ellas, la terapia psicodinámica (Elkjær et al., 2014; Elkjær et al., 2021), la terapia orientada a la personalidad (Elklit, 2015) y el estudio de Kreidler (2012). Les siguen las terapias de seis meses de duración (Calvert et al., 2015; Classen et al., 2011; Kreidler, 2012; Steil et al., 2018). Algunas han sido muy breves, con cinco (Hendriks et al., 2010) u once días (Wagenmans et al., 2018) de tratamiento.

Encontramos estudios con un mínimo de cinco sesiones (Hendriks et al., 2010; Lorenz et al., 2013; Pulverman et al., 2017) y otros con un máximo de ciento veintisiete sesiones (Bohus et al., 2013; Steil et al., 2011). También hay una gran disparidad en la duración de las sesiones, desde treinta minutos (Lorenz et al., 2013; Pulverman et al., 2017) a sesiones intensivas de seis horas (Hendriks et al., 2010). La mayoría ofrecen terapias semanales (57,89%), en menor proporción mixtas (semanal y/o mensual/bisemanal) (26,32%) o diarias (10,52%).

### Tipo y Eficacia de los Tratamientos

#### Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC)

En un primer grupo de Terapias de Segunda Generación, se enmarcarían algunos trabajos incluidos, como la terapia de procesamiento cognitivo adaptada al desarrollo (Rosner et al.,

2019), integración del arte en el tratamiento de grupo para el TEPT (Becker, 2015), TCC (Sarasua et al., 2013), terapia de grupo centrada en el trauma (TGCT) y en el presente (TGCP) (Classen et al., 2011) y terapia de exposición intensiva breve (Hendriks et al., 2010).

Todas estas intervenciones han mostrado reducir síntomas TEPT tras la intervención, manteniéndose el cambio en su seguimiento. El estudio de Rosner et al. (2019) presenta valores de  $g$  de Hedges de 0.90 en el postratamiento y de 0.80 en la evaluación de seguimiento. Por otro lado, Becker (2015) representa un tamaño de efecto  $d$  de Cohen con valores en el postratamiento de 2.05 y de 1.86 en el seguimiento de un mes. La tasa de éxitos en relación a la desaparición del TEPT en Sarasua et al. (2013) es del 90,70%. Classen et al. (2011) no encontraron ventajas entre TGCT y TGCP en la reducción de los síntomas de TEPT, pero sí una clara ventaja del tratamiento sobre la condición de lista de espera. Por último, Hendriks et al. (2010) mostraron un tamaño de efecto  $d$  de Cohen de 1.5 en el postratamiento.

Otra medida de resultado evaluada con frecuencia en los tratamientos con ECC, es la sintomatología depresiva. El estudio de Rosner et al. (2019) alcanzó un tamaño de efecto  $g = 0.98$  para la reducción de síntomas depresivos. Becker (2015) por su parte consiguió un tamaño de efecto grande ( $d = 1.44$ ) con la integración de la TCC y el arte, aunque en el seguimiento este disminuyó ( $d = 1.15$ ). Las otras que evalúan esta variable (Classen et al., 2011; Sarasua et al., 2013), igualmente, estiman beneficios en relación a estos síntomas.

En cuanto a Terapias de Tercera Generación, la TDC para el TEPT (TDC-TEPT) relacionado con el ASI, ha sido analizada en cinco trabajos (26,32%). Esta combina elementos de la TDC (Linchan, 1993) e intervenciones cognitivo-conductuales centradas en el trauma (Ehlers y Clark, 2008; Foa et al., 2007).

El estudio piloto de Steil et al. (2011) estudió la aceptación, seguridad y eficacia de esta terapia, a través de cuatro variables, la gravedad general del TEPT (resultado primario), depresión, ansiedad estado-rasgo e índice de gravedad global (resultados secundarios). Mostraron en sus pacientes mejoras significativas en todas las medidas desde el inicio hasta el seguimiento. Ningún paciente abandonó la terapia. El diseño del estudio no permitía determinar qué componentes, si TDC o TCC, contribuyeron a los efectos del tratamiento.

Dada la necesidad de obtener datos controlados sobre este tratamiento para descartar efectos inespecíficos, en los siguientes años se desarrollaron tres ensayos controlados aleatorizados (ECA). El primero (Bohus et al., 2013), examinó la terapia TDC-TEPT para pacientes ASI con y sin trastorno límite de la personalidad, se encontró que la reducción de los síntomas de TEPT fue significativamente mayor en el grupo TDC-TEPT en comparación con el grupo control, con grandes tamaños de efecto entre grupos (39% en TDC-TEPT y 3% en el grupo control). Además, está respuesta también se encontró en algunas medidas secundarias como, el funcionamiento social global y la depresión. Sin embargo, la mejoría fue algo menor respecto al malestar psicológico actual, los síntomas límite y la disociación, pues los tamaños de efecto entre grupos variaron entre medianos y pequeños. A pesar de esta mejora significativa del grupo TDC-TEPT con respecto al grupo control, un 61% de los pacientes del primer grupo no alcanzó remisión completa del TEPT 3 meses después.

El segundo estudio (Krueger et al., 2014) examinaba la frecuencia de pérdidas y ganancias súbitas en el transcurso del tratamiento y su asociación con el contenido de este. Los resultados mostraron que las pérdidas repentinas fueron estadísticamente similares entre grupos de tratamiento y control, estas pérdidas no se produjeron después de las sesiones de exposición y sólo fueron temporales, ya que los participantes no empeoraron los síntomas en el postratamiento y el seguimiento. Las ganancias súbitas no fueron específicas de grupo, puesto que el grupo control también las experimentó, no obstante, el número de ganancias fue mayor en el grupo TDC-TEPT. Respecto a la asociación de estas con el contenido del tratamiento, el 60% se dieron justo después de la exposición, el resto se observaron durante la primera fase de tratamiento.

El tercer estudio (Görg et al., 2017) evaluó el cambio de emociones relacionadas con el trauma y la aceptación del acontecimiento traumático. Los pacientes experimentaron reducciones estadísticamente significativas en vergüenza, culpa, asco, angustia y miedo, mientras que la aceptación aumentó desde el inicio hasta el final de tratamiento. Además, la respuesta a la terapia, medida con CAPS, se asoció con el cambio en las emociones relacionadas con el trauma.

Finalmente, Steil et al. (2018) realizaron otro estudio piloto de tratamiento ambulatorio. Examinaban la aceptación, la seguridad y los efectos de la terapia, como en su trabajo de 2011. Los efectos de la TDC-TEPT en el postratamiento y el seguimiento fueron grandes para los síntomas TEPT, síntomas límite y depresión. No obstante, la eficacia para la disociación tuvo un tamaño de efecto medio.

### Terapias Psicodinámicas

El enfoque psicodinámico se emplea en dos de los estudios (10,52%), que los comparan con la terapia sistémica. Ambos (Elkjaer et al., 2014; Elkjær et al., 2021) fundamentan el tratamiento de orientación psicodinámica en la teoría del análisis de grupo (Foulkes, 2018).

En Elkjaer et al. (2014), el tratamiento tuvo ganancias significativas en los resultados pre-post, manteniendo sus resultados en todas las medidas (malestar psicológico general, funcionamiento psicosocial general, percepción de la calidad de vida autodeclarada, funcionamiento general, relaciones interpersonales y flashbacks) en el seguimiento al año. Además, la disminución de flashbacks, principalmente durante el seguimiento, resultó estadísticamente significativa.

Por otro lado, en Elkjær et al. (2021) en el que miden sus efectos a largo plazo (cinco años), la terapia psicodinámica presentó efectos de medianos a grandes en el Índice de Gravedad Global (GSI) del SCL-90-R y el funcionamiento psicosocial global, tanto al final del tratamiento como en el seguimiento de uno y cinco años. A pesar de esta mejora significativa general, más de la mitad de los pacientes seguían presentando puntuaciones en el GSI por encima del punto de corte cinco años después de la intervención. Respecto a los síntomas del TEPT, el grupo psicodinámico tuvo una puntuación mayor en el PCL-C, tanto en la puntuación total como en las distintas subescalas, siendo estadísticamente significativas sólo en Intrusión. Es decir, la frecuencia de los flashbacks no mejoraron en el grupo psicodinámico pero sí en



el de comparación, la terapia sistémica. De manera global, la diferencia de grupo fue mayor en el postratamiento, disminuyó a los niveles de referencia en el seguimiento de un año, y aumentó ligeramente en el seguimiento de cinco años.

### **Terapias Sistémicas**

En Elkjaer et al. (2014) el grupo sistémico mostró ganancias significativas en los resultados pre-post tratamiento, siendo significativamente mayores a los resultados del grupo de comparación con terapia psicodinámica. A pesar de esta diferencia, durante el seguimiento el grupo sistémico manifestó un empeoramiento estadísticamente significativo de las puntuaciones en malestar psicológico general, percepción de la calidad de vida autodeclarada, funcionamiento general y relaciones interpersonales. En consecuencia, un año después no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Por otro lado, en relación a los flashbacks, la terapia sistémica presentó una disminución estadísticamente significativa mostrando su principal cambio durante el tratamiento.

Desde el estudio de Elkjaer et al. (2021), la psicoterapia sistémica muestra efectos grandes en el malestar psicológico general actual (GSI) y en el funcionamiento psicosocial global (GAF), tanto al final del tratamiento como en el seguimiento de uno y cinco años, manifestando un tamaño de efecto menor en el seguimiento de un año en la medida GSI. En relación a su grupo de comparación (la terapia psicodinámica), el tratamiento sistémico reflejó un mayor descenso en las puntuaciones desde la línea base hasta la evaluación posterior al tratamiento. A pesar de esta diferencia, notablemente mayor en el postratamiento con un tamaño de efecto ajustado entre grupos de 0.75, esta disminuyó en el seguimiento de uno y cinco años. Aun así, una gran número de pacientes seguían mostrando un nivel de malestar psicológico general por encima del punto de corte. En cuanto a los síntomas de estrés postraumático, el grupo sistémico reflejó mejores resultados tanto en la puntuación total como en las subescalas, manifestando diferencia estadísticamente significativa en Intrusión, con mejora significativa en la frecuencia de flashbacks. En relación a los síntomas depresivos, no hubo diferencias entre grupos, sólo un 3% cumplía criterios para un diagnóstico de depresión moderada a grave.

### **Terapias Eclécticas o Integrativas**

El eclecticismo, enfoque de terapia integrador que no se apoya estrictamente en un paradigma determinado, se sostiene en teorías, métodos y técnicas de diferentes corrientes de pensamiento. El estudio más reciente que integra varios modelos de terapia es el de Wagenmans et al. (2018), en la que estudian el impacto del ASI en el resultado de un tratamiento intensivo centrado en el trauma para el TEPT, combinan exposición prolongada, EMDR, un programa deportivo y psicoeducación. Los efectos del tratamiento indicaron tamaños significativos y grandes en la frecuencia, intensidad y gravedad de los síntomas TEPT. Las intrusiones relacionadas con el trauma y la conducta de evitación fueron medidas con el CAPS ( $d$  de Cohen = 1.70), Perceived Stress Scale (PSS-SR) ( $d$  de Cohen = 1.35) e Impact of Event Scale (IES) ( $d$  de Cohen = 1.80). Wagenmans et al. (2018) sugieren que un programa de tratamiento

corto e intensivo puede ser eficaz para víctimas con TEPT grave relacionado con ASI, independientemente de la edad en que se dieron las experiencias traumáticas.

Por otro lado, la terapia cognitiva analítica de grupo (TCAG) de Calvert et al. (2015) aúna modelos psicoanalíticos y cognitivos, basada en la teoría del constructo personal y las relaciones objetales. Los resultados mostraron un tamaño de efecto en la medida de resultado primaria (GSI)  $d = 0.34$ , lo que sugiere que la finalización de la terapia se asoció con una mejora discreta del malestar psicológico global. Los tamaños de efectos en los resultados secundarios (problemas interpersonales, salud general, ansiedad y depresión) sugieren que la TCAG se asoció con bajas mejoras. Sólo la autoestima alcanzó un tamaño de efecto mediano en relación a la terapia ( $d = 0.58$ ). Finalmente, la TCAG parece ser una intervención moderadamente eficaz para las mujeres víctimas de ASI.

Gamble et al. (2011) también analizan los efectos de una intervención ecléctica. Examinan las mejoras en el funcionamiento social de dominios específicos durante la terapia interpersonal (TIP), cuyo objetivo es potenciar las habilidades interpersonales y, como resultado, reducir síntomas depresivos y mejorar el funcionamiento general (Klerman et al., 1984). Tras la intervención con TIP el funcionamiento social general mejoró significativamente durante la terapia, no obstante, el análisis de las subescalas confirmó la variación entre los distintos ámbitos. Se vieron mejoras significativas en las funciones laborales, actividades de ocio con amigos y relaciones con la familia extensa. No se detectaron cambios significativos en las relaciones primarias de los pacientes con sus parejas íntimas, sus familiares directos o sus hijos.

### **Terapias de Escritura Expresiva**

La terapia de escritura expresiva se trata de un enfoque de tratamiento innovador. Lorenz et al. (2013), con un tratamiento dirigido por el paciente con una mínima participación del terapeuta, encontraron en las pacientes ganancias repentinas en los síntomas del trauma y mejoras significativas en depresión. Por otro lado, Pulverman et al. (2017) analizaron la terapia de escritura expresiva para examinar el cambio en el autoesquema sexual de las mujeres con ASI. Los resultados mostraron una disminución del contenido relacionado con abuso, familia y desarrollo, virginidad y atracción, y un incremento del existencialismo.

### **Terapias Orientadas a la Personalidad**

Elklit (2015) investigó los cambios psicológicos y sociales tras un tratamiento orientado a la personalidad basado en los trabajos de Millon (1999) para víctimas de ASI. Sus resultados mostraron un cambio en la proporción de los diagnósticos TEPT y TEPT subclínico. Mientras que en la evaluación pretratamiento los pacientes presentaban un 78% y 16%, respectivamente, estos variaron tras doce meses de intervención, resultando que un 40% de los sujetos cumplían los criterios básicos para el diagnóstico TEPT y el 23% para TEPT subclínico. Los síntomas de trauma tras la exposición a la terapia resultaron ser estadísticamente significativos con un tamaño de efecto grande ( $d = 0.87$ ), mientras que los síntomas de angustia general mostraron efectos moderados ( $d = 0.74$ ).

## Discusión

La finalidad de este estudio ha sido realizar una revisión de la evidencia empírica sobre tratamientos psicológicos aplicados en personas adultas con experiencia de ASI. Se pretendía organizar información relevante que aporte nuevas perspectivas para la práctica clínica. Una primera conclusión es el reducido el número de trabajos publicados al respecto referidos a tratamientos evaluados empíricamente.

En los artículos incluidos en la revisión se observa una gran variedad de tratamientos psicológicos empleados para frenar o disminuir la sintomatología de los pacientes de ASI. Destaca la praxis de enfoques cognitivos-conductuales incluyendo su variante de tercera generación, demostrando ser eficaces en la mayoría de las variables estudiadas, sobre todo en síntomas postraumáticos y depresivos. Por su parte, las terapias eclécticas o integrativas, se han manifestado variables en sus resultados. Mientras que el tratamiento intensivo centrado en el trauma para el TEPT se ha mostrado altamente eficaz, la TCAG y la TIP, reflejan ser intervenciones moderadamente eficaces. Mientras tanto, la terapia psicodinámica y sistémica, a pesar de presentar cursos de evolución distintos, han reflejado ser tratamientos análogamente exitosos para los pacientes de ASI. Aun así, los investigadores proponen la necesidad de un tratamiento adicional, ya que, tras su implementación más de la mitad de los sujetos seguían mostrando síntomas clínicos. La terapia de escritura presenta resultados alentadores, ayudando a los sujetos a conseguir un cambio en sus esquemas cognitivos, además, con su versión dirigida por el paciente, introduce un componente esencial para futuras investigaciones. Finalmente, la terapia orientada a la personalidad se presenta como un tratamiento de larga duración en el que resulta ser eficaz para los síntomas de trauma y angustia.

Todas las investigaciones analizadas revelan cambios favorables en alguno de los síntomas tratados. Destacar que, cerca del 74% de los estudios incluidos analizaron el mantenimiento de sus resultados después de un periodo tras su implementación, superando al seguimiento de metaanálisis anteriores (Ehring et al., 2014; Taylor y Harvey, 2010). No obstante, a pesar de que las investigaciones informaron de una evolución positiva en respuesta al tratamiento tras la intervención, estos datos están limitados, dado que sólo siete (Classen et al., 2011; Elkjaer et al., 2014; Elkjaer et al., 2021; Gamble et al., 2011; Kreidler, 2012; Pulverman et al., 2017; Sarasua et al., 2013) proporcionaron datos de seguimiento de más de seis meses. El resto no superó los tres meses de supervisión.

La aceptabilidad de los tratamientos por parte de los pacientes adultos de ASI ha sido favorable. Buena parte de las investigaciones informaron de un abandono inferior al 19%. Este porcentaje es inferior a las tasas de abandono informadas por otros trabajos de revisión en el que se señalan en torno al 22% (Dorrepaal et al., 2014; Ehring et al., 2014), o incluso superior al 26% (Görg et al., 2017; Rosner et al., 2019; Sarasua et al., 2013). Estos últimos sustentados en un ECC y su variante de tercera generación, abandono que se atribuye a la intensidad de esta terapia.

Los resultados positivos de los tratamientos psicológicos analizados deben considerarse con prudencia. El tamaño de la muestra de la mayoría de los estudios era moderado, y la falta

de grupo control en algunos dificulta la asociación eficacia-tratamiento. La búsqueda de una muestra homogénea, promueve el error de validez interna, puesto que excluye a una gran parte de víctimas de ASI (trastornos de personalidad, abuso de sustancias, ideación suicida, patologías graves...) impidiendo generalizar a toda la población la eficacia del tratamiento. Esta dificultad la encontramos también en anteriores trabajos (Dorrepaal et al., 2014; Rull y Pereda, 2011). Además, la heterogeneidad de los síntomas y las medidas de resultado limitan homogenizar las conclusiones. Otra limitación, y coincidiendo con metaanálisis previos (Rull y Pereda, 2011; Taylor y Harvey, 2010), es que no se incluyen estudios con muestras compuestas exclusivamente por hombres ASI y, en el caso del muestreo mixto la proporción de mujeres es mucho más alta.

En conclusión, estos hallazgos respaldan la existencia de tratamientos psicológicos efectivos para las víctimas adultas de ASI, pero pueden ser insuficientes para lograr una remisión completa de los síntomas. El análisis sugiere que las TCC puras exponen resultados más alentadores para disminuir la sintomatología de estos pacientes, no obstante, otras intervenciones desde orientaciones terapéuticas diferentes también reflejan su éxito. La imposibilidad de establecer un único síndrome propio ligado a la experiencia de ASI (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021) dificulta la elección de un único tratamiento recomendable para estos pacientes. Siguiendo a Taylor y Harvey (2010), diferentes características del abuso (el tipo de abuso, el perfil de la víctima, la relación víctima-agresor...) podrían estar actuando como agente moderador de los resultados. Se necesitan futuras investigaciones, con procedimientos metodológicos más exhaustivos, que contribuyan a profundizar e incrementar el conocimiento sobre la manera de atender y ayudar a las personas adultas con experiencia en ASI.

## Conflicto de Intereses

Las autoras no tienen conflicto de intereses.

## Referencias

Nota 1: Con asterisco marcados los trabajos incluidos en la revisión

- Barrero, P. y Sánchez-Sandoval, Y. (2022). Maltrato infantil y trastornos de la conducta alimentaria en la adultez: una revisión sistemática. *Psychology, Society & Education*, 14(1), 55-65. <https://doi.org/10.21071/psyse.v14i1.14174>
- \*Becker, C.-L. J. (2015). Integrating art into group treatment for adults with post-traumatic stress disorder from childhood sexual abuse: A pilot study [Integración del arte en el tratamiento grupal para adultos con trastorno de estrés postraumático debido al abuso sexual infantil: un estudio piloto]. *Art Therapy*, 32(4), 190-196. <http://dx.doi.org/10.1080/07421656.2015.1091643>
- \*Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedtfeld, I. y Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial [Terapia dialéctica conductual para el trastorno de estrés postraumático después de abuso sexual infantil en pacientes con y sin trastorno límite

- de la personalidad: un ensayo controlado aleatorio]. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 221–233. <http://dx.doi.org/10.1159/000348451>
- \*Calvert, R., Kellett, S. y Hagan, T. (2015). Group cognitive analytic therapy for female survivors of childhood sexual abuse [Terapia analítica cognitiva grupal para mujeres sobrevivientes de abuso sexual infantil]. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(4), 391–413. <http://dx.doi.org/10.1111/bjc.12085>
- \*Classen, C. C., Palesh, O. G., Cavanaugh, C. E., Koopman, C., Kaupp, J. W., Kraemer, H. C., Aggarwal, R. y Spiegel, D. (2011). A comparison of trauma-focused and present-focused group therapy for survivors of childhood sexual abuse: A randomized controlled trial [Una comparación de la terapia de grupo centrada en el trauma y centrada en el presente para sobrevivientes de abuso sexual infantil: un ensayo controlado aleatorio]. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(1), 84–93. <http://dx.doi.org/10.1037/a0020096>
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D., Wells, D. L. y Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years [Psicopatología en una gran cohorte de niños abusados sexualmente seguidos hasta los 43 años]. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 813–822. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.04.004>
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Hoogendoorn, A. W., Veltman, D. J., Draijer, N. y Van Balkom, A. J. L. M. (2014). Evidence-based treatment for adult women with child abuse-related Complex PTSD: a quantitative review [Tratamiento basado en evidencia para mujeres adultas con trastorno de estrés postraumático complejo relacionado con abuso infantil: una revisión cuantitativa]. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 23613. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.23613>
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2021). *Abuso sexual en la infancia. Nuevas perspectivas clínicas y forenses*. Ariel.
- Ehlers, A., y Clark, D. M. (2008). Post-traumatic stress disorder: The development of effective psychological treatments [Trastorno de estrés postraumático: el desarrollo de tratamientos psicológicos eficaces]. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(sup47), 11–18. <https://doi.org/10.1080/08039480802315608>
- Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J. y Emmelkamp, P. M. G. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse [Metanálisis de tratamientos psicológicos para el trastorno de estrés postraumático en adultos supervivientes de abuso infantil]. *Clinical Psychology Review*, 34(8), 645–657. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.10.004>
- \*Elkjaer, H., Kristensen, E., Mortensen, E. L., Poulsen, S. y Lau, M. (2014). Analytic versus systemic group therapy for women with a history of child sexual abuse: 1-year follow-up of a randomized controlled trial [Terapia de grupo analítica versus sistémica para mujeres con antecedentes de abuso sexual infantil: seguimiento de 1 año de un ensayo controlado aleatorio]. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87(2), 191–208. <http://dx.doi.org/10.1111/papt.12011>
- \*Elkjaer, H. K., Lau, M., Mortensen, E. L., Kristensen, E., Poulsen, S., Elkjaer, H. K., Lau, M., Mortensen, E. L., Kristensen, E. y Poulsen, S. (2021). Psychodynamic and systemic group treatment for women with a history of childhood sexual abuse: five-year follow-up of a randomized controlled trial [Tratamiento grupal psicodinámico y sistémico para mujeres con antecedentes de abuso sexual infantil: seguimiento de cinco años de un ensayo controlado aleatorio]. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1855887. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1855887>
- \*Elklit, A. (2015). Treatment of danish survivors of child sexual abuse: A cohort study [Tratamiento de sobrevivientes danesas de abuso sexual infantil: un estudio de cohorte]. *Behavioral Sciences*, 5(4), 589–601. <https://doi.org/10.3390/bs5040589>
- Fergusson, D. M., Mcleod, G. F. H. y Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand [Abuso sexual infantil y resultados del desarrollo en adultos: hallazgos de un estudio longitudinal de 30 años en Nueva Zelanda]. *Child Abuse & Neglect*, 37(9), 664–674. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.013>
- Foa, E. B., Hembree, E. A. y Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide [Terapia de exposición prolongada para el trastorno de estrés postraumático: procesamiento emocional de experiencias traumáticas: guía del terapeuta]*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195308501.001.0001>
- Foulkes, S. H. (2018). *Group-Analytic Psychotherapy [Psicoterapia analítica de grupo]*. <https://doi.org/10.4324/9780429475368>
- \*Gamble, S. A., Smith, P. N., Poleshuck, E. L., He, H. y Talbot, N. L. (2011). Domain-specific social functioning improvements during treatment of depressed women with histories of childhood sexual abuse [Mejoras en el funcionamiento social de dominios específicos durante el tratamiento de mujeres deprimidas con antecedentes de abuso sexual infantil]. *Journal of Affective Disorders*, 130(3), 478–482. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.016>
- \*Görg, N., Priebe, K., Böhnke, J. R., Steil, R., Dyer, A. S., Kleindienst, N., Goerg, N., Priebe, K., Bohnke, J. R., Steil, R., Dyer, A. S. y Kleindienst, N. (2017). Trauma-related emotions and radical acceptance in dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder after childhood sexual abuse [Emociones relacionadas con el trauma y aceptación radical en la terapia dialéctica conductual para el trastorno de estrés postraumático después de abuso sexual infantil]. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0065-5>
- \*Hendriks, L., de Kleine, R., van Rees, M., Bult, C. y van Minnen, A. (2010). Feasibility of brief intensive exposure therapy for PTSD patients with childhood sexual abuse: A brief clinical report [Viabilidad de una terapia de exposición intensiva breve para pacientes con trastorno de estrés postraumático con abuso sexual infantil: un breve informe clínico]. *European Journal of Psychotraumatology*, 1, 5626. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v1i0.5626>
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. y Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression [Psicoterapia interpersonal de la depresión]*. Basic Books.
- \*Kreidler, M. (2012). A comparative study of therapy duration for survivors of childhood sexual abuse [Un estudio comparativo de la duración de la terapia para sobrevivientes de abuso sexual infantil]. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 50(4), 26–32. <http://dx.doi.org/10.3928/02793695-20120306-02>
- \*Krueger, A., Ehring, T., Priebe, K., Dyer, A. S., Steil, R., Bohus, M., Krüger, A., Ehring, T., Priebe, K., Dyer, A. S., Steil, R. y Bohus, M. (2014). Sudden losses and sudden gains during a DBT-PTSD treatment for posttraumatic stress disorder following childhood sexual abuse [Pérdidas y ganancias repentinas durante un tratamiento DBT-PTSD para el trastorno de estrés postraumático después de un abuso sexual infantil]. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 24470. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24470>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder [Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno límite de la personalidad]*. Guilford Press.
- \*Lorenz, T. A., Pulverman, C. S. y Meston, C. M. (2013). Sudden gains during patient-directed expressive writing treatment predicts depression



- reduction in women with history of childhood sexual abuse: Results from a randomized clinical trial [Los avances repentinos durante el tratamiento de escritura expresiva dirigido por el paciente predicen la reducción de la depresión en mujeres con antecedentes de abuso sexual infantil: resultados de un ensayo clínico aleatorizado]. *Cognitive Therapy and Research*, 37(4), 690–696. <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-012-9510-3>
- Millon, T. (1999). *Personality-guided therapy [Terapia guiada por la personalidad]*. John Wiley & Sons.
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2022). *Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia y Adolescencia. Boletín 24. Datos 2021*. [https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/PDF/Estadisticaboletineslegislacion/versIBOLETIN\\_Proteccion\\_PROVISIONAL2021.pdf](https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/PDF/Estadisticaboletineslegislacion/versIBOLETIN_Proteccion_PROVISIONAL2021.pdf)
- Moody, G., Cannings-John, R., Hood, K., Kemp, A. y Robling, M. (2018). Establishing the international prevalence of self-reported child maltreatment: a systematic review by maltreatment type and gender [Establecimiento de la prevalencia internacional del maltrato infantil autoinformado: una revisión sistemática por tipo de maltrato y género]. *BMC Public Health*, 18(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6044-y>
- National Center of Child Abuse and Neglect (NCCAN) (1978). *Child sexual abuse: Incest, Assault, and Sexual exploitation [Abuso sexual infantil: incesto, agresión y explotación sexual]*. US Department of Health, Education and Welfare publication (OHTS) 79- 30166. DHEW.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Informe sobre la prevención mundial de la violencia contra los niños*. <https://www.who.int/es/publications/item/9789240006379>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews [La declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para informar revisiones sistemáticas]. *The BMJ*, 71, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pereda, N. y Gallardo-Pujol, D. (2011). Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. *Gaceta Sanitaria*, 25(3), 233–239. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.12.004>
- \*Pulverman, C. S., Boyd, R. L., Stanton, A. M. y Meston, C. M. (2017). Changes in the sexual self-schema of women with a history of childhood sexual abuse following expressive writing treatment [Cambios en el autoesquema sexual de mujeres con antecedentes de abuso sexual infantil tras un tratamiento de escritura expresiva]. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(2), 181–188. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000163>
- \*Rosner, R., Rimane, E., Frick, U., Gutermann, J., Hagl, M., Renneberg, B., Schreiber, F., Vogel, A. y Steil, R. (2019). Effect of developmentally adapted cognitive processing therapy for youth with symptoms of posttraumatic stress disorder after childhood sexual and physical abuse: A randomized clinical trial [Efecto de la terapia de procesamiento cognitivo adaptada al desarrollo para jóvenes con síntomas de trastorno de estrés postraumático después de abuso físico y sexual en la infancia: un ensayo clínico aleatorizado]. *JAMA Psychiatry*, 76(5), 484–491. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4349>
- Rull, J. y Pereda, N. (2011). Revisión sistemática de los programas de tratamiento psicológico aplicados a víctimas adultas de abuso sexual en la infancia. *Anuario de Psicología*, 41, 81–105. <https://raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/249932>
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I. y López-Soler, C. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis [El tratamiento psicológico del abuso sexual en niños y adolescentes: un metaanálisis]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 67-93. <https://www.um.es/metaanalysis/pdf/5034.pdf>
- \*Sarasua, B, Zubizarreta, I., de Corral, P. y Echeburúa, E. (2013). Psychological treatment of adult female survivors of childhood sexual abuse: Long term results [Tratamiento psicológico de mujeres adultas sobrevivientes de abuso sexual infantil: resultados a largo plazo]. *Anales de Psicología*, 29(1), 29–37. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.145281>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2015). *SIGN 50: A guideline developer's handbook [SIGN 50: Manual para desarrolladores de directrices]*. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. [https://www.sign.ac.uk/media/2039/sign50\\_2015.pdf](https://www.sign.ac.uk/media/2039/sign50_2015.pdf)
- Sousa-Gomes, V., Abreu, B., Moreira, D., Del Campo, A., Moreira, D. S. y Fávoro, M. (2022). Psychological intervention and treatment programs for adult victims of child sexual abuse: A systematic review [Programas de intervención y tratamiento psicológicos para adultos víctimas de abuso sexual infantil: una revisión sistemática]. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 16(Suppl 1), S274-S268. <https://doi.org/10.1037/tra0001389>
- \*Steil, R., Dittmann, C., Müller-Engelmann, M., Dyer, A., Maasch, A.-M. y Priebe, K. (2018). Dialectical behaviour therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: A pilot study in an outpatient treatment setting [Terapia dialéctica conductual para el trastorno de estrés postraumático relacionado con el abuso sexual infantil: un estudio piloto en un entorno de tratamiento ambulatorio]. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1423832. <http://dx.doi.org/10.1080/20008198.2018.1423832>
- \*Steil, R., Dyer, A., Priebe, K., Kleindienst, N. y Bohus, M. (2011). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: A pilot study of an intensive residential treatment program [Terapia dialéctica conductual para el trastorno de estrés postraumático relacionado con el abuso sexual infantil: un estudio piloto de un programa de tratamiento residencial intensivo]. *Journal of Traumatic Stress*, 24(1), 102–106. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20617>
- Taylor, J. E. y Harvey, S. T. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with adults sexually abused in childhood [Un metaanálisis de los efectos de la psicoterapia con adultos que sufrieron abusos sexuales en la infancia]. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 749–767. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.008>
- \*Wagenmans, A., Van Minnen, A., Sleijpen, M. y De Jongh, A. (2018). The impact of childhood sexual abuse on the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD [El impacto del abuso sexual infantil en el resultado del tratamiento intensivo centrado en el trauma para el trastorno de estrés postraumático]. *European Journal of Psychotraumatology*, 9, 143092. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1430962>