

Artículo de revisión

Psicoterapia cognitivo-conductual aplicada al estrés postraumático causado por abuso sexual infantil en mujeres adultas

Cognitive behavioral psychotherapy applied to post-traumatic stress caused by child sexual abuse in adult women

Andrea Vanessa Hurtado¹ <https://orcid.org/0000-0001-9077-2634/>

Yenima de la Caridad Hernández² <https://orcid.org/0000-0003-3856-5974.>

¹Universidad Católica de Cuenca - Unidad Académica de Posgrados, Cuenca, Ecuador.

²Universidad Católica de Cuenca - Unidad Académica de Posgrados, Cuenca, Ecuador.

Autor/a para la correspondencia: andreavhc111@hotmail.com/

RESUMEN

El abuso sexual infantil es un grave problema de salud pública; las estadísticas reportan su alta prevalencia alrededor del mundo, siendo las víctimas mayormente mujeres. Además, se identifica el bajo índice de denuncias realizadas en torno a este tema. En este contexto, se realizó una revisión bibliográfica que tuvo por objetivo presentar la mayor evidencia disponible de la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual, para el tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático en mujeres adultas víctimas de Abuso Sexual Infantil. La búsqueda de artículos científicos se realizó mediante las bases de datos de PubMed, Scopus, Web of Science, Scielo y Redalyc entre 2005 y 2021. Se encontró un total de seis ensayos clínicos, cuyos resultados demuestran que la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales disminuye la sintomatología relacionada con el estrés. Sin embargo, aspectos identificados como la escasez de estudios recientes, el empleo de muestras pequeñas y la aplicación de este modelo terapéutico conjuntamente con otros tipos de terapias, así como la carencia de protocolos de atención a esta problemática, limitan la posibilidad de generalizar estos resultados.

Palabras claves: Terapia Cognitivo-Conductual, abuso sexual infantil, trastornos por estrés postraumático, adultos sobrevivientes de abuso infantil

ABSTRACT

Child sexual abuse is a severe public health issue. Statistics have reported the high rate of prevalence around the world, mostly female victims. Additionally, a low index of lawsuits made

on this subject was identified. In this context, a bibliographic review was carried out, which aimed to show evidence of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy for post-traumatic stress disorder treatment in adult women victims of Child Sexual Abuse. The research of some scientific articles was carried out using PubMed, Scopus, Web of Science, Scielo, and Redalyc databases from 2005 to 2021. A total of six clinical trials were found, which show that the application of behavioral-cognitive techniques reduces stress-related symptoms. Nevertheless, aspects identified as the scarcity of recent studies, the use of small samples and the application of this therapeutic model with other types of therapies, and the lack of protocols of attention to this problem have limited the possibility of concluding these results.

Key words: Cognitive Behavioral Therapy, child sexual abuse, post-traumatic stress disorder, adult survivors of child abuse.

Introducción

El abuso sexual infantil, de ahora en adelante denominado ASI, es considerado como un problema de salud pública mundial y como una forma grave de violencia contra niños, niñas y adolescentes. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) señala que la conducta sexual es progresiva: inicialmente se manifiesta de forma encubierta, como hablar al menor sobre su sexualidad, brindar detalles explícitos sobre la sexualidad del adulto o realizar chistes sobre el cuerpo del menor para posteriormente llegar al contacto sexual. Dentro de las conductas propias de ASI están: la utilización del menor en pornografía infantil, tocamiento de partes íntimas, el contacto oral-genital por parte del adulto al menor y viceversa, el contacto genital con o sin penetración (puede incluir dedos u objetos) y el coito (1).

Con base en lo antes descrito, este tipo de violencia frecuentemente es ejercida por un adulto; según la organización internacional Save the Children (STC), debe existir una diferencia de al menos cinco años entre la víctima y el abusador o presentar coerción (2), mientras que UNICEF señala la importancia de determinar la dinámica de la conducta para prescribir la existencia de ASI; es decir, analizar la existencia de asimetría de poder, de conocimiento y de gratificación (1). Además, señala que generalmente el abuso ocurre en el entorno cercano al menor y que en la mayoría de los casos el abusador es hombre, existiendo una mayor prevalencia a que las víctimas sean niñas (3,4).

Datos recolectados a nivel mundial por la UNICEF revelan la alta incidencia de ASI, ya que existen alrededor de 120 millones de niñas de 195 países que han experimentado este tipo de

abuso (5). Dentro del contexto europeo, la organización internacional Council of Europe (CoE) estima que uno de cada cinco niños ha sufrido abuso sexual y que entre el 75 % y 85 % de las víctimas conocían a su agresor (6), mientras que, en los Estados Unidos, el Bureau of Justice Statistics (BJS) señala que una de cada nueve niñas y uno de cada cincuenta y tres niños han sufrido de este tipo de abuso y que 57 329 menores han sido víctimas de violencia sexual (7). En el contexto latinoamericano, la UNICEF calcula que 1.1 millones de niñas entre 15 y 19 años han sufrido violencia sexual incluso desde la infancia (8).

Sin embargo, gran parte de los casos no son denunciados. Una investigación realizada por STC considera que solo el 15 % de los abusos perpetrados a menores en España son revelados (9). Ante esta situación, UNICEF señala varios justificativos que llevan a la víctima a ocultar este hecho, entre los que se destacan: a) amenazas al menor o su familia, b) temor a ser estigmatizados, c) sentir culpabilidad y vergüenza, d) ausencia de credibilidad y desconfianza en el sistema judicial (10). Además, la mayoría de los agresores actúan a escondidas, lo que evita que los casos sean expuestos y, por lo tanto, que las víctimas no reciban apoyo psicológico adecuado. En América del Sur, estudios realizados en Brasil demuestran que los menores que realizan una denuncia posteriormente se retractan debido a la negligencia de las personas a cargo del menor y el alto número de entrevistas realizadas (11).

Lo mencionado anteriormente permite prever que las víctimas de ASI posiblemente desarrollarán trauma psicológico a largo plazo (12). Asimismo, existen estudios que demuestran que el ASI está relacionado con causas de mortalidad en la adultez y con la adquisición de conductas sexuales de riesgo (13), con abuso de sustancias, trastornos de personalidad y violencia interpersonal (14), con una desregulación emocional y el incremento de psicopatologías (15). Varios estudios coinciden en que entre las consecuencias más frecuentes que sobresalen a esta problemática están: el Trastorno por Estrés Postraumático (de ahora en adelante abreviado como TEPT), la Depresión y la sintomatología ansiosa (16-24).

Por tanto, la posibilidad de desarrollar TEPT en víctimas de abuso de sexual prevalece a escalas mayores a las problemáticas sufridas en contextos traumáticos diferentes a la antes mencionada, desarrollando así pensamientos intrusivos que modifican su conducta (25). De acuerdo con la American Psychiatric Association (APA), este trastorno posee una etiología específica que aparece ante determinadas circunstancias, lo cual desencadena la aparición de síntomas como revivir el trauma, la evasión a estímulos que se relacionan con el acontecimiento, alteraciones a nivel cognitivo y el mantenimiento de un constante estado de

alerta (26). El-Mosri y colaboradores señalan que los pacientes con TEPT experimentan distorsiones cognitivas que modifican la percepción que tienen de su ambiente, interpretando consecuentemente los hechos como circunstancias que continúan siendo amenazantes aun con el transcurso del tiempo (27).

Con base en lo anterior y en busca de una posible solución a esta problemática, se plantea la aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual, referida en este documento como TCC, terapia avalada empíricamente como tratamiento para el TEPT por la American Psychological Association - Division 12 (28), que data de la década de los setenta, como la segunda generación de terapias conductuales para tratar problemas de salud mental (29). Se considera un procedimiento estructurado, funcional, breve y directivo, focalizado en el trabajo con pensamientos, conductas y emociones que se presentan como comportamientos desadaptativos, desarrollado entre diez y veinte sesiones, siendo observable la reducción de síntomas después de la cuarta semana (30).

Dentro de la TCC se utilizan técnicas o modalidades que tienen como objetivo trabajar el trauma, entre estas: la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC), que sugiere que la asimilación, reelaboración y adaptación afectiva son fundamentales para la recuperación del trauma; la Reestructuración Cognitiva (RC), por medio de la cual la persona identifica creencias distorsionadas que son las responsables de la mantención del malestar emocional; y entre las más utilizadas para TEPT está la técnica de Exposición Prolongada (EP), a través de la cual se intenta acercar al paciente a sus miedos relacionados con el trauma, considerando que al enfrentarlos disminuirá la sintomatología TEPT (31).

Dentro de este contexto, se han desarrollado pocos estudios con el objetivo de buscar tratamientos para el TEPT relacionado con el ASI en mujeres adultas, aun conociendo que esta población muestra una severa complejidad de síntomas más allá del trauma. En un meta-análisis realizado sobre siete artículos de ensayos clínicos aleatorizados (ECA), Dorrepaal y colaboradores intentaron buscar tratamientos basados en la evidencia que reduzca la sintomatología del TEPT relacionado con el abuso sexual en la infancia, obteniendo que la TCC es una terapia predominantemente eficaz para tratar este trastorno asociado al ASI, incluyendo técnicas de RC, regulación afectiva, entrenamiento de habilidades, técnicas de exposición y tratamiento grupal (32).

Por lo tanto, en virtud de lo expuesto, según la alta prevalencia de casos de violencia sexual infantil en mujeres y el bajo porcentaje de víctimas que han recibido tratamiento

psicoterapéutico y que han sobrellevado el trauma a lo largo del tiempo hasta llegar a la adultez, la presente revisión bibliográfica tiene como objetivo presentar la evidencia disponible de la eficacia de la TCC como posible tratamiento para el TEPT en mujeres adultas víctimas de ASI.

Metodología

Con la intención de aproximar un reconocimiento de la efectividad de la TCC sobre el TEPT en víctimas mujeres abusadas sexualmente a edad temprana, se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scopus, Web of Science, Scielo y Redalyc. Al utilizar la terminología Decs y Mesh, se establecieron como palabras claves «Terapia Cognitivo Conductual», «Abuso Sexual Infantil», «Trastorno por Estrés Postraumático» y «adultos sobrevivientes de abuso infantil» en español, así como «Cognitive Behavioral Therapy», «Child Sexual Abuse», «Post-Traumatic Stress Disorder» y «adult survivors of child abuse» en inglés (tabla 1).

TABLA 1. BÚSQUEDA REALIZADA EN LAS BASES DE DATOS.

Bases de datos	Web of Science	Scopus	PubMed	SciELO	Redalyc
Artículos relacionados con los descriptores clave	29	63	9	2	3
Artículos pre seleccionados de acuerdo con la lectura de títulos	10	19	5	2	2
Artículos seleccionados según los criterios de inclusión	0	1	4	1	0

Nota: Elaboración propia.

Se incluyeron los artículos que cumplieron con los siguientes criterios: ensayos clínicos en personas adultas con diagnóstico de TEPT, establecido por el *Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM)* (26) y relacionado con el abuso infantil, que fueron

publicados en revistas científicas en inglés o español entre 2005 y 2021. Se excluyeron tesis de pregrado, capítulos de libros y entrevistas a profesionales. La información obtenida de la búsqueda bibliográfica se organizó según los siguientes temas: autor, país, año de publicación, número de participantes, asignación a los grupos (experimental y control), seguimiento postratamiento, instrumentos para evaluar la patología y resultados obtenidos.

Resultados

A continuación, se presentan estudios que señalan la aplicación de la TCC en pacientes con diagnóstico de TEPT asociado al abuso infantil, en comparación con otros tratamientos o con la lista de espera (grupo que no recibe TCC, pero que posteriormente se lo incluirá en el e describirán las particularidades de seis ensayos clínicos aleatorizados y no aleatorizados incluidos en esta revisión (tabla 2).

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS.

Autores	País	Año	Grupo Experimental (N)	Grupo Control (N)	Seguimiento (meses)	Herramientas	Resultados
Foa et al.	EEUU	2005	EP = 79	Lista de espera = 26	3, 6 y 12 meses	PSS-I	EP y EP/RC resultaron igualmente eficaces en comparación con la lista de espera.
			EP + RC = 74				
McDonagh et al.	EEUU	2005	TCC = 29	Lista de espera = 23	3 y 6 meses	CAPS	TCC Y TCP disminuyeron la gravedad síntomas de TEPT.
			TCP = 22				TCC más eficaz para la remisión síntomas de TETP que

							TCP y lista de espera.
Cloitre et al.	EEUU	2010	EHARI + E = 33	CA + E = 33	3 y 6 meses	CAPS	EHARI/E más eficaz que TA/E para la remisión y síntomas de TEPT y para la mantención de un diagnóstico sin TEPT.
				EHARI + CA = 38			
Resick et al.	EEUU	2012	TCC + E = 63	-	-	PSS y CAPS	EP ligeramente superior sin llegar la significancia estadística sobre TPC.
			TCC+TPC = 63				
Sarasua et al.	País Vasco	2013	TCC= 131	-	1, 3 6 y 12 meses	EGS	TCC eficaz para la reducción de síntomas de TEPT.

Wagenmans et al.	Países Bajos	2018	EP + EMDR = 165	-	-	PSS y CAPS adaptados	Disminución de síntomas con tratamiento combinado EP + EMDR, el ASI no tiene efecto perjudicial sobre la terapia.
------------------	--------------	------	-----------------	---	---	----------------------	---

Nota. CA = Consejería de Apoyo; CAPS = Escala de estrés postraumático administrada por un médico; E = Exposición; EHARI = Entrenamiento de habilidades en afecto y regulación emocional; EGS = Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático; EMDR = Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular; EP = Exposición Prolongada; PSS-I = Escala de Síntomas de Estrés Postraumático; RC = Reestructuración Cognitiva; TCC = Terapia Cognitivo Conductual; TCP = Terapia Centrada en el Presente; TPC = Terapia de Procesamiento Cognitivo.

Fuente: Elaboración propia.

En un ECA realizado en los Estados Unidos por Foa y colaboradores tuvo como objetivo determinar que la TCC, con apoyo de técnicas de Exposición Prolongada (EP) y EP más RC (EP/RC), alcanzan mejores resultados que la lista de espera (33), para lo cual se tomó una muestra de 179 mujeres adultas con diagnóstico de TEPT relacionado con una agresión sexual o con el ASI, quienes fueron asignadas aleatoriamente a nueve o doce sesiones y con un seguimiento posterior de tres, seis y doce meses. Las sesiones de EP consistieron en: sesión 1 (descripción del tratamiento y entrenamiento en respiración); sesión 2 (psicoeducación, exposición *in vivo* de jerarquía gradual); sesión 3 (exposición imaginal); sesiones 4-12 (revisión de tareas, exposición imaginal); sesión final (retroalimentación del progreso). Para las sesiones EP/RC se realizó igual procedimiento con dos variantes: en la sesión 3 se explicó que la sintomatología traumática se mantiene por los pensamientos, y en la sesión 4 se inició la exposición imaginal.

Los resultados obtenidos a través de la Escala de Síntomas de Estrés Postraumático (PSS-I) demuestran puntuaciones altas para la lista de espera en comparación con EP ($t_{75} = 7.9, p < .001$) y con EP/RC ($t_{67} = 7.3, p < .001$). Además, no existe una diferencia significativa entre ambas condiciones experimentales ($t_{95} < 1.0, ns$), siendo igualmente eficaces para la reducción de sintomatología de TEPT. Asimismo, del total de la muestra solo 96 participantes terminaron el tratamiento, 40 de ellos lo finalizaron en la sesión 8 por ya no presentar sintomatología y 56 terminaron entre las sesiones 10 y 12, así pues, en el grupo de tratamiento corto, se demostró la reducción de síntomas desde pretratamiento hasta la sesión 8 ($t_{39} = 15.6, p < .001$); de igual forma ocurrió en el grupo de tratamiento largo, se produjo reducción leve de síntomas desde el pretratamiento a la sesión 8 ($t_{54} = 7.4, p < .001$), pero aún más reducción desde la sesión 8 hasta el postratamiento ($t_{54} = 7.5, p < .001$); en el periodo de seguimiento el 79.8 % de las participantes mostraron puntuaciones bajas para la prueba PSS (33).

En otro ECA realizado en los Estados Unidos por McDonagh y otros, cuyo objetivo fue comparar la eficacia de la TCC sobre la Terapia Centrada en el Presente (TCP) y la lista de espera, se obtuvo una muestra de 74 mujeres que cumplían con un diagnóstico de TEPT relacionados con el ASI, las mismas que fueron asignadas a estos tres grupos durante catorce sesiones (34); el tratamiento de TCC se basó en el manual de Foa y colaboradores de 1999 (35), y en este modelo se trabajó con siete sesiones iniciales de dos horas, con el objetivo de disminuir niveles de ansiedad producto de la exposición; en las siete últimas sesiones se trabajó específicamente con EP, exposición *in vivo*, RC y psicoeducación durante una hora y media, mientras que la TCP se basó en el manual de Annmarie McDonagh y otros.

En esta investigación se utilizó como medida la Escala del Trastorno de Estrés Postraumático administrada por el Clínico (CAPS), en la cual, en un análisis completo, se identificó que el 47.1 % de las participantes de TCC ya no cumplían criterios para el diagnóstico de TEPT, en comparación con el 35 % de TCP y 20 % en lista de espera [$X^2(2, N = 57) = 3.07, ns$]. Posteriormente se realizaron seguimientos de tres y seis meses, en los que 82.4 % de las mujeres que se encontraban en la condición TCC y el 42.1 % en condición de TCP no mostraban criterios para TEPT [$X^2(1, N = 36) = 6.12, p < .01$] durante los tres meses, mientras que a los seis meses el 76.5 % de participantes de TCC y 42.1% en TCP ya no presentaban diagnóstico de TEPT [$X^2(1, N = 36) = 4.36, p < .05$], resultando ser la TCC más eficaz que TCP y la lista de espera, a pesar de que las dos condiciones experimentales mostraron reducción de sintomatología del TEPT (34).

En otro ECA, también llevado a cabo en los Estados Unidos por Cloitre y colaboradores en 2010 (36), se deseaba demostrar que la TCC, específicamente las técnicas de exposición, obtiene mejores resultados si se realiza previamente regulación emocional, para lo cual tomaron una muestra de 104 mujeres entre 18 y 65 años, con un diagnóstico de TEPT asociado al abuso sexual infantil. Las integrantes fueron asignadas aleatoriamente a tres condiciones de dieciséis sesiones cada una: 1) Entrenamiento de Habilidades en Afecto y Regulación Interpersonal más Exposición (EHARI/E), 2) Consejería de Apoyo seguido de Exposición (CA/E) y 3) Entrenamiento de Habilidades seguido de Consejería de Apoyo (EHARI/TA). El EHARI/E consistió en cuatro sesiones de entrenamiento de habilidades, cuatro de regulación emocional y ocho para técnicas de exposición; este último se basó en la EP.

Al finalizar el tratamiento, el diagnóstico de TEPT tuvo una remisión de síntomas según la medida utilizada de CAPS, siendo el EHARI/E el que más proporción obtuvo (61 %), comparado con la EHARI/CA (47 %) y el CA/E (33 %); después de someterse a la revisión por pares, se concluye que la remisión de sintomatología es más significativa para la condición EHARI/E ($c2 = 4.37$, $gl = 1$, $p = 0.04$). Posteriormente, se realizó un seguimiento de tres y seis meses: el 55 % de los integrantes de EHARI/E, el 37 % de EHARI/CA y el 21 % de CA/E mantuvieron la remisión de síntomas, mientras que la remisión completa fue mayor para EHARI/E (24 %) en comparación con el EHARI/CA (13 %) y el CA/E (0 %); asimismo, la revisión de pares señaló que existe una mayor probabilidad (Odds ratio > 10, $p < 0.001$) de que se mantenga la remisión de síntomas para EHARI/E en comparación con CA/E (36).

En un estudio de seguimiento a largo plazo (ESLP), realizado por Resick y otros en los Estados Unidos, se intentó demostrar el impacto de la TCC en un trascurso promedio de seis años posteriores a un ECA (37); la muestra de la investigación inicial fue de 171 mujeres con diagnóstico de TEPT relacionado con el abuso sexual, de las cuales 126 formaron parte de este ESPL y solo 119 realizaron la evaluación completa. Se aplicaron dos tratamientos en trece horas de sesiones organizadas dos veces por semana; la EP consistió en dos sesiones iniciales de una hora y siete de noventa minutos, distribuidos en cuarenta y cinco minutos dedicados a escuchar las sesiones grabadas de exposición y cuarenta y cinco minutos para la aplicación de exposición *in vivo*, mientras que la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC) tuvo diez sesiones de una hora y dos de noventa minutos.

Los resultados obtenidos en este seguimiento, después de aplicar la medida PSS, demostraron que para la condición TPC no se observaron cambios significativos después de los obtenidos en el ensayo original, mientras que para EP se observó una ligera reducción de síntomas (p

.06); el CAPS fue otra de las medidas utilizadas, en el que no se demostraron cambios significativos entre las participantes. Asimismo, en este estudio se analizó la posibilidad de que las participantes sufrieran recaídas, por lo cual solo se evaluó a las mujeres que, al terminar el tratamiento, ya no tenían un diagnóstico de TEPT; este seguimiento arrojó que, en TPC, de las 39 mujeres que se recuperaron, 8 tuvieron una recaída, mientras que, para EP, de las 36 mujeres 2 presentaron recaída (37).

En un estudio unicéntrico realizado en el País Vasco por Sarasua y colaboradores en 2013, en el cual se evaluó un programa individual de TCC para mujeres víctimas de ASI, la muestra fue de 131 mujeres adultas de entre 18 y 54 años, y el 44.6 % presentaron diagnóstico de TEP (38). Las participantes recibieron TCC en doce sesiones individuales de una hora durante tres meses; el tratamiento consta de dos fases: la primera puntualiza aspectos emocionales como el establecimiento del rapport y catarsis; la segunda se centra en el tratamiento a las consecuencias psicopatológicas a través de la psicoeducación, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y la reevaluación cognitiva. La valoración se realizó en el pretratamiento, postratamiento y en el seguimiento de uno, tres, seis y doce meses.

Del total de la muestra, solo el 71.9 % terminó el tratamiento, existiendo un abandono de 28.1 %. La eficacia del procedimiento se midió utilizando la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS); la tasa de mejoría para este trastorno fue de 90.7 %, obteniendo que, de las 43 mujeres que presentaban diagnóstico de TEPT, 39 mostraron remisión de sintomatología característica de esta condición. Asimismo, durante las evaluaciones de seguimiento se mantuvo la tasa de éxito, demostrando la eficacia de la TCC sobre este trastorno, consiguiendo una remisión completa de 88.37 % en un mes, 81.39 % en tres, 79.06 % en seis meses y 74.42 % a los doce meses (38).

En otro ensayo clínico no aleatorizado, realizado en los Estados Unidos por Wagenmans y otros, se analizó si el ASI era un factor de riesgo para obtener resultados desfavorables durante un tratamiento centrado en el trauma (39). Este estudio obtuvo una muestra de 165 participantes adultos con diagnóstico de TEPT: el 71.5 % de esta muestra corresponde a mujeres, y de este porcentaje el 87.5 % padecía de TEPT relacionado con el ASI; el resto presentaba otro tipo de traumas. El tratamiento se basó en un total de 16 sesiones, en las que los participantes recibieron dos tratamientos a la vez: 1) EP siguiendo el manual de Foa y otros de 2007 (40), con una duración de noventa minutos por la mañana; y 2) Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR), en sesiones de

noventa minutos durante la noche. Sumado a este tratamiento, los participantes asistieron a lecciones de ejercicio físico y psicoeducación.

Al finalizar el tratamiento, los resultados demostraron mejoras significativas y grandes tamaños de efecto para las dos condiciones, según las medidas utilizadas del CAPS [$F(1,164) = 301.67, p = .001, Cohen's d = 1.70$] y PSS [$F(1,151) = 194.20, p = .001, Cohen's d = 1.35$], por lo que la EP es igualmente efectiva que el EMDR. Además, se evidenció que los participantes del grupo ASI mostraron igual reducción de síntomas a lo largo del tratamiento en el CAPS, comparado con otros traumas [$F(3,160) = 1.53, p = .21, \eta^2_p = .03_1$], mientras que, para el PSS, se comparó la sintomatología desde el primer día hasta el postratamiento, obteniendo un efecto al margen de la significación [$F(1,148) = 161.21, p < .001, \eta^2_p = .52$]; sin embargo, en la revisión por pares, a través de la medida PSS, se identificó una reducción de síntomas en el grupo con ASI, en comparación con los participantes que tenían TEPT sin abuso sexual (39).

Conclusiones

Una vez descritos brevemente los seis artículos incluidos en esta revisión bibliográfica, se presentan comentarios a manera de cierre, que responderán al objetivo general de esta investigación: evidenciar la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual sobre el TEPT desarrollado en mujeres adultas sobrevivientes de abuso sexual infantil.

Los síntomas de TEPT en los sobrevivientes de ASI no disminuyen con el tiempo, por lo que necesitan tratamientos que procuren la recuperación del trauma y, por ende, de su malestar emocional (25). Los resultados serán más eficaces si las víctimas reciben una atención psicológica oportuna para que obtengan mejoría; la búsqueda tardía de ayuda desencadenará síntomas complejos relacionados con el TEPT, depresión y ansiedad (24)

La eficacia reportada en cuatro de los seis artículos descritos se relaciona con la aplicación de TCC más Exposición y se demostró la reducción de sintomatología TEPT al finalizar el tratamiento (33,34,37,38); sin embargo, en el estudio realizado por Cloitre y otros se considera que esta técnica solo es eficaz si se realiza previamente un entrenamiento en habilidades de afecto y regulación interpersonal, ya que la combinación de Exposición más Consejería de Apoyo no evidenció resultados significativos (36), mientras que en el estudio realizado por Wagenmans y otros se especifica que la EP es eficaz si se combina con EMDR (39).

El análisis de los resultados al finalizar el tratamiento demuestra, en todos los estudios, la remisión de sintomatología TEPT tras la aplicación de la TCC. En cuatro de ellos se realizaron evaluaciones de seguimiento, que demuestran la mantención de dicha remisión (33,34,36,38), mientras que, en el estudio de seguimiento a largo plazo, se evidencian las ganancias de la TCC en un promedio de seis años (37). Comparando este tratamiento con otros, resulta ser más eficaz que TCP; sin embargo, al añadir técnicas de exposición resulta ser más eficaz que la Terapia de Procesamiento Cognitivo; además, si se combina con EMDR, como sucede en el estudio de Wagenmans y otros (39) o con RC según Foa y otros (33), los resultados serán igual de efectivos.

Si bien cada uno de los estudios revisados demuestran la eficacia de la TCC sobre la problemática establecida, la mayoría de estas investigaciones fueron realizadas en los Estados Unidos ($n = 4$) y en Europa, específicamente en el País Vasco y en Países Bajos ($n = 2$). No se han encontrado ensayos clínicos a nivel de América Latina que reflejen la utilización de la TCC relacionado con este tipo de violencia, sabiendo que en esta zona la prevalencia de ASI es alta (8), además de ser escasos los artículos relacionados centrados en buscar un tratamiento basado en la evidencia para trabajar con las secuelas psicológicas de las mujeres que han sido víctimas de abuso sexual en la infancia.

Por otro lado, a pesar de ser una problemática con un índice de prevalencia alto (8), es importante recalcar que son escasas las investigaciones realizadas en los últimos quince años alrededor de este tema, lo cual limitó que esta revisión bibliográfica obtuviera evidencia contundente sobre el uso de TCC en TPET asociado al abuso sexual en la infancia; de igual manera, las investigaciones incluidas contaban con muestras pequeñas comparadas con la magnitud de casos existentes. Además, de los seis estudios incluidos en esta revisión solo cuatro realizaron evaluaciones de seguimiento posterior a la aplicación del tratamiento, lo cual impide conocer la eficacia total de este modelo terapéutico.

Por tanto, se sugiere que dada la limitación de estudios de TEPT asociado al ASI, se requiere realizar ensayos clínicos con enfoques metodológicos más rigurosos y con muestras representativas que ayuden a validar un tratamiento para esta población. Asimismo, es importante que futuras investigaciones se centren en patologías comórbidas al TEPT, como la depresión, la ansiedad y otros problemas referidos a las conductas sexuales.

Además, es primordial que el abuso sexual se trabaje desde la prevención y que los menores, víctimas de ASI, reciban la atención legal oportuna y el tratamiento psicológico adecuado

desde el desarrollo de sistemas integrados y especializados en esta problemática, que fundamenten sus bases en la evidencia científica, con el fin de procurar evitar que en su vida adulta acarreen problemas relacionados con un trauma no resuelto.

Referencias bibliográficas

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia. 2015. Disponible en: http://pmb.aticeunicef.org.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=141
2. Save The Children. Violencia sexual contra niños y niñas. Abuso y explotación sexual infantil. 2012. Disponible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia_sexual_contra_losninos_y_ninas.pdf.
3. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Public Health [serie en Internet]. 2012 Nov;58(3):469-83. Disponible en: <https://10.1007/s00038-012-0426-1>.
4. Finkelhor D, Shattuck A, Turner HA, Hamby S. The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed. Journal of Adolescent Health [serie en Internet]. 2014 Feb;55(3):329-33. Disponible en: <https://10.1016/j.jadohealth.2013.12.026/>
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Ocultos a plena luz: un análisis estadístico de la violencia contra los niños. 2014. Disponible en: <https://www.unicef.org/ocultos-a-plena-luz.pdf>.
6. Council of Europe. Convenio del Consejo de Europa para la protección del niño contra la explotación sexual y el abuso sexual. 2020. Disponible en: www.coe.int/es/web/human-rights-channel/stop-child-sexual-abuse-in-sport.
7. Bureau of Justice Statistics. National Crime Victimization Survey. Washington. 2015. Disponible en: <https://bjs.ojp.gov/library/publications/criminal-victimization-2014>.
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Niños y niñas en América Latina y el Caribe. Panorama 2019. 2019. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/informes/ninos-y-ninas-en-america-latina-y-el-caribe>.

-
9. Save The Children. Ojos que no quieren ver: los abusos sexuales a niños y niñas en España y los fallos del sistema. 2017. Disponible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/ojos_que_no_quieren_ver_27092017.pdf.
 10. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes. Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos. 2017. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA-2016.pdf
 11. Dias PA, Marques IM, Dalbosco D. Predictors of recantation after child sexual abuse disclosure among a Brazilian sample. Child Abuse & Neglect [serie en Internet]. 2021 May;115. Disponible en: <https://10.1016/j.chiabu.2021.105006/> .
 12. Kelley LP, Weathers W, McDevitt-Murphy ME, Eakin DE, Flood AM. A comparison of PTSD symptom patterns in three types of civilian trauma. Journal of Traumatic Stress [serie en Internet]. 2009 May;22(3):227-35. Disponible en: <https://10.1002/jts.20406/>
 13. Marques ES, Azeredo CM, de Oliveira AGeS. Co-occurrence of health risk behaviors among Brazilian adolescent victims of family violence. Journal of Interpersonal Violence [serie en Internet]. 2018 Jul;36(7-8):1-17. Disponible en: <https://10.1177/0886260518786493/>
 14. Ménard S, Dowgillo A, Pincus L. The role of gender, child maltreatment, alcohol expectancies, and personality pathology on relationship violence among undergraduates. Journal of Interpersonal Violence [serie en Internet]. 2018 Jun;36(7-8):1-21. Disponible en: <https://10.1177/0886260518784589/>
 15. Stone B, Amole MC, Cyranowski JL, Swartz HA. History of childhood emotional abuse predicts lower resting-state high-frequency heart rate variability in depressed women. Psychiatry Research [serie en Internet]. 2018 Nov;269:681-7. Disponible en: <https://10.1016/j.psychres.2018.08.106/>
 16. Ullman E, Brecklin R. Sexual assault history, PTSD, and mental health service seeking in a national sample of women. Journal of Community Psychology [serie en Internet]. 2002 Abr;30(3):261-79. Disponible en: <https://10.1002/jcop.10008/>
-

17. Chen LP, Murad HM, Paras ML, Colbenson KM, Sattler L, Goranson EN, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. In: Mayo Clinic Proceedings [serie en Internet]. 2010 Jul;87(7):618-29. Disponible en: <https://10.4065/mcp.2009.0583/>
18. Pereda N, Gallardo-Pujol D. Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. Gaceta Sanitaria [serie en Internet]. 2011 May-Jun;25(3):233-9. Disponible en: <https://10.1016/j.gaceta.2010.12.004/>
19. Ferguson DM, McLeod GFH, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. Child Abuse & Neglect [serie en Internet]. 2013 Sep;37(9):664-74. Disponible en: <https://10.1016/j.chiabu.2013.03.013/>
20. Guerra A, Barrera P. Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. Revista de Psicología [serie en Internet]. 2017;26(2):1-13. Disponible en: <https://10.5354/0719-0581.2017.47952/>
21. Pereda N, Sicilia L. Reacciones sociales ante la revelación de abuso sexual infantil y malestar psicológico en mujeres víctimas. Psychosocial Intervention [serie en Internet]. 2017;26(3):131-8. Disponible en: <https://10.1016/j.psi.2017.02.002/>
22. Guillén Fernández I, López de Miguel C, García Pérez C, Guillén Fernández C, Guillén Fernández J. Diagnósticos psiquiátricos prevalentes a consecuencia del abuso sexual durante la infancia y la adolescencia. Revista de Enfermería y Salud Mental [serie en Internet]. 2019;12:13-20. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6853893/>
23. Molina Machado DC, Jaime Coll EA, Gutiérrez Carvajal I. Intervención psicológica del abuso sexual en niños: revisión sistémica. Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología [serie en Internet]. 2019 Oct;12(3):71-80. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7724177/>
24. Kanter B, Pereda N. Victimización sexual en la infancia e intervención basada en la evidencia: la terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma. Revista de Psicoterapia

-
- [serie en Internet]. 2020 Mar;31(115):197-212. Disponible en: <https://10.33898/rdp.v31i115.313/>
25. Figueredo M, Gamarra O. Terapia Cognitiva Conductual TCC-FT modificada aplicada a un caso de abuso. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva [serie en Internet]. 2018 May;20(1):7-26. Disponible en: <https://10.31505/rbtcc.v20i1.1134/>
26. American Psychiatric Association - APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition DSM-V. Arlington: Editorial Médica Panamericana; 2014.
27. El-Mosri FP, Rodríguez-Orozco R, Santander-Ramírez A. Post-traumatic stress disorder from a cognitive behavioral perspective. Archivos de Neurociencias [serie en Internet]. 2020 Ene;25(4):55-61. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=98777/>
28. American Psychological Association | Division 12. What is Cognitive Behavioral Therapy? [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral/>
29. Fullana MA, Fernández de la Cruz L, Bulbena A, Toro J. Eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual para los trastornos mentales. Medicina Clínica [serie en Internet]. 2012 Mar; 138(5):215-9. Disponible en: <https://.10.1016/j.medcli.2011.02.017.>
30. Puerta JV, Padilla DE. Terapia cognitiva-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. Duazary [serie en Internet]. 2011 Jul-Dic; 8(2):251-7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>.
31. Cloitre M. Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: A review and critique. CNS Spectr [serie en Internet]. 2009 Ene;14(1):32-43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19169192/>.
32. Dorrepaal E, Thomaes K, Hoogendoorn A, Veltman D, Draijer P, Van Balkom AJLM. Evidence-based treatment for adult women with child abuse-related Complex PTSD: A quantitative review. European Journal of Psychotraumatology [serie en Internet]. 2014 Oct;5(1). Disponible en: <https://10.3402/ejpt.v5.23613/>
33. Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, Rauch SA, Riggs DS, Feeny NC, et al. Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive
-

-
- restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [serie en Internet]. 2005 Nov;73(5):953-64. Disponible en: <https://10.1037/0022-006X.73.5.953/>
34. McDonagh A, Friedman B, McHugo G, Ford J, Sengupta H, Mueser K, et al. Randomized trial of Cognitive–Behavioral Therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [serie en Internet]. 2005 Jul; 73(3):515-24. Disponible en: <https://10.1037/0022-006X.73.3.515/>
35. Foa EB, Dancu V, Hembree A, Jaycox H, Meadows A, Street P. A Comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [serie en Internet]. 1999 May;67(2):194-200. Disponible en: <https://10.1037/0022-006X.67.2.194/>
36. Cloitre M, Stovall-McClough KC, Noonan K, Zorbas J, Cherry D, Jackson C, et al. Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry* [serie en Internet]. 2010 Ago;167(8):915-24. Disponible en: <https://10.1176/appi.ajp.2010.09081247/>
37. Resick PA, Williams LF, Suvak MK, Monson CM, Gradus JL. Long-Term outcomes of cognitive–behavioral treatments for posttraumatic stress disorder among female rape survivors. *J Consult Clin Psychol* [serie en Internet]. 2012 Abr;80(2):201-10. Disponible en: <https://10.1037/a0026602/>
38. Sarasua B, Zubizarreta I, De Corral P, Echeburúa E. Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. *Anales de Psicología* [serie en Internet]. 2013 Ene;29(1):29-37. Disponible en: <https://10.6018/analesps.29.1.145281/>
39. Wagenmans D, Van Minnen A, Sleijpen M, De Jongh C. The impact of childhood sexual abuse on the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology* [serie en Internet]. 2018 Feb;9(1). Disponible en: <https://10.1080/20008198.2018.1430962/>
40. Foa EB, Hembree A, Rothbaum O. Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide. New York: Oxford University Press;
-

2007

Ene.

Disponible

en:

<https://www.oxfordclinicalpsych.com/view/10.1093/med:psych/9780195308501.001.0001/med-9780195308501/>

Declaración de conflicto de intereses

Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Contribución de autoría

Andrea Vanessa Hurtado: conceptualización, investigación, administración del proyecto, visualización, redacción, borrador original, redacción, revisión y edición.

Yenima de la Caridad Hernández: conceptualización, supervisión, redacción.

Fecha de recepción de original: 9 de noviembre de 2021

Fecha de aprobación para su publicación: 24 de marzo de 2022