



Universidad
Católica
de Valencia
San Vicente Mártir

Facultad de Psicología

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Consecuencias psicopatológicas de abusos sexuales en menores y su tratamiento

Presentado por: Laura Saá Veinat

Tutor/a: Esperanza Dongil Collado

Valencia, a 22 de Mayo de 2020

Resumen: Los abusos sexuales en la infancia (ASI) pueden llegar a afectar a un 20% de los menores en población española, lo que indica un grave problema en nuestra sociedad con consecuencias a corto y largo plazo que pueden condicionar la vida de los menores y su personalidad futura. Algunas de estas alteraciones están relacionadas con la afectación de la esfera sexual, y el desarrollo de otros desórdenes como reacciones ansioso-depresivas, trastorno de estrés postraumático, trastornos alimentarios, depresión, dificultades en el control de la ira, y conductas autodestructivas como alcoholismo, toxicomanías y conductas delictivas.

Con el fin de conocer con mayor exactitud las consecuencias psicopatológicas que pueden desarrollar las víctimas, así como el tratamiento psicológico mejor establecido y las técnicas más eficaces para tratar estos trastornos, especialmente el trastorno de estrés postraumático, los trastornos alimentarios y la depresión, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica. Los resultados obtenidos muestran la existencia de diferentes tipos de intervención según el tipo de abuso sufrido, aunque en general señalan que la terapia cognitivo-conductual, es la más eficaz para tratar estos problemas. Algunos estudios arrojan resultados negativos, lo que nos lleva a pensar que el tratamiento de personas que han sufrido ASI sigue presentando ciertas limitaciones, aunque también debe tenerse en cuenta que la mayoría de estos estudios se han realizado con muestras muy pequeñas.

A través de esta revisión bibliográfica se puede observar que a pesar de que los tratamientos hayan evolucionado y mejorado sus técnicas aún quedan muchas cuestiones por resolver para así poder eliminar las psicopatologías producidas por el ASI.

Palabras clave: abuso sexual infantil (ASI), tratamiento, psicopatología, terapia cognitivo-conductual.

Abstract: Sexual abuse in childhood (ASI) can affect 20% of minors in the Spanish population, which indicates a serious problem in our society with short and long-term consequences that can condition the lives of minors and their future personality. Some of these disorders are related to the involvement of the sexual sphere, and the development of other disorders such as anxiety-depressive reactions, post-traumatic stress disorder, eating disorders, depression, difficulties in anger management, and self-destructive behaviors such as alcoholism, drug addiction and criminal behavior.

In order to better understand the psychopathological consequences that victims can develop, as well as the best established psychological treatment and the most effective techniques to treat these disorders, especially post-traumatic stress disorder, eating disorders and depression, carried out a bibliographic review of the scientific literature. The results obtained show the existence of different types of intervention according to the type of abuse suffered, although in general they indicate that cognitive-behavioral therapy is the most effective in treating these problems. Some studies show negative results, which leads us to think that the treatment of people who have suffered from ASI continues to have certain limitations, although it should also be taken into account that most of these studies have been carried out with very small samples.

Through this bibliographic review, it can be seen that although the treatments have evolved and improved their techniques, many questions remain to be resolved in order to eliminate the psychopathologies produced by the ASI.

Keywords: child sexual abuse (CSA), treatment, psychopathology, cognitive-behavioral therapy.

Introducción

Abuso sexual infantil

Según National Center of Child Abuse and Neglect (1978) el abuso sexual infantil se podría definir como cualquier tipo de contacto entre un menor y un adulto (agresor), en el cual este último utilizara este tipo de trato con el fin de estimularse a él mismo o a terceros. En este tipo de abusos el agresor también puede ser menor de 18 años cuando la edad sea significativamente mayor que la edad de la víctima. Ni todos los abusos son iguales ni afectan de la misma manera a la integridad psicológica de la víctima (Vázquez Mezquita & Calle, 1997). Dentro de los abusos sexuales infantiles podemos contar con distintos tipos ya que esta conducta se puede manifestar de diferentes formas (Lago Barney & Céspedes Londoño, s. f.):

1. Mediante contacto físico. Dentro de este tipo de abusos sexuales podemos encontrar las violaciones (penetraciones con cualquier objeto en vagina, ano o boca), penetraciones digitales (inserción de dedo en vagina o ano), penetraciones vaginales o anales con pene, penetraciones vaginales o anales con objetos, caricias (incluye el tocar los genitales o el forzamiento a masturbar)...
2. Sin contacto físico. Incluyendo propuestas verbales explícitas, exhibicionismo, obligar a menores a visualizar conductas sexuales...
3. Explotación sexual. Podemos contar como explotación sexual implicar a menores de edad en actividades relacionadas con la pornografía, promover la prostitución infantil...
4. Conductas culturales. Como puede ser la ablación quirúrgica del clítoris, el casamiento de niños sin contar con su consentimiento, rituales...

Prevalencia

El abuso sexual infantil suele tener lugar habitualmente antes de los 17 años. En España la asiduidad de los abusos puede afectar a un 20% de la población, siendo las mujeres las víctimas más frecuentes (58,9%) donde se producen estos abusos entre los 6 y los 12 años en su mayoría (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005). Antes de los 18 años encontramos una prevalencia de abuso sexual del 17,9%, dentro de este porcentaje podemos dividir víctimas de abusos sexuales en la infancia antes de los 13 años (14,9%) y entre los 13 y los 18 años (3%).

Un 15,5% de hombres y un 19% de mujeres afirman haber sufrido este tipo de abusos. Dentro de este tipo de abuso encontramos que en la mayoría de los abusos sufridos se ha sufrido penetración, antes de los 13 años con un porcentaje de hombres de 26,7% y un 42,1% en mujeres y entre los 13 y 18 años una estimación de 27,3% en hombres y 25% en mujeres (Pereda & Forns, 2007). En una muestra representativa de 1821 sujetos mediante el Self Reporting Questionnaire [S.R.Q.] se observó que un 15% de los varones y 22% de las mujeres habían sufrido este tipo de abusos (López, Carpintero, Hernández, Martín, & Fuertes, 1995, p. 1042).

A nivel internacional los datos de prevalencia obtenidos por Losada (2010) en una encuesta administrada a 1950 participantes, en su mayoría mujeres de 19 a 59 años, en la que se preguntaba si en la infancia habían sufrido algún tipo de abuso sexual y si en el caso de que la respuesta fuera afirmativa si se trataba de abuso intrafamiliar, extrafamiliar o ambos, los resultados indicaron que entre hombres y mujeres, el mayor género que sufre abuso sexual en la infancia es el femenino y el tipo de abuso más común se produce de forma intrafamiliar (ver tablas 1 y 2).

Tabla 1

Prevalencia abuso sexual infantil (ASI) en mujeres y hombres (Losada, 2010)

| | Si que han sufrido ASI | No han sufrido ASI |
|---------|------------------------|--------------------|
| Mujeres | 19% | 81% |
| Hombres | 8% | 92% |

Fuente: elaboración propia

Tabla 2

Tipos de abuso sexual infantil (Losada 2010)

| Tipo de abuso sexual infantil | Porcentaje |
|-------------------------------|------------|
| Intrafamiliar | 58% |
| Extrafamiliar | 38% |
| Intrafamiliar/Extrafamiliar | 4% |

Fuente: elaboración propia

Consecuencias psicopatológicas de los abusos sexuales

Las consecuencias que se pueden llegar a producir tras haber sufrido abusos sexuales en la infancia son muy amplias y variadas, ya que dependen de diversos factores, como por ejemplo la edad en la que se haya producido el maltrato, el perfil del abusador, el ambiente

familiar, la frecuencia con la que se han producido los hechos...(Cárceles, 2009). A pesar de las diversas circunstancias que pueden afectar en las consecuencias, se han intentado explicar desde el modelo del trastorno de estrés postraumático (Wolfe, Sas & Wekede, 1994), ya que al menos en una mayoría de las víctimas se producen los síntomas característicos de dicho trastorno: pensamientos intrusivos, evitación de estímulos relacionados con la agresión, trastornos del sueño, irritabilidad, dificultades en la concentración, miedo, ansiedad, depresión, sentimientos de culpa...(Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005). En general, las consecuencias para las víctimas de abusos sexuales pueden clasificarse en dos tipos: a corto y a largo plazo.

Consecuencias a corto plazo

Se denominan consecuencias a corto plazo aquellas que se dan inmediatamente después de que se haya producido el abuso e incluso pueden llegar a prolongarse hasta los dos años siguientes (Lameiras, Carrera & Failde, 2008). Al menos un 80% de las víctimas sufren consecuencias psicológicas negativas (Echeburúa & de Corral, 2006). Según Echeburúa y Guerricaechevarría (2005), dentro de estas consecuencias podemos encontrar que las niñas muestran reacciones ansioso-depresivas y en cambio, los niños manifiestan fracaso escolar, dificultades inespecíficas de socialización y comportamientos sexuales agresivos. Estas consecuencias también las podemos dividir dependiendo de la edad en la que se produzcan, como se puede observar a continuación (Tabla 3).

Tabla 3

Efectos a corto plazo según la etapa de desarrollo del menor

| Etapa del ciclo vital | Manifestaciones más comunes |
|----------------------------|---|
| Edad preescolar (3-6 años) | Estrategias de negación y disociación. Pesadillas. |
| Edad escolar (7-12 años) | Sentimientos de culpa. Sentimientos de vergüenza. Miedos. Problemas escolares. Baja autoestima. Problemas de agresividad. Hiperactividad. Conductas sexuales inapropiadas. |
| Adolescente (13-18 años) | Depresión. |

Retraimiento social.
 Huir de casa.
 Consumo abusivo de drogas y alcohol.
 Intento de suicidio.
 Baja autoestima.
 Trastornos somáticos.

Nota: Echeburúa y Guerricaechevarría (2005)

Ha de recalcar la singularidad e individualidad de cada sujeto, cada uno vive sus circunstancias personales, por lo que cada consecuencia no está cien por cien aferrada a una etapa en concreto, ya que incluso pueden llegar a solaparse con facilidad (Cárceles, 2009). Estas secuelas afectan a todas las áreas de desarrollo de la víctima, afecta al área física con pesadillas, trastornos de la alimentación, pérdida del control de esfínteres, hiperactividad, conductas autolesivas...el área emocional se ve perjudicada por el desarrollo de agresividad, ansiedad, una baja autoestima...las áreas sexuales se pueden ver damnificadas por el desarrollo de conductas sexuales inapropiadas socialmente como el exhibicionismo, la masturbación compulsiva e incluso llegando a tener problemas de identidad sexual. Por último se puede ver dañada el área social, ya que se pueden producir déficits de habilidades sociales o retraimiento social (Lameiras et al. 2008).

Consecuencias a largo plazo

Las consecuencias a largo plazo son aquellas que aparecen o siguen persistiendo pasados dos años después de haber sucedido el abuso, por lo que es más difícil establecer una relación de causa-efecto, ya que pueden darse otras experiencias que produzcan la revictimización (Lameiras et al. 2008). Los efectos a largo plazo son, comparativamente, menos frecuentes y claros que las secuelas iniciales (López, Hernández & Carpintero, 1995). Según Echeburúa y Guerricaechevarría (1998), las consecuencias a largo plazo más comunes son las siguientes divididas según el área de actuación como observamos a continuación en la Tabla 4.

Tabla 4

Efectos a largo plazo según el área de actuación

| Área de actuación | Síntomas |
|-------------------|--|
| Física | Dolores crónicos generales. Hipocondría y trastornos de somatización. Alteraciones del sueño (pesadillas). |

| | |
|------------|--|
| | Problemas gastrointestinales. |
| | Desórdenes alimenticios, especialmente bulimia. |
| Conductual | Intentos de suicidio. |
| | Consumo de drogas y/o alcohol. |
| | Trastorno disociativo de identidad (personalidad múltiple). |
| Sexual | Fobias o aversiones sexuales. |
| | Falta de satisfacción sexual. |
| | Alteraciones en la motivación sexual. |
| | Trastornos de la activación sexual y del orgasmo. |
| | Creencia de ser valorada por los demás únicamente por el sexo. |
| Social | Problemas en las relaciones interpersonales. |
| | Aislamiento. |
| | Dificultades en la educación de los hijos. |

Nota: Echeburúa y Guerricaechevarría (1998)

Rodríguez, Aguiar y García (2012) complementan las consecuencias a largo plazo propuestas anteriormente en la Tabla 2 divididas según las problemáticas en las que puede llegar a afectar.

1. *Problemas emocionales.* En esta problemática destacan los trastornos depresivos y bipolares, síntomas de trastorno de ansiedad, trastorno por estrés postraumático, trastorno límite de la personalidad, así como conductas autodestructivas como los intentos de suicidio nombrados anteriormente y por último la baja autoestima.
2. *Problemas de relación.* Esta área es la que puede llegar a verse más afectada, como dijimos anteriormente se pueden ver perjudicadas el establecimiento de relaciones interpersonales añadiendo dificultades en los padres como pareja. Además del aislamiento también se puede dar ansiedad social.
3. *Problemas de conducta y adaptación social.* Como dijimos anteriormente se puede dar altos niveles de hostilidad, conductas antisociales (consumo de alcohol y/o drogas) y por último trastornos de conducta.
4. *Problemas funcionales.* Como nombramos anteriormente son frecuentes los trastornos de somatización, como dolores físicos sin razón, cefaleas, fibromialgias... Además de los trastornos de la conducta alimentaria en donde predomina la bulimia, también podemos encontrar trastornos de conversión, que incluyen la afectación de alguna de las funciones motoras o sensoriales de la víctima (APA, 2002), crisis convulsivas no epilépticas producidas por acontecimientos fuertemente estresantes y por último

desórdenes ginecológicos como dolores pélvicos crónicos o el inicio temprano de la menopausia. También se ha demostrado una relación entre el haber sufrido un abuso sexual infantil y un peor estado de salud física general, tanto mediante síntomas físicos reales como según la percepción de salud subjetiva de las víctimas (Walker, Gelfand, Katon, Koss, Von Korff, Bernstein et al., 1999; Swanston, Plunkett, O'Toole, Shrimpton, Parkinson & Oates, 2003).

5. *Problemas sexuales.* Según Browning y Lauman (2001) la consecuencia más extendida por un abuso sexual es la sexualidad desadaptativa.

Además de todas estas consecuencias es un significativo dato a aportar, que según Echeburúa y Guerricaechevarría (2011), un 25% de los niños abusados sexualmente se llegan a convertir ellos mismos en abusadores cuando llegan a ser adultos, lo que podría ser visto como una consecuencia de dichos abusos.

Principales psicopatologías derivadas del abuso sexual

Las consecuencias a corto y largo plazo nombradas anteriormente pueden dar lugar a psicopatologías en el menor, según Aguilera, Barbieri, Bontempo, Cordero y Thomann (2018) las psicopatologías más habituales por dicho abuso sufrido en la infancia son depresión, trastornos de alimentación y trastornos por estrés postraumático.

1. **Depresión.** Al sufrir una situación traumática en los menores se produce un estado de desamparo, una rotura en la confianza y seguridad al no haber obtenido protección durante los abusos sufridos. Todo esto puede implicar una sensación de vacío existencial y falta de sentido de la vida, por lo que, a partir de la adolescencia, muchos tienden al aislamiento y a la depresión. Esta depresión acarrea un punto de vista distorsionado del mundo, pensamientos desesperanzados y negativos sobre sí mismo, desmesurada autocrítica, baja tolerancia a la frustración y baja autoestima. Llegando a generar en situaciones extremas pensamientos y conductas suicidas. En un estudio realizado por Gómez, Bernal y Vélez (2008) en el que participaron 565 estudiantes, un 12% indicó que fue víctima de abuso sexual y en el 52% de los casos detectados de depresión sufrieron abuso sexual y se estimó una asociación con mayor riesgo de depresión con abuso sexual.
2. **Trastornos de alimentación.** Se estima que el desarrollo posterior de trastornos alimentarios en menores que han sufrido abuso sexual se podría deber a la carencia de factores protectores. Los principales trastornos son, en mayor grado la bulimia

nerviosa (atracones y vómitos) y, en menor proporción, la anorexia nerviosa (presencia de irritabilidad y saltarse las comidas) (Goldfarb, 1987; Coover, Kinder & Thompson, 1989; Smolak, Levine, & Sullins, 1990; Palmer & Oppenheimer, 1992; Kern & Hastings, 1995; Tobin, Elin & Molteni, 1995; Wonderlich, Harris, R. W. Wilsnack, S. C. Wilsnack, 1996; Turnbull, Treasure & Troop, 1997; Schmidt, Humfress & Treasure, 1997; Moyer, DiPietro, Berkowitz, & Stunkard, 1997; Brown, Dunn, Russell, & Thornton, 1999; Wonderlich & Crosby, 2001; Romans, Gendall, Martin, & Mullen, 2001; Leonard, Kao, Steiger, 2003; Claes & Vandereycken, 2007).

Dichos trastornos de alimentación como consecuencia de abusos sexuales sufridos, se muestran como la exigencia de cubrir con una obsesión por el cuerpo otros problemas o conflictos afectivos más difíciles de resolver. Paraventi, Claudino, Morgan, y Mari (2011) realizaron un estudio para investigar si un historial de abuso sexual infantil está asociado con trastornos alimentarios en la edad adulta y los resultados referentes a la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa se muestran a continuación en la Tabla 5 y la Tabla 6:

Tabla 5

Asociación anorexia con antecedentes de abuso sexual infantil

| Abuso sexual infantil | Anorexia nerviosa (n= 14) |
|-----------------------|---------------------------|
| Nunca | 50% |
| Una vez | 50% |
| Dos o más veces | 35,7% |

Fuente: Paraventi, Claudino, Morgan, y Mari (2011)

Tabla 6

Asociación bulimia nerviosa con antecedentes de abuso sexual infantil

| Abuso sexual infantil | Bulimia nerviosa (n= 15) |
|-----------------------|--------------------------|
| Nunca | 73,3% |
| Una vez | 26,7% |
| Dos o más veces | 13,3% |

Nota: Paraventi, Claudino, Morgan, y Mari (2011)

Además de estos datos, en el mismo artículo se indica que las personas que informaron de un solo episodio de abuso sexual infantil tienen un riesgo de 2,5 veces más superior de probabilidades de desarrollar un trastorno bulímico, en cambio las

que informaron de dos o más episodios tienen un riesgo de 4,9 veces más superior de probabilidades. Se encontró también un estudio que muestra que aproximadamente el 48% de las víctimas de abuso sexual infantil sufren anorexia nerviosa (Paraventi, Claudino, Morgan, y Mari, 2011).

3. **Trastorno de estrés postraumático (TEPT).** Este tipo de trastorno es uno de los principales en víctimas de abuso sexual. Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ta edición (2013) el TEPT es el desarrollo de síntomas específicos tras la exposición a uno o más eventos traumáticos. Los menores reaccionan ante el abuso sexual con miedo e impotencia, volviendo a vivir de manera repetitiva el episodio, a pesar de los insistentes intentos de evitar el recuerdo. Para poder considerarse TEPT, los síntomas tienen que tener una duración de mínimo un mes y afectar de manera notable a la vida cotidiana del menor. Este trastorno puede aparecer en un periodo tan corto como una semana o tan largo como 30 años después de producirse el abuso. Paolucci, Genuis y Violato (2001) mediante un estudio de metanálisis revelaron que los menores que sufrieron abusos sexuales tienen un 20% más de riesgo de desarrollar TEPT y según Collin-Vézina y Hébert (2005) existe una prevalencia del 30% y 40% de síntomas de TEPT en niñas que han sufrido abuso sexual infantil. Por último en una investigación de Rincón, Cova, Bustos, Aedo y Valdivia (2010) de 75 sujetos obtuvieron las prevalencias que se muestran en la tabla 7 siguiendo la sintomatología que corresponde al TEPT en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ta edición.

Tabla 7

Diagnóstico de TEPT o su subsíndrome

| Categoría | N | % |
|------------------|----|-------|
| Ausencia TEPT | 47 | 62,7% |
| Subsíndrome TEPT | 12 | 16% |
| Presencia TEPT | 16 | 21,3% |

Fuente: Rincón et al., (2010)

Revictimización

Según Ramírez (2008), uno de los grandes riesgos que tienen las personas que han sufrido abuso sexual es la revictimización. El término “revictimización” se puede entender como una repetición de violencias contra quién ha sido previamente víctima, aunque sea por omisión

(Dupret & Unda, 2013), se puede encontrar este fenómeno en instituciones como las escuelas, los hospitales, instituciones religiosas y medios de comunicación (González, Miranda, & Bezanilla, 2016, pp. 1–3). La revictimización tiene como consecuencia “[...] incorporar nuevas situaciones dolorosas a un contexto humano previamente traumatizado” (Madariaga, 2006, p. 1) además de perjudicar psicológica y emocionalmente de manera más profunda y traumática a la víctima (Botero, Coronel, & Pérez, 2009).

En un estudio realizado por Filipas y Ullman (2007) se administró un cuestionario a 577 sujetos universitarios en donde se utilizaron como predictores de la revictimización las características del abuso, respuestas de afrontamiento inadecuadas, grado de autculpabilización y si han existido o no síntomas de trastorno de estrés postraumático. Los resultados fueron que los revictimizados acarreaban una mayor auto culpabilización en comparación con el grupo contrario. Según Marx, Heidt y Gold (2005), la experiencia de un abuso sexual en la infancia vulnerabiliza a las víctimas a una revictimización, ya que los niños que han sido victimizados en alguna ocasión están en mayor riesgo de ser revictimizados que aquellos que no lo han sido (Finkelhor, Ormrod, Turner & Hamby, 2005).

En una muestra de estudiantes universitarias Filipas y Ullman (2006) hallaron que en 42,2% de mujeres que denunciaron un abuso sexual en la infancia denunciaron también una agresión sexual durante la edad adulta, en cambio solo un 14% de las que no sufrieron abuso sexual en la infancia informaron más tarde de agresiones sexuales en la vida adulta.

Estrategias de afrontamiento y adaptación

Según Salanova, Grau y Martínez (2005), el término afrontamiento es referido al proceso de estrés que comprende los intentos del individuo a la hora de controlar los estresores. Hoy en día son diversos los estilos de afrontamiento, sin embargo el modelo que sobresale a la hora de clasificar estas estrategias es el de “aproximación-evitación” (Roth & Cohen, 1986), en donde los pensamientos y/o acciones pueden estar destinados hacia una amenaza para la víctima o simplemente a alejarse de dicha amenaza (Merrill, Thomsen, Sinclair, Gold & Milner, 2001). Este modelo destaca la dirección del afrontamiento, así se entendería que las estrategias de aproximación están dirigidas hacia la amenaza, a la vez que las de evitación a desvincularse a dicha amenaza (Cantón & Justicia, 2008). Según Castillo (2007) dentro de cada tipo de afrontamiento podemos encontrar las siguientes estrategias que encontramos en la Tabla 8:

Tabla 8

Estrategias de afrontamiento por aproximación y por evitación.

| Tipo de afrontamiento | Estrategia |
|--------------------------------|--|
| Afrontamiento por aproximación | Análisis lógico Reevaluación positiva Búsqueda de soporte Solución de problemas |
| Afrontamiento por evitación | Evitación cognitiva Aceptación o resignación Búsqueda de recompensas Descarga emocional |

Fuente: elaboración propia

Afrontamiento por evitación

Según una gran parte de los estudios (Bal, Van Oost, Bourdeaudhuij & Crombez, 2003; Daigneault, Hébert & Tourigny, 2006; Filipas & Ullman, 2006; Merril, Guimond & Thomsen, 2003; Rosenthal, Rasmussen, Palm, Batten & Follette, 2005; Runtz & Schallow, 1997; Shapiro & Levendosky, 1999; Steel, Sanna, Hammond, Whipple & Cross, 2004; Tremblay, Hebert & Piché, 1999) el uso de las estrategias de evitación, como pueden ser la negación, el distanciamiento y el aislamiento social entre otras, se encuentran relacionadas con unos efectos psicológicos negativos en víctimas de abuso sexual infantil.

En cambio otros investigadores han encontrado una relación inversa, relacionándolo con un mejor ajuste psicológico (Cantón & Justicia, 2008). Pero esta relación se ve truncada con el estudio que realizaron Chaffin, Wherry y Dykman (1997) con 84 niños abusados sexualmente en el cual utilizaron estrategias de afrontamiento por evitación y mostraron unos resultados de mayor ansiedad sexual, aunque también con menos problemas conductuales según los padres de los niños. Además Filipas y Ullman (2006) realizaron otro estudio con 577 universitarias de las cuales 28% había sufrido abuso sexual en la infancia siguiendo estrategias de afrontamiento de evitación y de aproximación y obtuvieron el resultado de que las estrategias de evitación aumentaban el riesgo de revictimización y del desarrollo de estrés postraumático.

Afrontamiento por aproximación

Las estrategias de aproximación a la amenaza, como pueden ser tratar de ver la situación desde un punto de vista diferente o buscar un apoyo social, se han relacionado a un mejor ajuste psicológico de los menores abusados sexualmente (Bal et al., 2003; Merril et al.,

2001; Runtz & Schallow, 1997; Steel et al., 2004). Retomando el estudio nombrado anteriormente de Filipas y Ullman (2006) los resultados obtenidos con las estrategias de afrontamiento por aproximación, como fueron el conseguir ayuda hablando de las experiencias propias e ir a un psicólogo, no se relacionaron en nada con los resultados obtenidos con las estrategias contrarias. Por último, Daigneault et al. (2006) realizó una muestra clínica de 103 mujeres víctimas del abuso sexual infantil en el cual el uso las estrategias de aproximación, como fue la demanda de apoyo social y una reevaluación positiva, los resultados mostraron una mayor preocupación sexual en la muestra.

Finalmente, según Cantón y Justicia (2008), los resultados demuestran que existe una relación más fuerte y constante entre las estrategias de evitación y efectos negativos del abuso sexual infantil que en comparación a las estrategias de aproximación, que muestra unos resultados más débiles.

Tipos de tratamiento psicológico

Después de conocer todas consecuencias o repercusiones psicopatológicas que pueden tener lugar después de un abuso sexual llegamos a una parte importante, que es el tratamiento, en donde nos centraremos principalmente en el tratamiento de las psicopatologías. Para realizar el tratamiento de las psicopatologías causadas por abusos sexuales se debe hacer mediante intervención psicológica, ya que son problemas que dificultan la vida cotidiana y producen gran malestar y sufrimiento a la víctima. Los tratamientos psicológicos, entre otras cosas, implican en escuchar al paciente y emplear determinadas técnicas psicológicas, como pueden ser entrenar la respiración, la relajación, entrenamiento en habilidades sociales, etc. En el tratamiento psicológico no se emplean fármacos, aunque sí que pueden combinarse con la terapia en casos específicos. Hoy en día existen diferentes tipos de tratamientos psicológicos, los principales son los siguientes (Labrador et al., 2003):

1. *Terapia cognitivo-conductual*. Este tipo de terapia se basa en la manera de aplicar nuevas formas de pensar, actuar y sentir.
2. *Psicoterapias psicoanalíticas y dinámicas*. Estas terapias se concentran en el análisis introspectivo del ser humano, es decir, observar o analizar los propios pensamientos o sentimientos.
3. *Terapias de corte existencial-humanista*. En donde se basan en gran parte en la relación terapeuta-paciente enfocándose en las capacidades y aspiraciones humanas al igual que en sus limitaciones.

4. *Terapias sistemáticas.* En este tipo de terapias se piensa que los problemas de una persona son significativos de que algo se desempeña de forma incorrecta en su sistema familiar o en su pareja, lo que significa que hay que hacer cambios.

A continuación se describen los tipos de tratamiento centrados en las principales psicopatologías derivadas del abuso sexual infantil: depresión, trastornos alimentarios y trastorno de estrés postraumático.

Tratamiento psicológico para la depresión por abuso sexual infantil

Hoy en día tenemos a nuestro alcance diferentes terapias psicológicas, como hemos nombrado anteriormente, para tratar la depresión infanto-juvenil, aún así la más habitual es la terapia cognitivo-conductual. Antes de empezar con el tratamiento debemos diagnosticar correctamente si el menor sufre depresión, según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ta edición (2013) para diagnosticar un trastorno de depresión mayor cinco o más de los síntomas siguientes deben de estar presentes durante las últimas dos semanas y que representen un cambio al funcionamiento previo:

1. Animo bajo la mayor parte del día, casi todos los días, ya sea por reporte subjetivo u observado por otros. En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución importante del interés o placer en casi todas, de las actividades todo el día, casi todos los días.
3. Baja significativa de peso sin dieta o aumento de peso (5% de cambio) o cambios en el apetito casi todos los días. En niños considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retardo psicomotor casi todos los días.
6. Fatigabilidad o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva, casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para concentrarse, casi todos los días.
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o intento suicida o plan específico para cometer suicidio.
10. Los síntomas causan molestias clínicamente significativas o deterioro en las funciones sociales, ocupacionales, u otras áreas importantes del funcionamiento.

11. El episodio no es atribuible a los efectos de sustancias u otra condición médica.
12. La ocurrencia de este episodio no se explica mejor por un trastorno esquizo-afectivo, esquizofrenia, trastorno esquizoide, alucinaciones u otro trastorno especificado o no del espectro esquizoide y otros trastornos psicóticos.
13. Nunca ha presentado un episodio maniaco o hipomaniaco, no relacionado al uso de sustancias.

Podemos dividir los síntomas de depresión infantil según la edad, como podemos observar en la tabla 9:

Tabla 9

Sintomatología depresión infantil según edad.

| Edad | Síntomas |
|--------------------------|--|
| Inferior a 7 años | Llanto inmotivado. Quejas somáticas. Irritabilidad, etc. |
| De 7 años a edad puberal | Quejas somáticas. Agitación psicomotriz y ansiedad. Agresividad. Apatía y tristeza. Sensación de “aburrimiento”. Sensación de “estar superado por las exigencias”. Falta de concentración. Bajo rendimiento escolar. Problemas en desadaptación escolar. Fobia escolar. Trastornos de alimentación, etc. Trastornos del sueño. Cambios en hábitos de sueño. |
| Adolescencia | Mismos síntomas que en la edad prepuberal. Conducta negativista o claramente antisocial. Hurto. Agresividad. Consumo de alcohol y/o drogas. Deseos de marchar de casa, etc. |

Nota: (Tomas, 2007)

Como indica Méndez et al., (2002), terapeutas e investigadores están de acuerdo en que la

depresión es un trastorno complicado que necesita soluciones complicadas, por lo que recomiendan que los objetivos de intervención incluya cambiar los pensamientos automáticos, errores lógicos y esquemas depresógenos por formas de pensamiento más positivas, batallar contra la pasividad aumentando gradualmente la actividad, disminuir los estados emocionales negativos de tristeza, ira o ansiedad, progresar en la autoestima, reforzar las relaciones sociales, incrementar el estado de ánimo, etc. Además de utilizar diferentes técnicas y entrenamientos como la reestructuración cognitiva, la realización de actividades entretenidas y satisfactorias, relajación, habilidades sociales, resolución de problemas, autocontrol, etc. En su mayoría, para el tratamiento de la depresión infanto-juvenil relacionada con un abuso sexual, se utiliza la Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT), esta terapia se compone por (Cohen, Deblinger y Mannarino, 2005):

1. La identificación de sentimientos.
2. Manejo del estrés.
3. Afrontamiento cognitivo.
4. Exposición gradual.
5. Procesamiento cognitivo.
6. Psicoeducación.

Estas técnicas se llevan a cabo mediante 12 sesiones de tratamiento con periodo semanal, aunque puede oscilar entre ocho y 16 sesiones según los casos, y siguiendo el orden en el que las hemos nombrado añadiendo también estrategias de manejo conductual para padres, ya que esta terapia puede incluir sesiones conjuntas padres-hijos. El procesamiento se ha de llevar a cabo por medio de técnicas narrativas. Según Ramírez y Fernández (2013), sólo este tipo de terapia puede verse como la más eficaz para este problema en niños abusados sexualmente siguiendo los criterios de identificación de tratamientos con base empírica de la División de Psicología Clínica del Niño y Adolescente de la American Psychological Association (Silverman y Hinshaw, 2008).

En su estudio analizaron deferentes investigaciones para comprobar esto y todas las investigaciones tenían en común que se llevaban a cabo de manera individualizada utilizando procedimientos cognitivos y conductuales, principalmente la exposición del menor por medio de métodos narrativos, el dibujo o la imaginación. Los efectos conseguidos con esta terapia son notables en la depresión ($d= 0,30$). Cohen, Deblinger, Mannarino y Steer (2004) realizaron una investigación y compararon la TCC-CT con la terapia centrada en el niño, la cual consiste en crear una relación terapéutica de confianza que sea autoafirmativa, fortalecedora y validadora para el niño permitiéndole dirigir el contenido y la estructura de su

propio tratamiento, permitiéndoles elegir cuándo, cómo y si abordar aspectos del abuso sexual o no, para el tratamiento de psicopatologías como es la depresión ligadas al abuso sexual infantil.

En este estudio participaron 239 sujetos de entre ocho y catorce años los cuales dividieron en dos grupos, un grupo sería tratado con terapia centrada en el niño y el grupo restante con TCC-CT. Según los resultados los sujetos que formaban parte al grupo de TCC-CT obtuvieron una mejoría más notable respecto a la depresión y diferentes psicopatologías. Estos investigadores determinaron que se pueden obtener diferencias en los resultados dependiendo de la duración de la intervención y si en la terapia se incluye la técnica de narración del trauma o no. Los autores Ramírez y Fernández (2013), nombrados anteriormente, para corroborar este tipo de información realizaron un estudio con 210 sujetos de entre cuatro y once años de edad que representaron psicopatologías provocadas por abusos sexuales. Realizaron ocho sesiones en las que se incluyeron la narración del trauma y observaron que era la más efectiva y eficiente tanto en los niños como los padres, como también manifiestan otros investigadores como Harvey y Taylor (2010) y Deblinger et al. (2010).

Varios autores como Cohen et al., (2004), Cohen y Mannarino (1996, 1997, 1998), Cohen, Mannarino y Kudsen (2005), Deblinger et al. (2010), Deblinger, Lippman y Steer (1996), Deblinger, Steer y Lippman (1999), (Jaberghaderi, Grenwald, Rubin, Zand y Dolatabadi (2004), King et al. (2000), Kolko (1996) coinciden en sus estudios en que la TCC-CT es la terapia más eficaz y recomendada para obtener resultados positivos y notables. Harvey y Taylor (2010) realizaron una investigación en la que evaluaban los resultados de diferentes tratamientos en su conjunto. Su resultado fue que los efectos más elevados dados a una condición control (tamaño del efecto) corresponden a las mejoras alcanzadas en el funcionamiento total del menor ($g = 1,37$) obteniendo también resultados notables en la depresión ($g = 0,52$) además de clarificar que los resultados perduraban a lo largo del seguimiento.

Se realizó una investigación de 10 artículos por los autores Avinger y Jones (2007) en los que se había empleado terapia grupal con chicas adolescentes que habían sufrido abuso sexual y los resultados mostraron que combinando la terapia cognitivo-conductual con el psicodrama producía una reducción notable de los síntomas depresivos.

Estos resultados indican que el acercamiento cognitivo-conductual es el que ocasiona efectos terapéuticos superiores en relación a la depresión y demás psicopatologías, en cambio, para otros modelos terapéuticos los resultados son escasos y menos claros (Ramírez

y Fernández, 2011). La terapia cognitivo-conductual también puede combinarse con medicación, ya que esto podría llegar a ayudar a mantener las mejoras terapéuticas a largo plazo, y así lo demostraron Asarnow y Carlson (1988) aplicando con una notable mejoría un tratamiento que constaba de tratamiento farmacológico y cognitivo-conductual a una niña de 10 años a la que fue diagnosticada de trastorno depresivo mayor grave. Estos resultados persistieron hasta cinco años después, comprobados por un seguimiento.

Tratamiento psicológico para trastornos de alimentación por abuso sexual infantil

Como se ha comentado anteriormente, los trastornos de alimentación más comunes en víctimas de abuso sexual infantil son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa (Paraventi, Claudino, Morgan, y Mari, 2011). Según Gómez et al. (2009) los desórdenes en la alimentación son una forma de adaptarse a vivencias estresantes, los atracones tienen la función de compensar y así reducir la contemplación de estados mentales cognitivos que causan dolor, produciendo así una dificultad a la hora de reconocer las emociones y sus descripciones (Quinn, 2009).

En los casos de abusos sexuales podemos encontrar que estos trastornos funcionan como una manera de escudarse del hecho estresante, cubriendo así la situación con una inquietud por los alimentos y el peso, su preocupación e inquietud por este control ayuda a ignorar los efectos de dichos abusos (Mambrú Tavarez, 2009). Mediante el tratamiento psicológico se pretende que el paciente pueda dejar atrás las conductas impulsivas para llegar a poder expresar sus emociones y sentimientos y así conseguir la aparición de un pensamiento más introspectivo (Sasoon y Micha, 2009) para concluir con la anulación de los sentimientos de culpabilidad y la vergüenza que han sido provocados por el abuso sexual infantil (Losada, 2011).

Además de todo eso, uno de los objetivos es conseguir que se interrumpan los atracones y las conductas inadecuadas como compensación para así esforzarse en que el paciente pueda conectar con sus emociones reactivas igual que exteriorizarlas de forma saludable. Una vez conseguido el primer objetivo, el paciente habrá obtenido una etapa de estabilidad en la que se podrá mediar con más profundidad con diferentes técnicas que ayudarían a mejorar la resolución de los conflictos latentes a la alteración de la conducta alimentaria, el abuso sexual infantil, lo cual ayudaría a retirar la atención en el peso y su vínculo con la comida para así poder centrar la atención en las situaciones, emociones y figuras afectivas que dieron lugar al trastorno (Quinn, 2009). Según D'amato Miranda (2009) es probable que en el momento en que el paciente empiece a hablar sobre los sucesos

estresantes que ha vivido se pueda llegar a observar una mejoría, es por esto que nuestra intención sea poder hablar sobre estos sucesos (Birencwajg, 2009).

Durante este tratamiento ocupará un lugar importante la autorregulación y no la realización de normas externas. No existen comidas que estén permitidas o prohibidas, cada paciente tiene el cometido de volver a codificar, escoger y seleccionar lo que más necesite o desee en cada situación. Debemos ayudar a que diferencie estos pensamientos de los sentimientos de vacío, dolor y sufrimiento, ya que los primeros solo producen una calma por momentos (Panzitta, 2009). Para el tratamiento de un paciente que presenta un trastorno de la conducta alimentaria provocado por un abuso sexual durante su infancia se recomienda un tratamiento cognitivo-conductual, para así conseguir que el cuerpo deje de ser la voz de la dolencia del paciente (Losada & Saboya, 2013)

En el siguiente tratamiento aportado por Losada y Saboya (2013) e inspirado en Lazarus (1992) en primer lugar se debe determinar si el sujeto presenta necesidad de internación, en el caso de la anorexia por desnutrición y en el caso de la bulimia por descompensación (Mateos Parra & Solano Pinto, 1997) además de un tratamiento médico. Es importante que la familia indague sobre la enfermedad y no permita que el paciente llegue a sufrir una descomposición.

En segundo lugar, una vez que al paciente se le haya proporcionado ayuda médica llegamos a la parte en que es fundamental el rol del psicólogo. El paciente debe sentir confianza y motivación para poder llevar a cabo el tratamiento. En esta etapa, el psicólogo debe realizar psicoeducación, perteneciente al marco de la terapia cognitivo-conductual, ya que esto ayudará a que el paciente entienda lo que le pasa y darle a conocer las consecuencias a las que se expone, si encontramos el caso en el que paciente no quiera una mejoría, para conseguir elevar la moralidad sobre la enfermedad.

En primer lugar se deben acordar objetivos y comunicar que es primordial una liberación de los sentimientos que avasallan el cuerpo, ya que estos sirven de “muro” para protegerse (Mambrú, 2009). Esta psicoeducación también se debe llevar a cabo con la familia para que así entiendan y se den cuenta de la enfermedad. Tras que el paciente relate los hechos consiguiendo un estado mental reflexivo sobre lo sucedido se debe intervenir dirigiéndole a la comprensión de que, en estos casos, los trastornos de la alimentación solucionan la desesperación interna y que la purga o el comer le proporciona el sacar a la luz de forma silenciosa sus emociones. Lo que quiere decir que su batalla por el control es solo una forma de ignorar o evitar afrontar los sentimientos perjudicados por el suceso abusivo (Mambrú, 2009).

En este punto del tratamiento se deben realizar intervenciones cognitivo-conductuales (Saldaña, Tomas & Bach-Juncadella, 1997) como pueden ser la distracción conductual por ejemplo en el entrenamiento en relajación, la cual puede ser de gran utilidad ya que se instruye al sujeto a que cuando sienta desasosiego, puede realizar relajación o yoga para así lograr dominar su ansiedad. Durante este proceso tendrán lugar sentimientos de malestar, angustia y ansiedad que provocaran episodios de atracción o consecuencias compensatorias inadecuadas, por lo que se debe enseñar a buscar diversas elecciones de respuesta.

Se deben trabajar técnicas de resolución de los conflictos tras la alteración de la conducta alimentaria, en este caso, el abuso sexual infantil. Con esto lo que se consigue es que el foco principal no esté centrado en el aspecto del peso y su relación con la comida sino centrado en los hechos, emociones y formas afectivas que dieron lugar al trastorno (Quinn, 2009). En el último lugar del tratamiento se debe lograr un empoderamiento sobre el cuerpo del paciente para que logre apropiarse de él y conseguir su propia intimidad para así adueñarse de su propia vida (Losada, 2011). “La recuperación del peso y la disminución de los atracones y conductas compensatorias inadecuadas conducen a la mejoría física y emocional del paciente, esta es una de las razones por las cuales es imprescindible que se trate el abuso sexual infantil y las patologías de la alimentación paralelamente” (Losada & Saboya, 2013, p.127).

Tratamiento psicológico para trastorno de estrés postraumático por abuso sexual infantil

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es uno de las psicopatologías más relacionadas con el abuso sexual infantil, con una tasa del 32% (Ramírez & Fernández, 2011), según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ta edición (2013) indica que el TEPT es, en algunos individuos, el volver a experimentar el miedo experimentado en el evento traumático, en donde pueden llegar a prevalecer los síntomas emocionales y de comportamiento, en otros sujetos destacan la excitación y la manifestación de los síntomas reactivos o síntomas disociativos y por último, existen sujetos que muestran una mezcla de los dos patrones nombrados anteriormente.

Estos son los criterios que se deben cumplir para poder diagnosticar de TEPT correctamente (DSM-V, 2013):

1. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
 - a. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).

- b. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
 - c. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
 - d. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):
- a. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
 - b. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
 - c. Reacciones disociativas en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s).
 - d. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
 - e. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
3. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
- a. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
 - b. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
4. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
- a. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

- b. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).
 - c. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
 - d. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
 - e. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
 - f. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
 - g. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
5. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
- a. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
 - b. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
 - c. Hipervigilancia.
 - d. Respuesta de sobresalto exagerada.
 - e. Problemas de concentración.
 - f. Alteración del sueño.
6. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
7. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
8. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Una vez correctamente diagnosticado entraríamos en el área de tratamiento psicológico, en donde encontramos diferentes tipos de tratamiento cognitivo-conductual, según MacDonald et al. (2008), este tipo de terapia “puede tener una repercusión positiva” en los tratamientos del TEPT en víctimas de abuso sexual dadas las conclusiones del meta-análisis

que realizaron de 10 estudios en donde se utilizaron la terapia cognitivo-conductual. Ramírez y Fernández (2011) realizaron una revisión en donde concluyeron que la Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT) es el tipo de terapia más utilizada y eficiente para este tipo de psicopatología, siendo más eficiente para el TEPT, que para la depresión como hemos nombrado anteriormente, ya que los efectos conseguidos con esta terapia son superiores para el TEPT ($d= 0,46$) que para la depresión ($d= 0,30$), aún así sigue siendo la terapia más eficaz para las dos psicopatologías.

En un estudio realizado por Deblinger, Mannarino y Steer (2004) relacionaron dos tipos de terapias para así comprobar con cual se obtenían resultados más eficaces en TEPT con niños víctimas de abusos sexuales, compararon la TCC-CT con la terapia centrada en el niño. En esta investigación tomaron lugar 239 menores con una edad de 8 años hasta los 14 años. Separaron a los sujetos en dos grupos, uno recibiría terapia TCC-CT y otro terapia centrada en el niño.

Una vez obtenidos los resultados concluyeron en que el grupo que había recibido terapia TCC-CT obtuvieron una mejoría notablemente en el TEPT, junto con la depresión como hemos nombrado anteriormente, en comparación con el grupo contrario que recibió terapia centrada en el niño. Esta investigación indica que la terapia cognitivo-conductual son las que dan lugar a mejores resultados significativamente notables cuando se canalizan al TEPT (Avinger y Jones, 2007; Harvey y Taylor, 2010), especialmente la TCC-CT (Silverman et al., 2008).

MacDonald, Higgins y Ramchandani, 2008). Además de la TCC-CT podemos encontrar otro tipo de tratamiento destinado a víctimas de abuso sexual infantil con TEPT que se ha valorado posiblemente eficiente, la desensibilización y el reprocesamiento por medio de movimientos oculares (EMDR, eye movement desensitization and reprocessing) (Ramírez & Fernández, 2011).

La EMDR, se desarrolló principalmente para el tratamiento de recuerdos traumáticos. Este tratamiento incluye la exposición a la imaginación, reprocesamiento cognitivo y la estimulación bilateral inicialmente decidida al considerar los movimientos oculares inducidos. La EMDR consiste en ocho fases, en las que se pretende la desensibilización del impacto emocional y el reprocesamiento cognitivos de recuerdos y pensamientos angustiosos que han tenido lugar después de la experiencia traumática, aunque a día de hoy el conocimiento sobre los mecanismos latentes sean escasos, la EMDR es una técnica reconocida por la Asociación Americana de Psicología (APA) como eficiente para tratar el TEPT (Ventura, 2006). En un estudio realizado por Bongaerts, Minnen y Jongh (s.f)

utilizaron la terapia intensiva de EMDR para tratar a 7 pacientes diagnosticados de TEPT, en donde 5 de los cuales habían sufrido abuso sexual infantil. El tratamiento consistió en 8 días sucesivos de terapia EMDR en sesiones de mañana y tarde cada una de 90 minutos, es decir 3 horas de terapia al día, estas sesiones se veían entremezcladas con actividad física intensa y psicoeducación, podemos observar el programa de tratamiento en la tabla 10.

Tabla 10

Ejemplo programa de tratamiento

| | |
|----------------------|------------------------------------|
| Programa matutino | |
| | 7:30-8:00 AM Desayuno |
| | 8:15-9:45 AM Deporte |
| | 9:45-11:15 AM Sesión EMDR |
| | 11:15-12:45 AM Deporte |
| Programa de la tarde | |
| | 01:00-01:45 PM Descanso para comer |
| | 01:45-03:15 PM Deporte |
| | 03:15-04:45 PM Sesión EMDR |
| | 04:45-06:15 PM Deporte |
| Programa de la noche | |
| | 06:15-07:30 PM Cena |
| | 07:30-09:30 PM Psicoeducación |

Fuente: Bongaerts, Minnen y Jongh (s.f).

En las sesiones de EMDR se utilizaron sets de movimientos oculares y para elevar la memoria de trabajo se proporcionaba el cambio de estos sets por una barra de luz combinada con auriculares de sonido que se alternaban de a oreja izquierda a la derecha además de dos sensores sujetos en la mano para obtener la estimulación táctil. El objetivo principal de esta investigación fue determinar si este tipo de terapia era efectiva para pacientes diagnosticados con TEPT y si los resultados se mantendrían a los 3 meses de seguimiento reevaluando el TEPT. El resultado que obtuvieron en referencia a los 5 pacientes que sufrieron abusos sexuales en los pre-test realizados a los 3 meses de tratamiento fue que ninguno de los sujetos cumplía los criterios diagnósticos de TEPT.

Justificación

En esta revisión se evalúan y examinan las publicaciones que engloben los tratamientos psicológicos utilizados para las principales psicopatologías reconocidas del abuso sexual en menores, la depresión, los trastornos de alimentación y por último el trastorno de estrés postraumático. Actualmente, la terapia con mayor apoyo empírico es la terapia cognitivo-conductual (MacDonald et al. 2008) utilizando diferentes técnicas en cada psicopatología. Este trabajo tiene como finalidad dar a conocer los tratamientos más eficaces para cada una de las psicopatologías nombradas anteriormente y las limitaciones que nos podemos encontrar, además de comparar investigaciones de diferentes tratamientos para la misma psicopatología.

Es por ello por lo que este estudio ofrece una compilación de la literatura, favoreciendo que sean más accesibles ante futuras revisiones o diseños de tratamiento para psicopatologías producidas por abusos sexuales en la infancia. Es cierto que las investigaciones sobre los abusos sexuales en la infancia y los tratamientos de las psicopatologías producidas por estos han ido evolucionando y mejorando en los últimos 30 años, “pero, lamentablemente, quedan aún muchos temas por resolver si se pretende eliminar éste problema en nuestras sociedades y, en cualquier caso, lograr recuperar a las víctimas mediante tratamientos eficaces dirigidos a las múltiples consecuencias del abuso” (Save the Children, 2001).

Metodología

Para realizar este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva en 3 bases de datos relevantes: EBSCOhost, Web Of Science y Scielo. En un principio solo se revisaron las dos primeras, pero como se puede observar en la Tabla 11 se obtuvieron pocos resultados, por lo que se incluyó una tercera base de datos con el fin de poder recabar mayor número de estudios. Las búsquedas arrojaron un total de 128 publicaciones, de las cuales finalmente solo 19 cumplían con los objetivos de este trabajo, pasando a revisión y análisis 6 estudios sobre tratamientos para la depresión, 4 estudios sobre tratamientos para trastornos alimentarios especialmente centrados en bulimia y anorexia nerviosa, y por último 9 estudios sobre tratamientos para el trastorno de estrés postraumático para víctimas de abuso sexual infantil.

Descripción del procedimiento de búsqueda

En la Tabla 11 se muestran las ecuaciones de búsqueda utilizadas en las bases de datos, los descriptores utilizados fueron: “Sexual abuse in child*”, “treatment or intervention or therapy“, “depression or depressive disorder or depressive symptoms or major depressive disorder“, “eating disorders or anorexia or bulimia or disordered eating” y por último “post traumatic stress disorder or ptsd or posttraumatic stress disorder or post-traumatic stress disorder”, se utilizaron estos descriptores para así obtener el mayor número de artículos publicados sobre tratamientos empleados en estas psicopatologías en víctimas de abuso sexual infantil.

Como se puede observar en la Tabla 11 utilizamos más ecuaciones de búsqueda en bases de datos referentes a los descriptores “depression or depressive disorder or depressive symptoms or major depressive disorder” y “eating disorders or anorexia or bulimia or disordered eating”, esto se debe a que, como se observa también en el apartado de resultados de la Tabla 11, éstos son inferiores en referencia a la ecuación de búsqueda que contiene el descriptor “post traumatic stress disorder or ptsd or posttraumatic stress disorder or post-traumatic stress disorder”, por lo que decidimos utilizar los dos descriptores en más bases de datos para obtener más información y así que los resultados no fueran tan desiguales.

Los criterios de exclusión de artículos se han llevado a cabo por medio de dos fases de descartes, en primer lugar, se han descartado manualmente aquellos artículos que no incluían 2 de los 3 descriptores como tema principal en el título del artículo o incluían variables que

no son de nuestro interés y, en segundo lugar, un descarte manual por abstract y contenido si el artículo no trataba sobre los descriptores nombrados anteriormente.

En esta revisión no utilizamos ningún criterio sobre el año de publicación ya que las publicaciones totales en si ya son bastante escasas. Los artículos que finalmente fueron seleccionados debían de cumplir tres requisitos, mostrar un tratamiento, o varios, de intervención psicológica, servirse de instrumentos para obtener resultados pre-test y post-test y finalmente presentar resultados sobre la efectividad o no efectividad del tratamiento psicológico.

Tabla 11

Proceso de exclusión en la revisión bibliográfica

| Base | Criterios de búsqueda y operadores booleanos | Resultado | Descartes por | | Selección final |
|-----------|--|-----------|---------------|-----------|-----------------|
| | | | Título | Contenido | |
| EBSCOhost | TI (Sexual abuse in child*) AND TX (Treatment or intervention or therapy) AND TI (Depression or depressive disorder or depressive symptoms or major depressive disorder) | 27 | 6 | 20 | 1 |
| EBSCOhost | TI (Sexual abuse in child*) AND TX (Treatment or intervention or therapy) AND TI (Eating disorders or anorexia or bulimia or disordered eating) | 10 | 4 | 4 | 2 |
| EBSCOhost | TI (Sexual abuse in child*) AND TX (Treatment or intervention or therapy) AND TI (Post traumatic stress disorder or ptsd or posttraumatic stress) | 39 | 20 | 10 | 9 |

| | | | | | |
|----------------|---|----|----|----|---|
| | disorder or post-traumatic stress disorder) | | | | |
| Web Of Science | TI (Sexual abuse in child*) AND TX (Treatment or intervention or therapy) AND TI Depression | 28 | 10 | 16 | 2 |
| Web Of Science | TI (Sexual abuse in child*) AND TX (Treatment or intervention or therapy) AND TI (Eating disorders or anorexia or bulimia or disordered eating) | 8 | 1 | 5 | 2 |
| Scielo | (Sexual abuse in child*) AND (Treatment or intervention or therapy) AND (depression) | 16 | 9 | 4 | 3 |

Fuente: elaboración propia.

Resultados

Para realizar esta revisión bibliográfica se han revisado y analizado un total de 128 estudios y artículos de los cuales han sido seleccionados 19 estudios. En este apartado nos vamos a centrar en analizar estos estudios evaluando las siguientes variables: tratamiento y técnicas administradas, número de sujetos participantes, número de sesiones en las que se ha llevado a cabo el tratamiento, instrumentos que han sido utilizados para realizar un pre-test y un post-test y los resultados del tratamiento.

A continuación, se llevará a cabo una descripción detallada de las variables nombradas anteriormente de cada uno de los estudios seleccionados, analizando, comparando y indicando los resultados de cada estudio.

Comenzando por los estudios centrados en el tratamiento de síntomas depresivos por abuso sexual, Lorenz, Pulverman y Meston (2012) realizaron un estudio en donde pretendían indicar que las ganancias repentinas durante un tratamiento auto dirigido por el paciente más el apoyo del terapeuta llevaría a la reducción de los síntomas depresivos en mujeres víctimas de abuso sexual. Este estudio fue realizado con 77 mujeres que dividieron en 2 grupos, un grupo con tratamiento y otro grupo control. Se utilizó un tratamiento de tipo cognitivo-conductual con la técnica de la escritura expresiva. Los sujetos realizaron una sesión por semana de 30 minutos en las que escribían sobre temas emocionales o vivencias traumáticas, en este caso el abuso sexual infantil). Se realizaron muestras pre-test y post-test con el Beck Depression Inventory- II (BDI-II). Los resultados mostraron que las mujeres que estaban en una condición de tratamiento activo experimentaron una ganancia repentina en la encuesta de evaluación y obtuvieron una mayor mejoría en los puntajes obtenidos de BDI-II después del tratamiento en relación a las mujeres del grupo control.

Ghahari y Rad (2018) realizaron un estudio sobre la habilidad del perdón para así reducir la depresión de víctimas de abusos sexuales en la infancia, para ello contaron con 30 mujeres con síntomas depresivos que reportaban haber sufrido abusos sexuales antes de los 7 años de edad. Este estudio es de tipo semi-experimental con resultados pre-test y post-test con el BDI-II. Se dividieron los sujetos en 2 grupos, un grupo asistía a terapia de tipo cognitivo-conductual para tratar el entrenamiento del perdón y el otro grupo, grupo control, estaban en lista de espera. Los resultados mostraron que la habilidad de perdonar tratada en terapia es efectiva para reducir la depresión en mujeres víctimas de abuso sexual en la infancia.

Roleshuck et al. (2009) realizaron un estudio con mujeres que sufrían dolor físico y depresión siendo víctimas de abuso sexual infantil en el que pretendían observar la mejoría en la depresión a través de psicoterapia de tipo cognitivo conductual dependiendo del grado de dolor. Para este estudio participaron un total de 66 mujeres a las que se les realizó terapia psicológica integrada, psicoterapia cognitivo-conductual, durante 14 sesiones individuales y después de estas, 2 sesiones quincenales. La depresión se evaluó con la Escala para la depresión de Hamilton (HRSD) y BDI y se realizó un pre-test y un post-test para observar la mejoría. Los resultados mostraron que los pacientes con poco dolor tenían mayor mejoría durante el período de estudio que los pacientes con mucho dolor, aún así en todos los pacientes se observó una mejoría en la sintomatología depresiva.

En el año 2008, Habigzang et al., realizaron una investigación de la relación entre la exposición a terapia centrada en el abuso y el cambio en la sintomatología de niñas que habían sufrido abuso sexual. Los objetivos de este estudio era verificar si la sintomatología de depresión entre otros disminuía durante el tiempo del tratamiento utilizando terapia cognitivo-conductual o representaba simplemente el efecto del paso del tiempo. En este estudio participaron un total de 10 niñas con una edad de entre 9 y 13 años. A las participantes se les realizó un pre-test antes de la intervención y después de cada etapa de grupoterapia, es decir, la evaluación fue realizada en 4 tiempos distintos durante el proceso: pre-test, evaluación inicial, post-test 1, después de la etapa de psicoeducación, tras 7 semanas, post-test 2, después de la etapa de inoculación del estrés tras 12 semanas y post-test 3, después de la etapa de prevención de recaída tras 20 semanas.

Los instrumentos utilizados para la evaluación fueron, Escala de atribuciones y percepciones de niños (CAPS), Inventario de depresión infantil (CDI), Escala de estrés infantil (ESI) y Inventario de ansiedad por rasgo estado para niños (IDATE-C). El estudio tuvo una duración de 20 sesiones de 1 hora y media cada una. En los resultados se pudo observar que los síntomas de depresión evaluados mediante CDO disminuyeron significativamente entre la etapa de pre-test y post-test 3. Sin embargo se encontró una diferencia significativa en los resultados entre la etapa post-test 1 y post-test 3. Este resultado sugiere que después de las 7 sesiones de psicoeducación (post-test 1), comenzó la reducción de los síntomas de depresión.

Habigzang y Koller realizaron un estudio en 2013 con el objetivo de evaluar el proceso terapéutico de dos casos clínicos. Las participantes fueron 2 niñas de 11 y 13 años

víctimas de abuso sexual infantil que participaron en un grupo de terapia cognitivo-conductual. En el estudio se pretendía comparar los procesos y resultados de ambas participantes, ambas presentaron sintomatología depresiva entre otras y ambas sufrieron el mismo tipo de abuso.

Fueron evaluadas antes y después de la terapia grupal utilizando los siguientes instrumentos: Inventario de depresión infantil (CDI), Escala de estrés infantil (CSS) y el Inventario de ansiedad por rasgo estado para niños (STAI-C). Cada evaluación (pre-test y post-test) tuvo una duración de 1 hora y media y el tratamiento tuvo una duración de 16 semanas, una sesión de terapia grupal cada semana, 16 sesiones.

Los resultados mostraron que una de las pacientes presentó una reducción de los síntomas de depresión y demás, mientras que la otra niña no presentó reducción en estos síntomas. Esto muestra que algunos factores influyen en el proceso terapéutico y debemos tener en cuenta como la edad del inicio del abuso sexual, la forma del abuso, la percepción de la experiencia en la atención, la penalización del agresor y la persistencia del sentimiento de culpa en la técnica de inoculación del estrés.

En 2009 Habigzang et al. realizaron un estudio en el que el principal objetivo fue evaluar los efectos de la terapia cognitivo-conductual grupal en niñas menores que han sufrido abuso sexual infantil. La terapia grupal pretendía reducir los síntomas de depresión, ansiedad y trastorno de estrés post-traumático. El estudio se realizó con la participación de 40 niñas de entre 9 y 16 años víctimas de cualquier tipo de abuso incluido el abuso sexual. Las participantes fueron evaluadas en cuatro etapas diferentes, etapa pre-test, antes de la terapia grupal, etapa post-test, después de la fase de terapia grupal, post-test 2, después de la segunda terapia grupal y post-test 3, al finalizar la terapia grupal. Al finalizar la terapia se hizo un seguimiento de 1 año. Los instrumentos utilizados para evaluar fueron: CAPS, CDI, Inventario de estrés infantil (ESI) y IDATE-C. Se realizaron un total de 16 sesiones grupales, en donde cada grupo estaba formado por 6 participantes. Los resultados fueron positivos y mostraron que el modelo de terapia cognitivo-conductual grupal fue eficaz para reducir los síntomas de depresión, ansiedad y estrés post-traumático.

En cuanto a los estudios centrados en el tratamiento de trastornos alimentarios por abuso sexual, Kearney-Cooke y Striegel-Moore (2010) realizaron un estudio sobre los tratamientos utilizados para la anorexia y la bulimia nerviosa en víctimas de abuso sexual infantil. En este estudio las terapias fueron en grupo, formado por 4 mujeres, tres de ellas sufrían bulimia nerviosa y solo una anorexia nerviosa. Para tratar el abuso sexual infantil y

así notar una mejoría en los desordenes de la conducta alimentaria las pacientes acudieron a terapia cognitivo conductual, en donde se pudo observar que a través del desarrollo de técnicas de auto-alivio, el cliente puede tolerar el afecto que se genera al trabajar a través del abuso y puede lograr una sensación de calma y control dentro y fuera de la terapia, a través de las técnicas de recuperación de memoria, el cliente puede reconstruir los rastros traumatizados de la memoria y puede recuperar una sensación de continuidad y seguridad en su vida, al experimentar y describir los efectos del abuso en las palabras, las artes visuales y el movimiento, recibe la oportunidad de dar voz, a través de la aceptación y el cuidado por parte del terapeuta y, en ocasiones, por parte de otros miembros del grupo, la sobreviviente puede soltar la vergüenza.

Comprender el pasado le permite al cliente avanzar al siguiente paso, escribir una nueva historia para su vida y su cuerpo y así las pacientes pudieron cambiar su enfoque del ámbito de la comida, el apetito y el peso al mundo de las relaciones. Castellini et al. (2018) realizaron un estudio prospectivo de 3 años para evaluar si los pacientes con trastornos alimentarios que habían informado de sufrir abuso sexual infantil mostraban mejorías clínicas a largo plazo.

El estudio se realizó con pacientes diagnosticados con anorexia y bulimia nerviosa, un total de 72 sujetos, 15 pacientes habían sufrido abuso sexual en la infancia y 57 pacientes no reportaban ningún tipo de abuso. Se trató a los pacientes mediante terapia cognitivo-conductual y se les evaluó clínicamente el primer día, al finalizar el tratamiento individual y 3 años después tras finalizar el tratamiento.

Para realizar estas evaluaciones se utilizaron los siguientes instrumentos: Cuestionario que evalúa los hábitos y estilos de alimentación (EDE-Q), la prueba de inquietud corporal (BUT), el inventario de síntomas (SCL-90-R), BDI, inventario de ansiedad por rasgos de estado de Spielberg (STAI) y el cuestionario de experiencia infantil sobre atención y abuso (CECA.Q). Los pacientes fueron divididos en dos grupos, los que sufrían anorexia nerviosa y los que sufrían bulimia nerviosa. El grupo de anorexia nerviosa acudió a terapia cognitivo-conductual individual durante 19 semanas, 40 sesiones de 1 hora cada una mientras que los pacientes con bulimia nerviosa recibieron terapia cognitivo-conductual individual durante 20 semanas, 19 sesiones de 50 minutos cada una.

Al final del tratamiento se observó una remisión completa de cualquier trastorno de alimentación en 57 pacientes que no habían sufrido abuso sexual y en 15 pacientes que si habían sufrido abuso sexual, sin ninguna diferencia significativa entre ellos. En el seguimiento de 3 años, se encontró una remisión completa de los trastornos de la conducta

alimentaria.

Calugi et al. Realizaron un estudio en 2017 en el que el principal objetivo fue evaluar si las víctimas de abuso sexual infantil mostraban problemáticas o no seguían el mismo tiempo de recuperación que pacientes con la misma sintomatología, (anorexia nerviosa) que no habían sufrido este tipo de abusos siguiendo el mismo tratamiento, terapia cognitivo-conductual intensiva para trastornos de la conducta alimentaria.

Para este estudio participaron un total de 81 sujetos, en donde veinte reportaban haber sufrido abuso sexual en la infancia. Como es recomendado por el protocolo de terapia cognitivo-conductual mejorada, el abuso sexual se debe reconocer en terapia no se añade como parte del tratamiento. La duración de tratamiento fue de 20 semana de sesiones individuales y grupales, dadas durante 13 semanas de tratamiento hospitalario seguido de 7 semanas en un hospital de día.

Para evaluar a los sujetos se realizó una recogida de datos la primera semana de ingreso en la unidad de pacientes hospitalizados, en la última semana antes del alta hospitalaria y en el seguimiento de 6 y 12 meses. Los instrumentos utilizados para la evaluación fueron los siguientes: Entrevista de examinación del trastorno de alimentación (EDE), BSI, la Escala de trabajo y ajuste social (WSAS) y el SCL-90-R. Los resultados fueron positivos y ambos grupos mostraron características similares antes del tratamiento y un aumento similar en el IMC, una mejoría en el trastorno alimentario, la psicopatología general y el funcionamiento social y laboral desde el inicio hasta el seguimiento de 12 meses.

En 2010 Vrabel et al. realizaron un estudio en el que pretendían obtener respuestas sobre sus preguntas acerca de si el trastorno de personalidad y el abuso sexual en la infancia, de forma separada, predicen el curso del trastorno alimentario o si el trastorno de la personalidad y el abuso sexual influyen en el curso del trastorno alimentario. Al principio del estudio contaron con 86 sujetos, 1 hombre 86 mujeres. Separaron a los sujetos en dos grupos de tratamientos, el grupo que sufría anorexia nerviosa recibió un tratamiento de 22-23 semanas y el grupo que sufría bulimia nerviosa recibió el tratamiento durante 15 semanas.

El tratamiento fue un programa hospitalario multicomponente centrado en los síntomas del trastorno de la conducta alimentaria basado en terapia cognitivo-conductual, una combinación de sesiones grupales centradas en los síntomas del trastorno de la alimentación, tratamiento individual y terapia del entorno. El instrumento utilizado fue el EDE. La puntuación media global de EDE fue mejorando en las 5 etapas en las que se realizó una

evaluación: al ingreso, a realizarse el alta hospitalaria, al seguimiento de un año, al seguimiento de dos años y al seguimiento de 5 años. Aunque los resultados fueron positivos se mostró que los pacientes que experimentaron abuso sexual en la infancia presentan más dificultades a la hora del tratamiento.

Por último los resultados de los estudios centrados en el tratamiento de TEPT por abuso sexual en la infancia, Becker (2015) realizó un estudio con el que quería probar la eficacia de técnicas artísticas y terapia narrativa junto con la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. Para realizar este estudio contaron con la participación de 5 adultos, un hombre y cuatro mujeres, diagnosticados con TEPT que reportaron haber sufrido abuso sexual en la infancia. Los instrumentos utilizados fueron: “The trauma symptom inventory” (TSI), “The PTSD checklist-civilian versión” (PCCL-C) y por último BDI-II. Tras 9 semanas asistiendo 2 horas por semana a grupoterapia los participantes fueron evaluados y además se realizó una sesión individual de una hora con cada sujeto y después de 1 mes se realizaron evaluaciones de seguimiento. Después de 9 semanas de tratamiento, los participantes mostraron una sintomatología reducida de TEPT y una reducción estable de algunos síntomas como la depresión en el seguimiento de 1 mes, lo que indica que la participación en el grupo de tratamiento integrado puede haber ayudado a mejorar síntomas del TEPT. Estos resultados respaldan la viabilidad del tratamiento grupal que integra intervención artística con exposición, base y terapia narrativa para adultos que sufrieron abuso sexual infantil.

Rosner et al. (2019) realizaron un estudio que pretendía examinar si la terapia de procesamiento cognitivo adaptada al desarrollo (D-CPT) era más efectiva que una condición de lista de espera con consejos de tratamiento (WL/TA) en adolescentes diagnosticados con TEPT que sufrieron abuso sexual y físico en la infancia. Para el estudio contaron con 88 sujetos, 65 eran mujeres y 3 hombres y fueron divididos en 2 grupos, 44 serían tratados con D-CPT y 44 con WL/TA. Se realizó una evaluación antes del tratamiento, 8 semanas después del inicio del tratamiento, al final del tratamiento y a los 3 meses de seguimiento. Los instrumentos utilizados fueron: Escala de TEPT administrada clínicamente para niños y adolescentes (CAPS-CA), BDI, Lista de síntomas de trastorno límite (BSL-23), Youth Self-report (YSR) y la Escala de experiencias disociativas para adolescentes (ADES). El tratamiento D-CPT constó de 30 sesiones de 50 minutos cada una ofrecidas en 16 a 20 semanas. Los resultados mostraron que los 44 participantes que recibieron D-CPT obtuvieron una mayor mejoría que los 44 participantes WL/TA en referencia al TEPT. Esta ventaja fue

estable a los 3 meses de seguimiento.

Matulis llevó a cabo una investigación en 2013 en el que pretendía evaluar la terapia cognitiva-conductual centrada en el trauma añadiendo módulos de tratamiento y cambiando la configuración de la terapia. Para realizar este estudio participaron 12 sujetos adolescentes, 10 mujeres y 2 hombres que reportaron haber sufrido abuso sexual o físico en la infancia. El tratamiento se llevó a cabo en 30 sesiones de 50 minutos divididos en grupos de 5 personas. Los pacientes fueron evaluados antes del tratamiento, después del tratamiento y seis semanas después del tratamiento. Para realizar estas evaluaciones se utilizaron los siguientes instrumentos: CAPS, Entrevista para diagnóstico de trastornos mentales en niños y adolescentes (Kinder-DIPS), Entrevista para eventos traumáticos en la infancia (ITEC), Prueba de inteligencia (CFT-20-R), Índice de reacción del TEPT de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA), Inventario de depresión para niños y adolescentes (DICA), ADES y BSL-23. Los resultados mostraron una gran reducción de la sintomatología de TEPT, el 75% lograron una remisión completa del TEPT, dos de los doce sujetos abandonaron el tratamiento y uno no logró esta remisión del TEPT.

Steil et al. (2011) realizaron un estudio en el que quisieron evaluar la eficacia de la terapia de la conducta dialéctica para el TEPT (DBT-PTSD), psicoterapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. Se realizó esta terapia en 29 mujeres diagnosticadas de TEPT que sufrieron abuso sexual en la infancia. Las pacientes asistieron a 23 sesiones de seguimiento individual, 2 veces por semana de 35 minutos, 11 sesiones de entrenamiento de habilidades, intervención en la autoestima, psicoeducación, todas estas sesiones grupales 1 vez por semana y con una duración de 60 minutos, 35 sesiones de mindfulness grupales tres veces por semana con una duración de 25 minutos, y por último también asistieron a 3 intervenciones semanales de 90 minutos de terapia musical, de arte o de movimiento, un total de 72 sesiones. Las pacientes fueron evaluadas antes del inicio del tratamiento, al final del tratamiento y tras seis semanas después de 3 meses de tratamiento residencial intensivo.

Los instrumentos utilizados fueron: La escala del diagnóstico post-traumático (PDS), SCL-90-R, VBDI y STAI. Los resultados mostraron buena eficacia, se encontraron grandes mejorías en el post-test PDS en referencia al pre-test, además ningún paciente sufrió tendencias suicidas, autolesiones, comportamiento de riesgo o crisis.

Connos y Higgins llevaron a cabo un estudio 2008 en el que se quería demostrar la

eficacia del tratamiento HEALTH (Terapia cognitivo-conductual que implica, tener un terapeuta de apoyo, garantizar la seguridad personal, ayudar con el funcionamiento diario, aprender a manejar síntomas centrales del TEPT, tratamiento de síntomas complejos de TEPT, tener paciencia y persistencia para permitir el “Fortalecimiento del ego”) centrado en el fortalecimiento del ego desarrollado por ambos autores para sujetos que han sufrido abuso sexual infantil a largo plazo con diagnóstico de TEPT complejo. Este estudio consta de 1 solo sujeto, una mujer víctima de múltiples experiencias de abuso sexual durante un largo periodo de tiempo. La paciente recibió durante seis meses, 24 sesiones individuales y una terapia grupal. Se realizó un pre-tratamiento en el que la paciente mostró: alteraciones en la autoestima, en la regulación de la afectividad, disfunción sexual, alteraciones en relaciones interpersonales y en los sistemas de creencias.

Se realizaron evaluaciones antes y después del tratamiento en los que se utilizaron los siguientes instrumentos: PDS y Entrevista estructurada para trastornos de extremo estrés (SIDES-SR). El post-test mostró una notable reducción en la puntuación de los dos instrumentos nombrados anteriormente, lo que indica una mejoría, pero en cambio, aparecieron tres nuevos síntomas en la entrevista de post-tratamiento ausentes en el pre-tratamiento, lo cual es negativo y sugiere que el tratamiento debe de estar en constante evaluación. Por último, la paciente mostró una mejoría en todas las alteraciones nombradas anteriormente al final del tratamiento.

Wolfsdorf y Zlotnick (2001) realizaron un estudio para investigar la eficacia de tratamiento de manejo del afecto caracterizado por un enfoque cognitivo-conductual. Se evaluaron a 48 mujeres diagnosticadas con TEPT y TEPT complejo víctimas de abuso sexual infantil. Las participantes recibieron tratamiento individual 1 mes antes de empezar el tratamiento en el que fueron separadas en dos grupos, uno de ellos recibía terapia de control del afecto y otro estaba en condición de control de lista de espera siguiendo con el tratamiento individual. Durante todo el tratamiento las participantes recibieron medicamentos psicotrópicos. Los resultados mostraron que el grupo que recibía terapia de control del afecto mostraron una mejoría significativa mayor en los síntomas de TEPT, depresión y disociación en el post-tratamiento que el grupo que se encontraba en lista de espera recibiendo terapia individual.

Hall y Henderson (1996) realizaron una investigación de caso único en el que se examina la eficacia del modelo de terapia de procesamiento cognitivo (CPT) psicoterapia

cognitivo-conductual. La paciente se trata de una mujer con un largo historial de abuso sexual en la infancia diagnosticada de TEPT. Fue evaluada antes y después del tratamiento con los siguientes instrumentos: CAPS-2, Informe de escala de síntomas TEPT modificado (MPSS-SR), BDI, SCL-90-R. La paciente fue tratada durante 17 semanas incluyendo terapia tanto individual como grupal. Los resultados tras esas 17 semanas mostraron una mejoría en los instrumentos nombrados anteriormente además de que la paciente demostró cambios cualitativos en sus pensamientos, sentimientos y acciones.

Görg et al. realizaron un estudio en 2017 para evaluar y comparar las calificaciones individuales de las emociones relacionadas con el trauma y la aceptación radical de sujetos víctimas de abuso sexual infantil al inicio y al final de seguir una terapia dialéctica conductual (DBT) para TEPT (DBT-TEPT). Para el estudio se compararon los resultados de 23 pacientes, todas mujeres, que recibieron un total de 65 sesiones individuales durante 6 meses más sesiones grupales de tratamiento DBT-TEPT en las que recibían estrategias de regulación emocional, intervención cognitiva que se centraba en la culpa y la discriminación entre la situación actual y la traumática, etc. Las pacientes fueron evaluadas antes de empezar el tratamiento y al finalizarlo, esta evaluación se realizó con los siguientes instrumentos: CAPS, SCL-90-R, Examen internacional de trastornos de personalidad (IPDE) y Índice de gravedad global (GSI). Los resultados mostraron una disminución significativa en la vergüenza, culpa, asco, angustia y miedo relacionados con el trauma y un aumento de la aceptación radical, lo que implica una mejoría en la sintomatología del TEPT.

En 2018 Wagenmarns et al., realizaron un estudio para analizar si la presencia de abuso sexual infantil afecta negativamente a los resultados del tratamiento intensivo centrado en el trauma para el TEPT (psicoterapia cognitivo-conductual) y terapia EMDR. Participaron un total de 165 sujetos que fueron categorizado en cuatro grupos: grupo que no sufrió abuso sexual (40 sujetos), grupo que sufrió abuso sexual en la infancia (72 sujetos), grupo que sufrió abuso sexual en la adolescencia (38 sujetos) y por último grupo que sufrió abuso sexual en la vida adulta (1 sujetos). Los pacientes recibieron 2 sesiones individuales de 1'5 horas cada día, 90 minutos de terapia de exposición prolongada y 90 minutos de terapia EMDR. Con un total de 16 sesiones, además de participar en cuatro actividades de ejercicio al día y sesiones de psicoeducación cada día de forma grupal.

Los pacientes fueron evaluados antes y después del tratamiento con los siguientes instrumentos: Entrevista para eventos traumáticos en la infancia (ITEC), Mini entrevista

neuropsiquiátrica internacional (MINI), CAPS, Escala de auto reporte de síntomas TEPT (PSS-SR) e impacto de la escala de eventos (IES). Los resultados del pre-test mostraron resultados positivos en el tratamiento para el TEPT igualados en los cuatros grupos, lo que demuestras que pacientes que sufren TEPT con y sin antecedentes de abuso sexual en la infancia responden positivamente al tratamiento centrado en el trauma.

A continuación, en la Tabla 12 se realiza una comparación más minuciosa de todos los estudios analizados anteriormente.

Tabla 12

Estudios analizados

| Estudio | ¿Qué se trata? | Programa/Técnica utilizada | Núm. De sujetos | Núm. De sesiones | Test utilizados | Resultados |
|------------------------|----------------|----------------------------|-----------------|------------------|------------------|--|
| Loranz et al. 2012 | Depresión | TCC/Escritura expresiva | 77 | 5 | BDI-II | Las mujeres que estaban en una condición de tratamiento, mostraron resultados positivos en BDI-II. |
| Ghahari y Rad 2018 | Depresión | TCC/ Habilidad del perdón | 30 | 12 | BDI-II | La habilidad de perdonar tratada en terapia es efectiva para reducir la depresión. |
| Roleshuc k et al. 2009 | Depresión | TCC/TPI | 66 | 16 | BDI HRSD | En todos los pacientes se observó una mejoría en la sintomatología depresiva. |
| Habigzang et al. | Depresión | TCC/Grupoterapia | 10 | 20 | CAPS CDI, ESI | Los síntomas de depresión |

| | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|----------------------------|----|------------------|--|---|--|
| 2008 | | | | | | IDATE-C | disminuyeron significativamente. |
| Habigzang y Koller 2013 | Depresión | TCC/Grupoterapia | 2 | 18 | | CDI, CSS STAI-C | Una de las pacientes presentó una reducción de los síntomas de depresión, mientras que la otra niña no presentó reducción en estos síntomas. |
| Habigzang et al. 2009 | Depresión | TCC/Grupoterapia | 40 | 16 | | CAPS CDI, ESI IDATE-C | Los resultados fueron positivos. |
| Kearney-Cocke y Striegel-Moore 2010 | Anorexia nerviosa/ Bulimia nerviosa (AN/BN) | TCC/Grupoterapia | 4 | N.I | | N.I | Los resultados fueron positivos. |
| Castellini et al. 2018 | AN/BN | TCC/Terapia individual | 72 | 59 | | EDE-Q BUT SCL-90-R BDI STAI CECA.Q | Al final del tratamiento se observó una remisión completa de cualquier trastorno de alimentación. |
| Calugi et al. 2012 | AN/BN | TCC intensiva | 81 | 20 semanas | | EDE, BDI WSAS SCL-90-R | Mejoría en el trastorno alimentario |
| Vrabel et al. 2010 | AN/BN | TCC/Grupoterapia y terapia | 86 | 22-23 semanas | | EDE | Resultados positivos pero los |

| | | individual | | 15 semanas | | pacientes que experimentaron abuso sexual en la infancia presentaban más dificultades a la hora del tratamiento. |
|-----------------------|------|----------------------|----|---------------|---|---|
| Becker 2015 | TEPT | TCC/T. artísticas | 5 | 10 | TSI PCL-C BDI-II | Los resultados fueron positivos. |
| Rosner et al. 2019 | TEPT | TCC/D-CPT y WL/TA | 88 | 30 | CAPS- CA BDI BSL-23 YSR ADES | Los participantes que recibieron D- CPT obtuvieron una mayor mejoría. |
| Matulis 2013 | TEPT | TCC/CT | 12 | 30 | CAPS Kinder- DIPS ITEC CFT-20-R UCLA DICA ADES BSL-23 | Una gran reducción de la sintomatología de TEPT, el 75% lograron una remisión completa del TEPT. |
| Steil et al. 2011 | TEPT | TCC/DBT-PTSD | 29 | 75 | PDS, BDI SCL-90-R STAI | Los resultados mostraron buena eficacia. |
| Connor y Higgins | TEPT | TCC/HEALTH | 1 | 25 | PDS SIDES- | Resultados mostraron mejoría, |

| | | | | | | | |
|---------------------------|------|------------------------|-----|-----|-----|---------------------------------------|---|
| 2008 | | | | | | SR | pero en cambio, aparecieron tres nuevos síntomas. |
| Wolfsdorf y Zlotnick 2001 | TEPT | TCC/Control del afecto | 48 | N.I | N.I | | El grupo que recibía terapia de control del afecto mostraron una mejoría significativa mayor en los síntomas de TEPT. |
| Hall y Henderson 1996 | TEPT | TCC/CPT | 1 | N.I | | CAPS-2 MPSS-SR BDI SCL-90-R | Los resultados mostraron una mejoría además de que la paciente demostró cambios cualitativos. |
| Görg et al. 2017 | TEPT | TCC/DBT-TEPT | 23 | 65 | | CAPS SCL-90-R IPDE,GSI | Mejoría en la sintomatología del TEPT. |
| Wagermans et al. 2018 | TEPT | TCC+EMDR | 165 | 16 | | ITEC MINI CAPS PSS-SR IES | Los resultados del pre-test mostraron resultados positivos en el tratamiento para el TEPT. |

Nota: Elaboración propia

Después de realizar un análisis detallado de los estudios nombrados anteriormente, podemos observar que el número máximo de sujetos en un estudio es de 162 pacientes (Wagermans et al. 2018) y el mínimo es de un solo caso único (Connor y Higgins (2008) y Hall y Henderson (1996)) podemos encontrar en su mayoría estudios en los que la terapia a sido grupal (Kearney-Cocke y Striegel-Moore (2010), Habigzang et al. (2009), Habigzang y Koller (2013)) aunque también podemos observar los tratamientos que utilizan tanto terapia

grupal como individual (Vrabel et al. 2010).

Podemos observar que los instrumentos más utilizados han sido:

- *Clinical Assessment of Pragmatics* (CAPS)
- Inventario de Depresión de Beckv (BDI)
- *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R)
- *Posttraumatic Diagnostic Scale* (PDS)
- Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI)

Además de que se observa que en la totalidad de los estudios se ha utilizado y proporcionado terapia cognitivo-conductual.

Discusión y conclusiones

El objetivo de este trabajo académico ha sido realizar una revisión bibliográfica para así conocer las consecuencias psicopatológicas que pueden llegar a desarrollar las víctimas de abuso sexual en la infancia, así como el tratamiento psicológico más común y las técnicas más eficaces para tratar estos trastornos, centrándonos en el trastorno de estrés postraumático, los trastornos alimentarios y la depresión. Después de haber analizado cada uno de los estudios seleccionados y compararlos entre sí podemos afirmar que la terapia cognitivo-conductual es la más utilizada, ya es empleada en la totalidad de los estudios, y es la terapia que ha mostrado a través de estos estudios su eficacia.

La terapia es utilizada con diferentes técnicas y programas, en esta revisión encontramos técnicas como una terapia basada en el control del afecto, la escritura expresiva, el tratamiento centrado en las emociones del trauma y la aceptación, técnicas artísticas, etc., y todas ellas han mostrado resultados positivos con algunas excepciones aunque sean mínimas.

Pero en cambio encontramos limitaciones en estos estudios, la primera limitación que encontramos es que, en la totalidad de los estudios, los sujetos participantes son mujeres en su mayoría, también encontramos que casi todos los estudios son de muestras muy pequeñas y de terapias intensivas como el estudio realizado por Calugi et al. (2012), algunos de los estudios como los realizados por Lorenz et al. (2012), Steil (2011), Connor y Higgins (2008) Zlotnick (2001) entre otros, no reflejan un seguimiento posterior al tratamiento, por tanto, no muestran si los resultados obtenidos por el tratamiento son a largo plazo.

Podemos encontrar que, los estudios que han obtenido resultados no positivos totalmente, se dan en tratamientos que se han ofrecido de forma grupal como el estudio realizado por Connor y Higgins (2008), Habigzang y Koller (2013), Vrabel et al. (2010) y Matulis (2013), esto nos confirma que en el momento de utilizar una terapia grupal como tratamiento a cualquier patología se deben tener en cuenta diferentes factores que puedan afectar al tratamiento en grupo, ya que no todos los sujetos van a terapia con las mismas necesidades y haber sufrido los mismos sucesos, en este caso los factores que debemos tener en cuenta son el tipo de abuso sexual sufrido, la relación con el agresor, la respuesta obtenida por el medio, etc.

Además, se ha observado solo un estudio en el que se utilice la psicoterapia EMRD, el estudio realizado por Wagermans et al. (2018), como se puede advertir el estudio es bastante reciente, lo que por su comprobada efectividad se debería investigar con más estudios en el futuro, ya que la única evidencia existente sobre esta terapia se ha dado por los mismos autores en estudios con muestras pequeñas. Por último, algo que se ha podido observar y

comprobar es la poca existencia de artículos que demuestren la eficacia y pongan en práctica estos tratamientos y sus técnicas con estudios realizados mostrando pruebas pre-test y post-test corroborando así los efectos positivos o negativos que pueden llevarse a cabo. Esto nos lleva a confirmar la falta de información que existe hoy en día sobre tratamientos para psicopatologías causadas por abuso sexual producido en la infancia, lo que nos anima a que se realicen más estudios e investigaciones que pongan a prueba diferentes tipos de terapia, como puede ser el EMRD, y técnicas para lograr un avance y la mejoría completa de estos para tratamientos futuros y así lograr una recuperación completa y a largo plazo de estas víctimas.

Referencias

- Aguilar Cárceles, M. M. (1). Abuso sexual en la infancia. *Anales De Derecho*, 27, 210-240. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/analesderecho/article/view/118031>
- Aguilera, R., Barbieri, M., Bontempo, N., Cordero, S., & Thomann, N. (2018). Abuso sexual infantil: la atemporalidad del trauma, consecuencias psíquicas y su incidencia en el cuerpo. In *II Congreso Internacional de Victimología (Ensenada, 2018)*.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed: DSM-IV. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Bal, S., Van Oost, P., Bourdeaudhuij, I., & Crombez, G. (2003). Avoidant coping as a mediator between self-reported sexual abuse and stress-related symptoms in adolescents. *Child Abuse & Neglect* 27 (2003) 883–897. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(03\)00137-6](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(03)00137-6)
- Becker, C.-L. J. (2015). Integrating Art Into Group Treatment for Adults With Post-Traumatic Stress Disorder From Childhood Sexual Abuse: A Pilot Study. *Art Therapy*, 32(4), 190–196. doi:10.1080/07421656.2015.1091643
- Bongaerts, H., Van Minnen, A., & de Jongh, A. EMDR Intensivo para tratar a pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático Complejo: Una Serie de Casos.
- Borges, J. L., & Dell'Aglio, D. D. (2008). Relaciones entre abuso sexual en la infancia, trastorno de estrés post-traumático (TEPT) y perjuicios cognitivos. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 371-379. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000200020>
- Brown, L., Russell, J. Thornton, C. & Dunn, S. (1999). Dissociation, abuse and the eating disorders: evidence from an Australian population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 33:521–528. <https://doi.org/10.1080/j.1440->

- Calugi, S., Franchini, C., Pivari, S., Conti, M., El Ghoch, M., & Dalle Grave, R. (2018). Anorexia nervosa and childhood sexual abuse: Treatment outcomes of intensive enhanced cognitive behavioural therapy. *Psychiatry Research*, *262*, 477–481. doi:10.1016/j.psychres.2017.09.027
- Cantón, D., & Justicia, F. (2008b). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, *20*(4), 509-515. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720400>
- Castellini, G., Lelli, L., Cassioli, E., Ciampi, E., Zamponi, F., Campone, B., Monteleone A. M., Ricca, V. (2018). Different outcomes, psychopathological features, and comorbidities in patients with eating disorders reporting childhood abuse: A 3-year follow-up study. *European Eating Disorders Review*, *26*(3), 217–229. doi:10.1002/erv.2586
- Castillo, E. (2017). Dependencia emocional, estrategias de afrontamiento al estrés y depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja de la ciudad de Chiclayo. *Revista Paian*, *8*(2), 36-62.
- Claes, L., & Vandereycken, W. (2007). The Self-Injury Questionnaire—Treatment Related (SIQ-TR): Construction, reliability, and validity in a sample of female eating disorder patients. In P. M. Goldfarb (Ed.), *Psychological tests and testing research trends* (p. 111–139). Nova Science Publishers.
- Connor, P., & Higgins, D. J. (2008). The “HEALTH” model – Part 2: case study of a guideline-based treatment program for Complex PTSD relating to childhood sexual abuse. *Sexual and Relationship Therapy*, *23*(4), 401–410. doi:10.1080/14681990802378900
- Covert, D. L., Kinder, B. N., Thompson, J. K., (1989). The psychosexual aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of the literature. *Clinical Psychology R&w*, Vol. 9, pp. 169-180. <https://doi.org/10.1016/0272->

- Daigneault, I., Hébert, M., & Tourigny M. (2006). Attributions and Coping in Sexually Abused Adolescents Referred for Group Treatment. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15:3, 35-59 https://doi.org/10.1300/J070v15n03_03
- Dupret, M. A., & Unda, N. (2013). Revictimización de niños y adolescentes tras denuncia de abuso sexual. *Revista de ciencias sociales y humanas*, (19), 101-128. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5968465.pdf>
- Echeburúa, E., & de Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, (43-44). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s113576062006000100006&script=sci_arttext&tlng=en
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2005). Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos del abuso sexual infantil. Recuperado de http://www.criminalisticaforense.com/images/Concepto_y_efec._patol_gicos_del_ASI.pdf
- Filipas, H., H., & Ullman, S., E. (2006). Child Sexual Abuse, Coping Responses, Self-Blame, Posttraumatic Stress Disorder, and Adult Sexual Revictimization. *Journal of Interpersonal Violence* 21(5) 652-672. <https://doi.org/10.1177/0886260506286879>
- Fuertes, F., Sandoval, J., Torres, D., & Ruiz, I. (2017). Victimización secundaria en niños, niñas y adolescentes sujetos de atención del Centro de Defensa Jurídico Infante Juvenil (CEDEIJ) de Concepción. *Revista Electrónica de Trabajo Social*, (15), 45-51. Recuperado de <https://www.revistatsudec.cl>
- Gava, L. L., da Silva, D. G., & Dell'Aglio, D. D. (2013). Sintomas e quadros psicopatológicos identificados nas perícias em situações de abuso sexual infanto-juvenil. *Psico*, 44(2), 9.

- Ghahari, S., & Rad, M. M. (2018). Effectiveness of forgiveness skill on anxiety and depression among women victims of sexual abuse in childhood. *Asian Journal of Psychiatry*, 34, 84. doi:10.1016/j.ajp.2018.04.014
- Goldfarb, L. A., (1987). Sexual abuse antecedent to anorexia nervosa, bulimia, and compulsive overeating: Three case reports. *International journal of Eating Disorders*, Vol. 6, No. 5, 675-680. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198709\)6:5<675::AID-EAT2260060512>3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198709)6:5<675::AID-EAT2260060512>3.0.CO;2-R)
- Gómez, C. L. G., Bernal, M. T. M., & Vélez, L. P. M. (2008). Historia de abuso sexual y su relación con depresión, autoestima y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de media vocacional del municipio de Caldas Antioquia, Colombia. 2007. *Revista CES Medicina*, 22(1), 17-27.
- González, J. H., Miranda, Ma. A., & Bezanilla, J. M. (2016). Revictimización: Definición, causas, consecuencias y modos de prevención en individuos sometidos a Violaciones a los Derechos Humanos (Borrador ed.). <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2787.1129>
- Görg, N., Priebe, K., Böhnke, J. R., Steil, R., Dyer, A. S., & Kleindienst, N. (2017). Trauma-related emotions and radical acceptance in dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder after childhood sexual abuse. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(1). doi:10.1186/s40479-017-0065-5
- Habigzang, L. F., Hatzenberger, R., Dala Corte, F., Stroehrer, F., & Koller, S. (2008). Avaliação de um modelo de intervenção psicológica para meninas vítimas de abuso sexual. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(1), 67–75. Doi:10.1590/s0102-37722008000100008
- Habigzang, L. F., Koller, S. (2013). Evaluation of the therapeutic process in cases of sexual abuse. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(2) 201-210. DOI: <http://dx.doi.org/10.14349/rlp.v45i2.1052>

- Habigzang, L. F., Stroehrer, F., H., Hatzenberger, R., Cunha, R., C., Ramos, M., S., Koller, S. (2009). Cognitive behavioral group therapy for sexually abused girls. *Revista de Saúde Pública*, 43(1). Doi:10.1590/s0034-89102009000800011
- Hall, C. A., & Henderson, C. M. (1996). Cognitive processing therapy for chronic PTSD from childhood sexual abuse: A case study. *Counselling Psychology Quarterly*, 9(4), 359–371. doi:10.1080/09515079608258714
- Herrera, C. R., & Parra, A. F. (2011). Abuso sexual infantil: una revisión con base en pruebas empíricas. *Psicología conductual*, 19(1), 7.
- Horno, P., Santos, A. y Molino, C. (2001). Abuso sexual infantil: manual de formación para profesionales. Madrid: *Save the Children* España. Recuperado de https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual_abuso_sexual.pdf
- Kearney-Cooke, A., & Striegel-Moore, R. H. (2010). Treatment of childhood sexual abuse in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A feminist psychodynamic approach. *International Journal of Eating Disorders*, 15(4), 305–319. doi:10.1002/eat.2260150402
- Kern, J., M. & Hastings, T., (1995). *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 51, No. 4. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199507\)51:4<499::AID-JCLP2270510405>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199507)51:4<499::AID-JCLP2270510405>3.0.CO;2-J)
- Labrador, F. J., Vallejo, M. Á., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A., & Fernández-Montalvo, J. (2003). La eficacia de los tratamientos psicológicos. *Infocop*, nº 84, 2003.
- Lago Barney, G. y Céspedes Londoño, J. A. (s.f.). Abuso sexual infantil. Recuperado de https://www.academia.edu/15039737/Abuso_infantil
- Lameiras, M., Carrera, M. V., & Failde, J. M. (2008). Abusos sexuales a menores: Estado de la cuestión a nivel nacional e internacional. *Revista d'estudis de la violència*,

(6). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/28252302_Abusos_sexuales_a_menores_estado_de_la_cuestion_a_nivel_nacional_e_internacional

Léonard, S., Steiger, H., & Kao, A. (2003). Childhood and adulthood abuse in bulimic and nonbulimic women: Prevalences and psychological correlates. *International Journal of Eating Disorders* 33(4) 397-405. <https://doi.org/10.1002/eat.10176>

López, E. E., Gutiérrez, T. I. J., Ochoa, G. M., Ferrer, B. M., Piqueres, M. G., Caballero, M. J. C., ... & Ruiz, D. M. (2016). Intervención psicoeducativa en el ámbito familiar, social y comunitario Colección: Didáctica y Desarrollo. Ediciones Paraninfo, SA.

López, F., Carpintero, E., Hernández, A., Martín, M. J., & Fuertes, A. (1995). Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1039-1050. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/014521349500066H>

López, F.; Hernández, A. y Carpintero, E. (1995): «Los abusos sexuales de menores: Concepto, prevalencia y efectos», *Infancia y Aprendizaje*, 71, pp. 77-98.

Lorenz, T. A., Pulverman, C. S., & Meston, C. M. (2012). 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. *Cognitive Therapy and Research*, 37(4), 690–696. doi:10.1007/s10608-012-9510-3

Losada, A. V. (2011). Abuso sexual infantil y patologías alimentarias [en línea]. Tesis de Doctorado, Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía.

Losada, A. V., Saboya, D. Abuso sexual infantil: trastornos de la conducta alimentaria y su tratamiento [en línea]. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. 2013, 3 (2). ISSN: 1688-7026. Recuperado de: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/9184>

- Matulis, S., Resick, P. A., Rosner, R., & Steil, R. (2013). Developmentally Adapted Cognitive Processing Therapy for Adolescents Suffering from Posttraumatic Stress Disorder after Childhood Sexual or Physical Abuse: A Pilot Study. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(2), 173–190. doi:10.1007/s10567-013-0156-9
- Méndez, X., Moreno, P. J., Sánchez–Meca, J., Olivares, J., & Espada, J. P. (2000). Eficacia del tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: una revisión cualitativa y cuantitativa de dos décadas de investigación. *Psicología Conductual*, 8(3), 487-510.
- Méndez, X., Rosa, A. J., Montoya, M., Espada, J. P., Olivares, J., & Sánchez-Meca, J. (2002). Tratamiento Psicológico de la Depresión Infantil. *Psicología conductual*, 10(3), 563-580.
- Merrill, L. L., Guimond, J. M., Thomsen, C. J., & Milner, J. S (2003). Child Sexual Abuse and Number of Sexual Partners in Young Women: The Role of Abuse Severity, Coping Style, and Sexual Functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71(6) 987–996. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.987>
- Moyer, D., M., DiPietro, L., Berkowitz, R., I. & Stunkard, A., J. (1997). Childhood sexual abuse and precursors of binge eating in an adolescent female population. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 21, No. 1, 23–30. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199701\)21:1<23::AID-EAT3>3.0.CO;2-5](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199701)21:1<23::AID-EAT3>3.0.CO;2-5)
- Palmer, R., L. & Oppenheimer, R., (1992). Childhood sexual experiences with adults: A comparison of women with eating disorders and those with other diagnoses. *International journal of Eating Disorders*, Vol. 12, No. 4, 359-364. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199212\)12:4<359::AID-EAT2260120403>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199212)12:4<359::AID-EAT2260120403>3.0.CO;2-O)
- Paraventi, F., Claudino, A., Morgan, C., & Mari, J. (2011). Estudo de caso controle para avaliar o impacto do abuso sexual infantil nos transtornos alimentares. *Archives of*

Clinical Psychiatry (São Paulo), 38(6), 222-226. DOI:
<https://doi.org/10.1590/s0101-60832011000600002>

Pereda, N., & Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect*, 31(4), 417-426.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.08.010>

Poleshuck, E. L., Talbot, N. L., Su, H., Tu, X., Chaudron, L., Gamble, S., & Giles, D. E. (2009). Pain as a predictor of depression treatment outcomes in women with childhood sexual abuse. *Comprehensive Psychiatry*, 50(3), 215–220. doi:10.1016/j.comppsy.2008.08.001

Ramírez, C. (2008). Consecuencias del abuso sexual en el desarrollo psicológico en la infancia y adolescencia. Recuperado de
<https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/2295/17721465.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

RINCÓN, P., COVA, F., BUSTOS, P., AEDO, J., & VALDIVIA, M. (2010). Estrés postraumático en niños y adolescentes abusados sexualmente. *Revista chilena de pediatría*, 81(3), 234-240. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062010000300006>

Rodríguez, Y., Aguiar, B. A., & Garcia, I. (2012). Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil. *Eureka*, 9(1), 58-68. Recuperado de
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eureka/v9n1/a07.pdf>

Romans, S., E., Gendall, K., A., Martin, J., L., & Mullen, P., E. (2001). Child sexual abuse and later disordered eating: A New Zealand epidemiological study. *International Journal of Eating Disorders* 29(4) 380-392.
<https://doi.org/10.1002/eat.1034>

Rosenthal, M., Z., Rasmussen, M., L., Palm, K., M., Batten S., V., & Follette, V., M. (2005). Chronic Avoidance Helps Explain the Relationship Between Severity of Childhood Sexual Abuse and Psychological Distress in Adulthood. *Journal of*

Child Sexual Abuse, 14:4, 25-41. https://doi.org/10.1300/J070v14n04_02

Rosner, R., Rimane, E., Frick, U., Gutermann, J., Hagl, M., Renneberg, B., ... Steil, R. (2019). Effect of Developmentally Adapted Cognitive Processing Therapy for Youth With Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder After Childhood Sexual and Physical Abuse. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.4349

Runtz M., G., & Schallow, J., S. (1997). Social support and coping strategies as mediators of adult adjustment following childhood maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 21(2) 211-226. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(96\)00147-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(96)00147-0)

Schmidt, U., Humfress, H. & Treasure, J. (1997). The role of general family environment and sexual and physical abuse in the origins of eating disorders. *European Eating Disorders Review* 5(3), 184-207. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0968\(199709\)5:3<184::AID-ERV203>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0968(199709)5:3<184::AID-ERV203>3.0.CO;2-B)

Shapiro D., L., & Levendosky, A., A.(1999). Adolescent survivors of childhood sexual abuse: the mediating role of attachment style and coping in psychological and interpersonal functioning. *Child Abuse & Neglect*. 23(11) 1175–1191. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(99\)00085-X](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(99)00085-X)

Sinclair, C., & Martínez, J. (2006). Culpa o Responsabilidad: Terapia con Madres de Niñas y Niños que han Sufrido Abuso Sexual. *Psyke*, 15(2), 25-35. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282006000200003

Smolak, S., Levine, M. P., Sullis, E., (1990). Are child sexual experiences related to eating-disordered attitudes and behaviors in a college sample?. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 9, No. 2, 167-178. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199003\)9:2<167::AID-EAT2260090206>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199003)9:2<167::AID-EAT2260090206>3.0.CO;2-W)

Sosa, Maria Rita, Montes, Andrea, Camaron, Liliana Beatriz y Vieyto, Alicia Beatriz (2010). El proceso de victimización secundaria en niños víctimas de agresión

sexual intrafamiliar. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-031/551>

Steel, J., Sanna, L., Hammond, B., Whipple, J., & Cross, H. (2004). Psychological sequelae of childhood sexual abuse: abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse & Neglect* 28 785–801. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.12.004>

Steil, R., Dyer, A., Priebe, K., Kleindienst, N., & Bohus, M. (2011). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: A pilot study of an intensive residential treatment program. *Journal of Traumatic Stress*, 24(1), 102–106. doi:10.1002/jts.20617

Tobin, D., L., Molteni, A., L., & Elin, M., R. (1995). Early trauma, dissociation, and late onset in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 17, No. 3, 305-308. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199504\)17:3<305::AID-EAT2260170312>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199504)17:3<305::AID-EAT2260170312>3.0.CO;2-F)

Tomas, J. (2007). Trastorno depresivo infantil. *Centre Londres*, 94.

Tremblay, C., Hebert, M., & Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect* 23(9) 929–945. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(99\)00056-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(99)00056-3)

Turnbull, S., J., Troop, N., A. & Treasure, J., L. (1997). The prevalence of post-traumatic stress disorder and its relation to childhood adversity in subjects with eating disorders. *European Eating Disorders Review* 5(4), 270-277. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0968\(199712\)5:4<270::AID-ERV212>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0968(199712)5:4<270::AID-ERV212>3.0.CO;2-3)

Ventura, M. (2006). La desensibilización y el reprocesamiento por medio de movimientos

oculares [EMDR] en el tratamiento del trauma emocional [Eye Movement Desensitization and Reprocessing [EMDR] for the treatment of emotional trauma]. *Psicología Conductual Revista Internacional de Psicología Clínica de la Salud*, 14(3), 387–400.

Vrabel, K. R., Hoffart, A., Rø, Ø., Martinsen, E. W., & Rosenvinge, J. H. (2010). Co-occurrence of avoidant personality disorder and child sexual abuse predicts poor outcome in long-standing eating disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(3), 623–629. doi:10.1037/a0019857

Wagenmans, A., Van Minnen, A., Sleijpen, M., & De Jongh, A. (2018). The impact of childhood sexual abuse on the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1430962. doi:10.1080/20008198.2018.1430962

Wagenmans, A., Van Minnen, A., Sleijpen, M., & De Jongh, A. (2018). The impact of childhood sexual abuse on the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1430962. doi:10.1080/20008198.2018.1430962

Wolfsdorf, B. A., & Zlotnick, C. (2001). Affect management in group therapy for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 169–181. doi:10.1002/1097-4679(200102)57:2<169::aid-jclp4>3.0.co;2-0

Wonderlich, S., A., & Crosby R., D. (2001). Food presentation and energy intake in a feeding laboratory study of subjects with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders* 30(4) 441-446. <https://doi.org/10.1002/eat.1105>

Wonderlich, S., A., Wilsnack, R., W., Wilsnack, S., C., & T R Harris, T., R. (1996) School of Medicine, University of North Dakota, Fargo 58102, USA. “Childhood sexual abuse and bulimic behavior in a nationally representative sample.”, *American Journal of Public Health* 86, no. 8_Pt_1 pp. 1082-1086. https://doi.org/10.2105/AJPH.86.8_Pt_1.1082

Yamamoto, D. (2015). La Guía del Asesor: Cómo trabajar con padres de niños que han sufrido agresión sexual. Enola, PA: Centro Nacional de Recursos para la Violencia Sexual. Recuperado de https://www.nsvrc.org/sites/default/files/2015-07/publications_nsvrc-guides_la-guia-del-asesor-como-trabajar-con-padres-de-ninos.pdf