



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**Intervención Psicológica del abuso sexual en niños y
adolescentes: una revisión sistemática**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Licenciada en Psicología**

AUTORA:

Arteta Maza, Bertha Andrea (ORCID: 0000-0003-1161-8861)

ASESORA:

Dra. Chávez Ventura, Gina (ORCID: 0000-0002-4638-3487)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Violencia

TRUJILLO – PERÚ

2021

Dedicatoria

A mi padre celestial Jehová, por darme el don de la vida, por la salud, y por la maravillosa oportunidad de estudiar esta carrera profesional. Asimismo, porque ha sido, es y será mi sustento y refugio en todo momento.

A Él sea toda la gloria y la honra.

Agradecimiento

A Dios, por su gracia infinita, por su misericordia y amor inagotable. Por poner en mí el querer como el hacer, por darme sueños y los recursos para hacerlos realidad. Por levantarme después de cada caída y enriquecer mi alma de valor, fortaleza y ánimo para seguir adelante. Gracias interminables porque todo se lo debo a Él.

A mi tía Evangelina, por sus oraciones y sus palabras de aliento para no desistir de esta meta.

A mi tía Ana, por sus incansables oraciones.

A mis padres, por su gran apoyo.

A los demás miembros de mi familia, amigos y conocidos por sus palabras de ánimo y por compartir la alegría de este logro.

A mi asesora Gina Chávez, por su paciencia y comprensión.

Índice de Contenidos

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de Contenidos	iv
Índice de Tablas	v
Índice de Figuras	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	3
III. METODOLOGÍA	8
3.1. Tipo y diseño de investigación	8
3.2. Variables y Operacionalización	9
3.3. Población y muestra	9
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	10
3.5. Procedimiento	10
3.6. Método de análisis de datos	11
3.7. Aspectos éticos	11
IV. RESULTADOS	11
V. DISCUSIÓN	17
VI. CONCLUSIONES	22
VII. RECOMENDACIONES	23
REFERENCIAS	24
ANEXOS	28

Índice de Tablas

Tabla 1 *Resumen de estudios analizados*

13

Índice de Figuras

<i>Figura 1</i> Procedimiento para selección de la muestra	10
<i>Figura 2</i> Diagrama de flujo de la revisión sistemática	12

Resumen

Esta investigación tuvo como finalidad realizar una revisión sistemática de la intervención psicológica en el abuso sexual en niños y adolescentes con edades entre los 3 y 18 años. Se realizó una búsqueda en las bases de datos Scopus, Proquest, Redalyc y Scielo. Se consideraron estudios experimentales y cuasi experimentales, en los idiomas inglés o español, y que hayan sido realizados dentro de los años 2011 al 2021. La selección definitiva de artículos abarcó 8 estudios. Como resultados se encontró que la Terapia Cognitiva Conductual centrada en el trauma es la más eficaz para abordar los síntomas más frecuentes del abuso sexual infantil como el trastorno de estrés postraumático, la depresión y la ansiedad. Asimismo, los síntomas que más son abordados por las diferentes intervenciones son los síntomas internalizantes, las conductas externalizadoras, las preocupaciones sexuales y las habilidades de seguridad personal. Se debate sobre la eficacia de cada intervención, sobre la sintomatología abordada y sobre las características más relevantes de cada abordaje.

Palabras claves: terapia, abuso sexual infantil, intervención, revisión sistemática.

Abstract

The purpose of this research was to carry out a systematic review of psychological intervention in sexual abuse in children and adolescents between the ages of three and 18 years. A search was carried out in the Scopus, Proquest, Redalyc and Scielo databases. Experimental and quasi-experimental studies were considered, in the English or Spanish languages, and that had been carried out between the years 2011 to 2021. The definitive selection of articles included 8 studies. As results, it was found that Cognitive Behavioral Therapy focused on trauma is the most effective in addressing the most frequent symptoms of childhood sexual abuse such as post-traumatic stress disorder, depression and anxiety. Likewise, the symptoms that are most addressed by the different interventions are internalizing symptoms, externalizing behaviors, sexual concerns and personal safety skills. The efficacy of each intervention, the symptomatology addressed and the most relevant characteristics of each approach are debated.

Keywords: therapy, child sexual abuse, intervention, systematic review.

I. INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas psicosociales que sigue atacando a niños y adolescentes es el abuso sexual. Esta problemática, en muchas ocasiones queda oculta por el temor que sienten los niños de contarlo, o porque puede suceder sin dejar huellas, o si las deja son difíciles de diagnosticar por los especialistas (Redondo & Ortiz, 2005). En un estudio realizado en Brasil con 1232 niños y adolescentes, se estableció que el abuso sexual tiene una prevalencia alta de 30.6% a lo largo de los años 2010 al 2017, situándose predominantemente entre las edades de 10 a 19 años, en hombres un 80.4% y 95,8% en mujeres (Hermenegildo et al., 2020).

En investigaciones de Europa se ha establecido que el abuso sexual infantil sin contacto tiene una prevalencia de 40.6% en niñas y 17.7% en niños, con contacto físico sin penetración predomina en un 30.2% en niñas y 11.6% en niños; y el abuso sexual con penetración tiene una tasa de 5.6% en niñas y 1.3% en niños; todas estas formas se dieron entre las edades de 16 y 18 años (Karkoskova y Ropovik, 2019). Asimismo, se encontró que hay un riesgo mayor en la adolescencia temprana y en muchas ocasiones, los pares de estos adolescentes llegan a ser los agresores (Kloppen et al., 2016).

El abuso sexual puede darse en el hogar, en la comunidad o en la escuela. En esta última, Ecuador registró 3.607 denuncias entre el año 2014 y 2020, y algunas de ellas abarcaban a más de un estudiante, resultando que 4.221 niños, niñas y adolescentes padecieron de violencia sexual por parte de profesores, encargados de limpieza, compañeros, entre otros (Human Rights Watch, 2020).

En nuestro país, el abuso sexual infantil no es la excepción, puesto que, en el 2017, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MIMP] a través de los Centros de Emergencias Mujer (CEM) registraron 6593 casos de abuso sexual, de los cuales 6030 fueron de niñas y adolescentes mujeres, y 563 de niños y adolescentes varones (Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar, 2018). Asimismo, se ha informado

a través del MIMP que, desde el inicio de la cuarentena por la crisis del Covid-19, de marzo a junio del año 2020, se registraron 513 casos de abuso sexual a niñas. Por otro lado, el Ministerio de Salud reportó que del mes de enero a junio se dieron 358 partos de niñas menores de 14 años debido a un abuso sexual (Radio Programas del Perú [RPP], 2020).

Las cifras mencionadas evidencian el flagelo que la población infantil y adolescente atraviesa, sin embargo, lo inquietante es conocer cómo se está interviniendo respecto a ello. Por tal razón, es indispensable que el abuso sexual infantil sea abordado de forma apremiante, ya que este puede desencadenar traumas de forma crónica, teniendo efectos a largo plazo, interfiriendo en el desarrollo de la persona, sobre todo si no se recibe el tratamiento psicológico adecuado (Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia, 2018).

La intervención psicológica para esta problemática tiene diferentes enfoques teóricos y cada uno de ellos aporta sus estrategias y esquemas para combatirla (Velásquez et al., 2013). Hoy en día, existen numerosas investigaciones que se han enfocado en revisar otros estudios que han llevado a cabo intervenciones psicológicas dirigidas a niños y adolescentes víctimas de abuso sexual, habiendo tenido diferentes hallazgos.

Así, podemos decir que muchas de estas revisiones sistemáticas han encontrado datos importantes y favorables, destacando la eficacia de determinados enfoques terapéuticos aplicados en menores que han sido abusados sexualmente, como la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) centrada en el trauma, individual y grupal (McTavish, et al., 2019, Tichelaar et al., 2020, Molina et al., 2019, McDonald et al., 2012); o también como la Terapia de Grupo (Tichelaar et al., 2020) y la Terapia de juego (Tichelaar et al., 2020, Molina et al., 2019).

No obstante, también se ha encontrado hallazgos distintos, demostrando que muchos estudios han presentado vacíos y errores, como la revisión narrativa

de Narang et al. (2019), en el que evidenciaron deficiencia en cuanto a los objetivos de abordaje para la problemática de abuso sexual.

La realidad antes mencionada conlleva a plantear el siguiente problema de investigación, ¿Qué estudios se han elaborado respecto a las intervenciones psicológicas aplicadas en niños y adolescentes víctimas de abuso sexual, en los años 2011 al 2021?

De esta manera, se presenta el objetivo general de investigación, realizar una revisión sistemática de la intervención psicológica en el abuso sexual en niños y adolescentes entre los años 2011 al 2021. Asimismo, se describen los objetivos específicos, en primer lugar, determinar la eficacia de las modalidades de intervención aplicadas. En segundo lugar, conocer la sintomatología abordada y cuáles de los síntomas tuvieron una reducción significativa. Por último, identificar las características más relevantes de cada intervención.

Esta investigación pretende generar un impacto en la sociedad permitiendo que, a través de los resultados obtenidos se conozcan los tratamientos más eficaces para afrontar el abuso sexual, y de esta manera, fomentar su utilización para combatir las manifestaciones de dicha problemática. A su vez, permitirá analizar estrategias de intervención y contrastar diferentes enfoques teóricos (Hernández et al., 2014).

II. MARCO TEÓRICO

En varias revisiones sistemáticas se ha determinado que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) centrada en el trauma, individual y grupal, que se aplica a niños que están acompañados de sus cuidadores logra que parte de la sintomatología ocasionada por el abuso sexual, disminuya, considerando a la TCC como una terapia con potencial para abordar dicha problemática. (Tichelaar et al., 2020, McTavish et al., 2019, Molina et al., 2019, Kim et al., 2016, McDonald et al., 2012). La terapia puede tener efectos moderadamente

positivos, sobre todo en la reducción del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y síntomas de ansiedad (McDonald et al., 2012).

Otras terapias que también han funcionado para abordar el abuso sexual, son la Terapia de Grupo (Tichelaar et al., 2020) y la Terapia psicodinámica de juego (Tichelaar et al., 2020, Molina et al., 2019). Asimismo, la terapia asistida por animales y la terapia de interacción padre-hijo tienen mayor eficacia en el tratamiento del abuso sexual en niños y adolescentes (Molina et al., 2019). Así también, se encontró que para determinados grupos hay enfoques de terapia específicamente eficaces como la terapia de grupo que por su componente social es más favorable para niñas adolescentes y preadolescentes; y tratamientos más breves como la TCC centrada en el trauma de ocho sesiones puede ser más favorable para los niños con una edad media de siete años (Tichelaar et al., 2020).

En la revisión sistemática de Molina et al. (2019), la cual abarcó intervenciones aplicadas a niños de 3 a 12 años, se encontró que poblaciones norteamericanas y europeas se enfocan en los efectos del abuso sexual como baja autoestima, depresión, ansiedad, actitud negativa, trastornos alimentarios, estrés postraumático, bajo rendimiento académico y conductas auto lesivas o suicidas.

En el metaanálisis de Harvey y Taylor (2010), se incluyeron 39 estudios, los cuales fueron analizados por separado, de acuerdo al diseño de la investigación y el dominio de resultado. Al tener como resultados generales de que la mayoría de enfoques fueron eficaces determinaron tamaños de efecto grandes (1.37) para el Trastorno de Estrés Postraumático/trauma (1.12); y para síntomas como la internalización (0.74), autoevaluación (0.63), externalización (0.52) y conducta sexualizada (0.49) tuvieron efectos moderados. Se encontraron efectos pequeños para afrontamiento/funcionamiento (0.44), resultados del cuidador (0.43) y habilidades/competencia social (0.38). Asimismo, concluyeron que cada investigación tiene un enfoque determinado y la mayor parte de estos tuvieron eficacia con la reducción de sintomatología.

No obstante, Narang et al. (2019) en su revisión narrativa concluyeron que existe una ausencia de objetivos claros y específicos para abordar la problemática en cuestión. Respecto, a los enfoques terapéuticos, hallaron que no hay una base de evidencia completa, armoniosa y coherente, evidenciando límites y fallas en la metodología de los estudios que habían analizado.

A continuación, se describen los aspectos conceptuales de la variable de estudio.

Abuso Sexual Infantil

El abuso sexual infantil se define como la interacción sexual de un adulto (agresor) con un menor de 18 años (víctima); en esta interacción el agresor somete a la víctima a actividades de índole sexual con el fin de conseguir gratificación y/o estimulación sexual (Viviano, 2012).

Una de las características del abuso sexual en menores, es que este no sólo se da por personas mayores, sino que también gran parte (20%) puede ocurrir por otros menores que podrían agredir solos o estando en grupo; y que muchas veces es desencadenado por factores como la pornografía, acceso a internet sin supervisión, la falta o inadecuada educación sexual, y la ausencia de límites por parte de sus tutores (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2021).

El avance de la tecnología y su utilización ha dado pie que muchos menores sean abusados sexualmente mediante internet, originándose nuevas formas de esta problemática. Así tenemos, el ***Online grooming*** que es una forma de abuso en la que el agresor pretende ganar la confianza del menor con la finalidad de obtener permisos de carácter sexual como hablar de sexo para obtener material íntimo y/o tener un encuentro físico; el ***Ciberacoso sexual***, en el cual el agresor ataca al menor respecto a su persona y de forma sexual; y el ***Sexting***, en el que el agresor envía contenidos de índole erótico y pornográfico a través del celular (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2021).

Los efectos del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes son diversos, y en su mayoría, estos se manifiestan a largo plazo. En primera instancia se

encuentran las dificultades emocionales, en las que se incluyen los trastornos depresivos y bipolares; el trastorno de estrés postraumático, resaltándose por su alta frecuencia; conductas autodestructivas como abandono de responsabilidades, comportamientos de riesgo y falta de protección de sí mismo; también se manifiestan comportamientos autolesivos, ideas suicidas e intentos de quitarse la vida (Pereda, 2010).

Asimismo, debido a que el abuso en gran parte se mantiene oculto, ya que el abusador le transmite al menor que debe mantenerlo en secreto, pero muchas veces este ya tiene la capacidad para darse cuenta que le está sucediendo algo peligroso, por lo que se percibe a sí mismo como cómplice de su propio silencio, y, por ende, participante obligado de su abuso, desencadenando grandes sentimientos de culpabilidad y vergüenza (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2021).

Las dificultades para relacionarse con otras personas también se manifiestan muy a menudo, ya sea al inicio o a largo plazo después de la experiencia de abuso. Esto se refleja porque el menor se aísla, dejando de participar en actividades con sus pares, además puede manifestarse ansiedad social y mostrarse más hostiles respecto a su medio, con comportamientos antisociales y problemas de conducta (Pereda, 2010). Físicamente, tienden a somatizar presentando dolores físicos sin justificación médica alguna, además se manifiesta con mucha frecuencia los trastornos de la conducta alimentaria, sobre todo bulimia nerviosa (Pereda, 2010).

Intervención Psicológica

La intervención psicológica se entiende como una serie de principios y técnicas de psicología que se aplican por un experto en el campo, y que tienen como finalidad ayudar a las personas a comprender las dificultades psicológicas por las que puedan estar atravesando, y ayudarles a superarlas (Bados, 2008).

Considerando que el abuso sexual se manifiesta de múltiples maneras, la intervención que se lleve a cabo debe diseñarse a la medida de cada persona, tomando en cuenta la primera evaluación y la sintomatología presentada por la

misma, y para estos casos la terapia individual es la herramienta más utilizada (Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil [FAPMI], 2004). Asimismo, para que este proceso sea eficaz debe predominar la flexibilidad y la reflexión que se orienten a tomar las mejores decisiones de acuerdo a cada persona, y en cuanto a la duración de la intervención, esta será variable en función de la gravedad y en cómo se vaya evolucionando (Monzón et al., 2014).

Un factor importante es la edad de la víctima, pues mientras menos edad tenga más se deberá trabajar sobre el ambiente y con las personas que los cuidan, con el fin de proporcionarles un entorno más constituido; si fueran más pequeños se tendrá que hacer uso de expresiones más simbólicas, ya que estos pueden recién estar desarrollando su lenguaje y tendrán ciertos problemas para comunicarse; la intervención para niños de más edad se orientará sobre todo a la socialización con el sexo opuesto (Monzón et al., 2014).

Independientemente de estos aspectos, es primordial la intervención con la familia, puesto que, no siempre la víctima necesita una intervención directa ya sea por su edad u otras características, por lo tanto, en estas situaciones, los familiares inmediatos cumplen un rol indispensable en su recuperación. Así, la intervención terapéutica debe orientarse a fortalecer la capacidad para supervisar al menor, dotarle de seguridad e instruirle habilidades de atontamiento apropiadas, asimismo, a superar las consecuencias psicológicas que ellos estén sufriendo (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011).

Existen dos ejes fundamentales dentro de la intervención psicológica con los menores víctimas de abuso sexual, el educativo-preventivo y el clínico o terapéutico (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011).

La primera fase se centra principalmente en poner nombre a la experiencia, es decir el menor debe tener conocimiento de su sexualidad de manera eficaz, objetiva y según su edad; recalcando siempre que la experiencia vivida ha sido impuesta ya sea por la fuerza o por un abuso de poder y engaño; así también,

en esta fase se pretende que los menores entiendan qué es el abuso, quiénes pueden cometerlos y cómo deben actuar frente a esta problemática.

En la fase propiamente terapéutica, el menor tiene la oportunidad de desahogarse emocionalmente y de expresar sus sentimientos, asimismo, se interviene sobre los diversos efectos psicológicos. Así, en esta fase se consideran los siguientes puntos (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011).

- (1) Elaboración cognitiva y emocional del abuso: se ayuda al menor a Re experimentar sus emociones, a identificar la intensidad de las mismas y a separarlas asertivamente.
- (2) Sentimientos de culpa y vergüenza: se aborda mediante estrategias cognitivas que se orientan a reevaluar y cambiar los pensamientos que están distorsionados con el fin de ajustarlos a la realidad.
- (3) Sentimiento de estigmatización, tristeza y baja autoestima: se integra los aspectos positivos y negativos de la personalidad del menor, y se potencia el enfoque a sus cualidades, mientras que se trabajan sus debilidades.
- (4) Reexperimentación emocional y evitación cognitiva: se elaboran jerarquías de secuencias que exponen al menor gradualmente.
- (5) Ansiedad, miedos y conductas de evitación: aquí se pueden incluir técnicas de relajación, puesto que también favorece la sensación de control y propicia una autoevaluación más positiva.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación es básica y se distingue de otros tipos de estudio porque tiene su origen en un contexto teórico y se mantiene en él; tiene como fin acrecentar los conocimientos, es decir la ciencia teórica (Muntané, 2010).

En cuanto al diseño, es una revisión sistemática, la cual es un tipo de investigación que consiste en realizar un resumen claro y estructurado de toda la información, orientándose a responder un tema clínico específico (Moreno et al., 2018).

3.2. Variables y operacionalización

La variable de estudio es la ***Intervención Psicológica***, la cual es definida como la acción clínica que se enfoca en crear un nuevo significado al sufrimiento de las personas que llegan a consulta (Muniz, 2018). Esta variable fue medida a través de una ficha de datos elaborada por la autora.

3.3. Población y muestra

La población de estudio fueron las investigaciones científicas recopiladas de las bases de datos: Scopus, Proquest, Redalyc y Scielo.

En cuanto a los criterios de inclusión se consideraron las investigaciones en el idioma inglés o español publicadas entre los años 2011 al 2021. Además, la edad de los participantes que se consideró fue de 3 a 18 años, tanto varones como mujeres que fueron víctimas de abuso sexual. Finalmente, un criterio indispensable fue que las investigaciones tenían que ser experimentales o cuasi experimentales.

Los criterios de exclusión fueron todas las investigaciones no experimentales, es decir, las instrumentales, correlacionales, comparativas y descriptivas, asimismo se descartaron los estudios duplicados (que se encontraron en más de una base de datos), los estudios que no se encontraban enmarcados en el campo de la psicología y los que no estuvieron disponibles a texto completo.

La unidad de análisis fue cada investigación científica sobre la intervención psicológica en niños y adolescentes víctimas de abuso sexual.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos fue la revisión documental, la cual es definida por Hernández et al. (2014) como la consulta bibliográfica que se realiza de acuerdo a los criterios de selección y de utilidad para la finalidad que tiene la investigación.

El instrumento de recolección de datos fue una ficha de registro en la base de datos del programa Excel elaborada por la autora (ver anexo 1).

3.5. Procedimiento

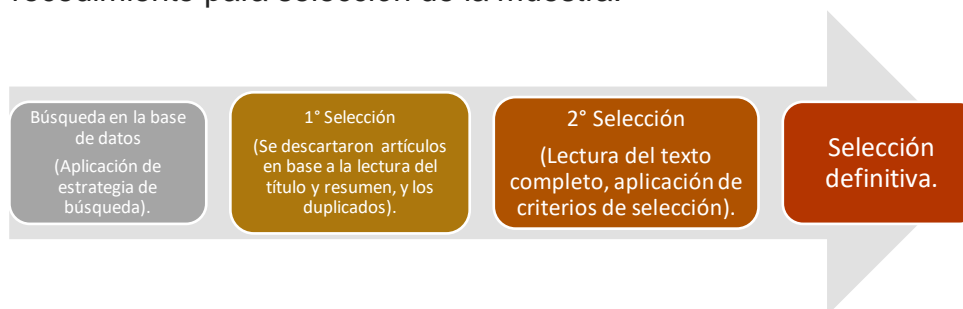
Primero, se hizo una búsqueda de las investigaciones en las bases de datos anteriormente especificadas. Para ello se utilizó la siguiente estrategia de búsqueda: Efficacy AND "Psychological intervention" OR "psychotherapy" AND "children" OR "adolescents" AND "sexual abuse" OR "violence sexual".

En la primera selección, se descartaron estudios en base a la lectura del título y el resumen, asimismo los estudios duplicados. Se consideraron los que se encontraban dentro de los años establecidos y los que coincidían con los descriptores antes mencionados.

En la segunda selección, se leyeron 15 estudios a texto completo para evaluar su elegibilidad considerando los criterios de selección establecidos. Posteriormente, se seleccionaron de manera definitiva ocho estudios científicos para la revisión sistemática.

Figura 1

Procedimiento para selección de la muestra.



3.6. Método de análisis de datos

Se realizó una matriz en la que se sintetizó la información más relevante de cada estudio incluido. Posteriormente, se realizó una comparación de estos datos en base a los siguientes aspectos: características de la intervención psicológica, características de los participantes, entre otros. Finalmente, se elaboró una síntesis descriptiva para profundizar en los resultados.

3.7. Aspectos éticos

Esta investigación se realizó cumpliendo las normas éticas de no inventar ni alterar datos o información, ni arreglarlos para beneficio propio, salvaguardando la información y respetando los derechos de propiedad y autoría de todos los estudios utilizados.

IV. RESULTADOS

Se identificaron 396 estudios, de los cuales solo un estudio fue duplicado, y tras leer el título y resumen se descartaron 380, quedando 15 que se relacionaron con la estrategia de búsqueda. No obstante, solo 8 artículos se ajustaron a los criterios de selección establecidos, 3 fueron de tipo experimental, y 5 cuasi experimentales.

Figura 2

Diagrama de flujo de la información de las fases de la revisión sistemática.

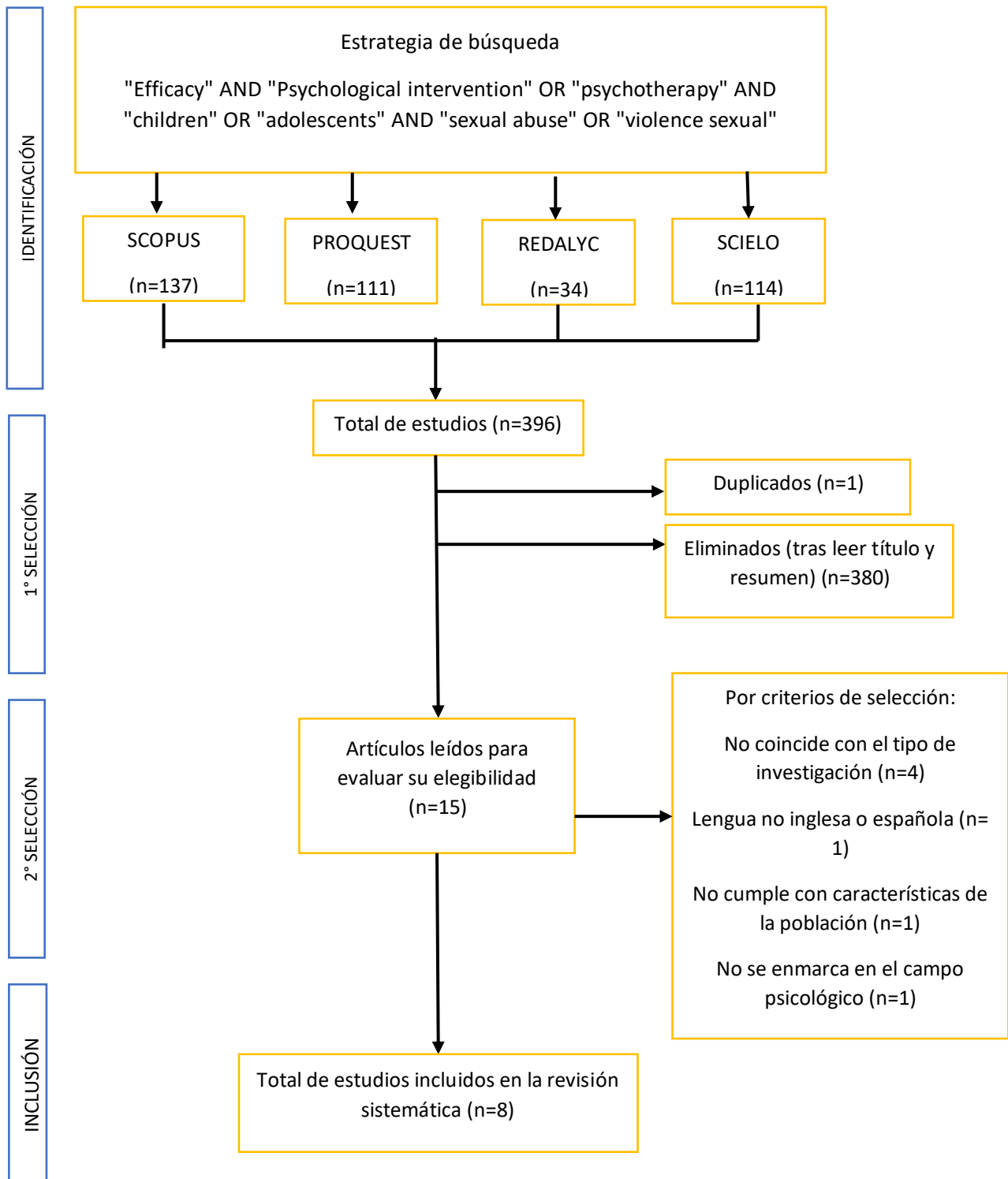


Tabla 1

Resumen de estudios analizados sobre intervenciones psicológicas en niños y adolescentes víctimas de abuso sexual.

Autores (año)/País	Modalidad de Intervención/ Formato	Características de la intervención			Características de la muestra		Resultados Tamaño del efecto (d) intragrupal (Pre y Post test)	Conclusiones
		Condiciones	Instrumentos	Sintomatología	N°/género/edad	Otros detalles		
1. Misurell et al. (2011) Estados Unidos	TCC Basada en juegos Modalidad grupal	Duración: 12 sesiones de 1 hora y media cada una Seguimiento: No Mortalidad experimental: 60 personas empezaron, pero 12 no completaron el tratamiento. No refiere participación de cuidadores.	CBCL CSBI SSRS-PF TSCC PSPC SPPC C-KAQ PSQ	Síntomas de interiorización Conductas externalizadoras Conductas sexualmente inapropiadas Déficit de habilidades sociales Problemas de autoestima Conocimiento de la sexualidad Habilidades de autoprotección	48 = 30 mujeres y 18 hombres Edad: 5 a 10 años	Diseño experimental No utilizaron grupo control	CBCL (1,5 – 5) Internalización: d = .67 CBCL (6-18) Internalización: d = .67 TSCC Ansiedad: d = .71 TSCC Depresión: d = .44 TSCC TEPT: d = .24 CBCL (1,5-5) problemas de conducta: d = .64 CBCL (6-18) problemas de conducta: d = .61 CSBI – Conductas sexuales no apropiadas: d = .32 SSRS (Preescolares) Habilidades sociales: d = .29 SSRS (elemental) Habilidades sociales: d = .25 PSPC – Autopercepción: d = .47 SPPC – Aspecto físico: d = .6 PSQ – seguridad personal: d = .70 CKAQ – conocimiento sobre el abuso: d = .79	La Terapia es eficaz para reducir los síntomas (interiorización y exteriorización, problemas de conducta general y conductas sexuales inapropiadas y mejorar el conocimiento sobre el abuso y las habilidades de autoprotección y habilidades sociales.
2. Dietz et al. (2012) Estados Unidos	Terapia de grupo Asistida por animales	Duración: Grupo 1 (Sin perros): 12 sesiones Grupo 2 (Perros sin historias): La visita de cada perro era de 4 visitas durante todo el tratamiento (1 vez al mes). Grupo 3 (Perros con historias): 4 sesiones con perros a lo largo de las 12 sesiones. Seguimiento: No Mortalidad experimental: No refiere No refiere participación de cuidadores.	TSCC	TEPT Ansiedad Depresión Ira Disociación Preocupaciones sexuales	153 = 143 mujeres y 10 varones Edad: 7 a 17 años	Diseño cuasi experimental No utilizaron grupo control Se comparó 3 grupos Grupo 1: sin perros (n=32) Grupo 2: con perros sin historias (n=60) Grupo 3: con perros sin historias (n=61)	Grupo 1: Sin perros Ansiedad: d = .09 Depresión: d = .22 Ira: d = .01 TEPT: d = .28 Disociación: d = .02 Preocupaciones sexuales: d = .12 Grupo 2: Con perros sin historias Ansiedad: d = .21 Depresión: d = .46 Ira: d = .16 TEPT: d = .35 Disociación: d = .21 Preocupaciones sexuales: d = .08 Grupo 3: Con perros con historias Ansiedad: d = .78 Depresión: d = .87 Ira: d = .66 TEPT: d = .85 Disociación: d = .83 Preocupaciones sexuales: d = .59	Los síntomas tuvieron una reducción significativa con las intervenciones con perros (con y sin historias). La intervención con perros con historias tuvo mayor efecto. La TG con TAA es eficaz para tratar los síntomas del ASI

3. Springer et al. (2012) Estados Unidos	TCC basada en el juego Modalidad grupal	Duración: 12 sesiones semanales de 1 hora y media. Seguimiento: 3 meses Mortalidad experimental: 123 participantes empezaron, pero 32 no completaron el programa porque faltaron a más de 8 sesiones de terapia de grupo. Quedaron 91 (para pre y pos test). Para los 3 puntos temporales quedaron 32. No refiere participación de cuidadores.	CBCL SSRS-PF CSBI TSCC C-KAQ PSQ	Síntomas de interiorización (ansiedad, depresión y trauma) Comportamientos de exteriorización (desobediencia y conducta desordenada) Comportamientos sexualmente inapropiados Habilidades de seguridad personal Conocimiento del abuso	Pre y post test = 91 niños (57 mujeres y 34 hombres) Edad: 6 a 10 años Pre y pos test + seguimiento de 3 meses = 32 (19 mujeres y 13 hombres)	Diseño cuasi experimental No utilizaron grupo control	Problemas de interiorización: $d = .65$ (efecto mediano) Ansiedad: $d = .60$ (efecto mediano) Depresión: $d = 1.17$ (efecto grande) Externalización: $d = .36$ (efecto pequeño) Habilidades de seguridad personal: $d = .87$ (efecto grande) Comportamientos sexuales: $d = .44$ (efecto pequeño)	TCC tuvo eficacia en las mejoras de los síntomas inmediatamente después del tratamiento y después del seguimiento de tres meses. Los resultados del post test se mantuvieron a los 3 meses coincidiendo con los resultados de las pruebas aplicadas en ese momento.
4. Habigzang et al. (2013) Brasil	Terapia de grupo con enfoque cognitivo conductual	Duración: 16 sesiones semanales con duración de 1 hora y media. 1° etapa: 6 sesiones, 2° etapa: 4 sesiones, 3° etapa: 6 sesiones (se aplicó un post test después de cada etapa). Seguimiento: A los 6 y 12 meses Durante 1 año, las participantes fueron a reuniones mensuales de 1 hora (seguimiento protector) Mortalidad experimental: 35 de 49 participaron en los seguimientos. No refiere participación de los cuidadores.	CDI CSS STAI Entrevista estructurada basada en el DSM IV (para evaluar TEPT)	Depresión Ansiedad TEPT	49 participantes (sólo mujeres) Edad: 9-16 años	Diseño cuasi experimental No utilizaron grupo control	Depresión: $d = .45$ (efecto pequeño) Estrés: $d = .49$ (efecto pequeño) Ansiedad (estado): $d = .57$ (efecto mediano) Ansiedad (rasgo): $d = .82$ (efecto grande) TEPT (Reexperimentación): $d = .99$ (efecto grande) TEPT (Evitación): $d = 1.16$ (efecto grande) TEPT (excitabilidad aumentada): $d = .69$ (efecto grande)	La terapia tuvo eficacia reduciendo los síntomas significativamente. Los seguimientos realizados demostraron que los resultados del post test 3 se mantuvieron 6 y 12 meses después de la intervención.
5. Kaur y Sandhu (2013) India	TCC – centrada en el trauma Modalidad individual	Duración: 12 a 18 sesiones que se dividieron en tres partes: Sesión de 30-45 minutos con el sujeto Sesión de 30-45 minutos con los padres del sujeto Sesiones conjuntas de 30-60 minutos con ambos. Mortalidad Experimental: No refiere Si hay participación de los cuidadores.	Cuestionario de Trauma Infantil YSR	Problemas de conducta (atribuidos al abuso sexual infantil)	20 adolescentes Edad: 15 a 18 años	Diseño experimental Grupo control: 20 adolescentes No presenta informes estadísticos de la reducción de otros síntomas que mencionan en su discusión.	YSR: $d = 2.62$	La TCC centrada en el trauma es eficaz para reducir los problemas de conducta atribuidos al abuso sexual experimentando en la infancia.
6. Hubel et al. (2014) Estados Unidos	Terapia de grupo con enfoque Cognitivo-Conductual	Duración: 12 sesiones semanales de 90 minutos Tratamiento paralelo a niños y cuidadores (ambos grupos se reúnen por separado, pero simultáneamente). Seguimiento: No	CDI CMAS-R CLQ CITES-R CFRV Formulario de	Externalización e internalización Depresión Ansiedad Sentimientos de soledad Estrés postraumático	97 niños: 22 varones y 75 mujeres Edad: 6 a 12 años	Diseño experimental No utilizaron grupo de control	Niños sintomáticos Externalización: $d = 0.3$ (efecto pequeño) Internalización: $d = 0.2$ (efecto pequeño) Reducción depresión: $d = 0.4$ (pequeño) Reducción sentimientos de soledad: $d = 0.6$ (mediano) Reducción ansiedad: $d = 0.5$ (mediano)	EL tratamiento resultó tener mejoras significativas en los niños sintomáticos y los niños subclínicos. El proyecto SAFE (Sexual Abuse Family Education) es

		Mortalidad experimental: No refiere Si hay participación d los cuidadores.	evaluación del proyecto o Child SAFE	Temores relacionados con la victimización		Comparación de 2 grupos: Grupo 1: Niños sintomáticos (64) Grupo 2: Niños subclínicos (33)	Reducción temores (victimización): $d = 0.6$ (mediano) Reducción TEPT: $d = 0.7$ (mediano) Niños subclínicos Externalización: $d = 0.0$ Internalización: $d = 0.0$ Reducción depresión: $d = 0.7$ (mediano) Sentimientos de soledad: $d = 0,2$ (efecto pequeño) Reducción ansiedad: $d = 0.5$ (mediano) Temores (victimización): $d = 0.3$ (pequeño) Reducción TEPT: $d = 0.7$ (Mediano)	eficaz para tratar el ASI en un formato grupal.
7. Liotta et al. (2015) Estados Unidos	Terapia de grupo con enfoque cognitivo conductual basada en juegos Más la modalidad Individual	Duración: TG /I = 8 sesiones de TG y 4 a 12 de TI (paralelamente) TG = 8 sesiones de TG Seguimiento: No Mortalidad experimental: No refiere No refiere participación de los cuidadores.	CBCL CSBI TSCC CKAQ-R PSQ	Síntomas internalizantes y externalizantes Problemas de conducta sexual Estrés postraumático Disociación Preocupaciones sexuales Habilidades de seguridad personal Conocimiento relacionado con el abuso	153 niños: 101 mujeres y 52 hombres Edad: 5 a 13 años	Diseño cuasi experimental No utilizaron grupo control Comparación de 2 grupos: Grupo 1: Terapia grupal basada en juegos Grupo 2: Terapia grupal más individual	Grupo 1: Terapia Grupal Externalización: $d = 0.2$ (Pequeño) Internalización: $d = 0.3$ (pequeño) CSBI: $d = 0.5$ (mediano) CKAQ-R: $d = 0.6$ (mediano) PSQ: $d = 7.8$ (grande) TSCC estrés postraumático: $d = 0.1$ TSCC disociación: $d = 0.0$ TSCC preocupaciones sexuales: $d = 0.0$ Grupo 2: Terapia Grupal + Terapia individual Externalización: $d = 0.2$ (pequeño) Internalización: $d = 0.2$ (pequeño) CSBI: $d = 0.1$ CKAQ-R: $d = 0.5$ (mediano) PSQ: $d = .80$ (grande) TSCC estrés postraumático: $d = 0.4$ (pequeño) TSCC disociación: $d = 0.3$ (pequeño) TSCC preocupaciones sexuales: $d = 0.6$ (mediano)	La terapia individual no parece mejorar los beneficios de la terapia de grupo en el tratamiento del ASI. Al menos 4 sesiones individuales pueden reducir las preocupaciones sexuales. Los otros síntomas no.
8. Guerra y Barrera (2017) Chile	TCC- centrada en el trauma Modalidad individual	Duración: 13 a 18 sesiones de 60 minutos. En cada una, 40 minutos se trabaja con las víctimas y 20 minutos con los padres o tutores legales (solos o en compañía de los adolescentes). Seguimiento: aplicación de una entrevista al mes de finalizado el tratamiento. Mortalidad experimental: No refiere Si hay participación de los cuidadores.	BDI Subescala de ansiedad estado de STAI Subescala de frecuencia de DTS Entrevista clínica	Depresión Ansiedad Estrés postraumático	21 adolescentes mujeres Edad: 12 a 17 años	Diseño cuasi experimental Grupo de tratamiento = 14 Grupo de comparación = 7	Grupo de tratamiento Depresión: $d = 1.72$ Ansiedad: $d = 1.65$ TEPT: $d = 1.21$ Grupo de comparación No mostró variaciones en los síntomas, no obstante, las puntuaciones fueron mayores en el post test.	La terapia fue eficaz para abordar los síntomas mencionados. El seguimiento de 1 mes no refirió mantenimiento de los resultados del post test.

TCC = Terapia Cognitivo Conductual, TG = Terapia de Grupo, CDI = Inventario de Depresión Infantil, CMAS-R = Escala de Ansiedad Manifiesta Infantil Revisada, CLQ = Cuestionario sobre la Soledad de los niños, CITES-R = Impacto de los Eventos Traumáticos en los Niños – Revisado, CFRV = Temores de los Niños Relacionados con la Victimización, CBCL (Child Behavior Checklist) = Lista de control del comportamiento del niño, CSBI = Inventario de Conducta Sexual Infantil, TSCC = Lista de Control de Síntomas de Trauma para Niños, CKAQ-R = Cuestionario de Conocimiento de los Niños sobre el Abuso-Revisado, PSQ = Cuestionario de Seguridad Personal, SSRS-PF = Social Skills Rating System-Parent Form, C-KAQ = Cuestionario de Conocimiento de los Niños sobre el Abuso, CSS = Escala de Estrés infantil, STAI = Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños, PSPC = Escala Pictórica de Competencia Percibida y Aceptación Social para Niños Pequeños de Harter, SPPC = Perfil de Autopercepción para Niños de Harter, YSR = Autoinforme de los Jóvenes, BDI = Escala de Depresión de Beck, STAI = Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo, DTS (Davidson Trauma Scale) = Escala de Trauma de Davidson, TAA = Terapia de grupo asistida por animales, ASI = Abuso Sexual Infantil

Las intervenciones analizadas en este estudio utilizaron la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) en dos modalidades (basada en juegos en formato grupal y centrada en el trauma formato individual), y la Terapia de Grupo (TG) (con enfoque cognitivo conductual, con enfoque cognitivo conductual basada en juegos y TG asistida por animales). Para determinar su eficacia fue necesario analizar el tamaño de efecto de cada una de ellas, no obstante, solo dos de los ocho estudios reportaron tamaño de efecto (d de Cohen), por tal razón se procedió a estimarlo en función de los valores que sí reportaron todos (media y desviación estándar), y para ello se utilizó el módulo de cálculo de tamaño de efecto en el programa Microsoft Excel (Domínguez-Lara, 2018).

En general, todas las intervenciones resultaron ser eficaces para reducir los síntomas manifestados por el abuso sexual infantil (ASI). No obstante, la que tuvo mayor eficacia debido a los tamaños de efecto grandes en los tres síntomas abordados (TEPT = 1.21, depresión = 1.72 y ansiedad = 1.65) fue la TCC centrada en el trauma formato individual (Guerra & Barrera, 2017). Otro de los síntomas que mayor reducción tuvo gracias a este enfoque fue los problemas de conducta ($d = 2.62$) (Kaur & Sandhu, 2013).

Se encontró que, de los ocho estudios, seis no utilizaron un grupo de control, lo que pone en fluctuación la validez de los resultados obtenidos en sus intervenciones. A pesar de ello, se describen a continuación estos hallazgos que en su mayoría fueron eficaces.

El síntoma que más reducción significativa tuvo fue la depresión gracias a la TG asistida por animales ($d=.87$) y la TCC basada en juegos en formato grupal ($d=1.17$) (Guerra & Barrera, 2017, Dietz et al., 2012, Springer et al., 2012).

Para reducir el TEPT, la TG con enfoque cognitivo conductual y la TG asistida por animales tuvieron tamaños de efectos significativos ($d=.99$, $d=.85$) (Habigzang et al., 2013, Dietz et al., 2012), asimismo para ansiedad ($d=.82$, $d=.78$), y disociación ($d=.83$) (Dietz et al., 2012), y para fortalecer la seguridad personal ($d=7.8$) (Liotta et al., 2015).

Sin embargo, para otros síntomas como ira ($d=.66$), preocupaciones sexuales ($d=.59$), internalización ($d=.67$ en niños y adolescentes; $d=.65$), problemas de conducta ($d=.64$ en niños y $d=.61$ en adolescentes), conocimiento sobre el abuso

($d=.79$), conductas sexuales no apropiadas ($d=.32$, $d=.44$), externalización ($d=.36$), autopercepción ($d=.47$) y habilidades sociales ($d=.29$ en niños y $d=.25$ en adolescentes) estas terapias tuvieron tamaños de efectos medianos (Dietz et al., 2012, Misurell et al., 2011, Springer et al., 2012).

La TCC basada en el juego formato grupal y la TG con enfoque cognitivo conductual lograron mantener los efectos de las intervenciones a lo largo del tiempo, a los 3 meses (Springer et al., 2012) y a los 6 y 12 meses (Habigzang et al., 2013). En ambos abordajes se mantuvo la reducción de los síntomas de internalización ($d = .65$), ansiedad ($d = .60$), depresión ($d = 1.17$, $d= .45$), externalización ($d = .36$), habilidades de seguridad personal ($d = .87$), comportamientos sexuales ($d = .44$), estrés ($d = .49$), ansiedad estado ($d = .57$), ansiedad rasgo ($d = .82$), TEPT – reexperimentación ($d = .99$), TEPT – evitación ($d = 1.16$), TEPT – excitabilidad aumentada ($d = .69$).

La TCC basada en el juego formato grupal presentó mortalidad experimental en dos intervenciones, en la de Springer et al. (2012) 32 personas desertaron de 123, y en el estudio de Misurell et al. (2011) empezaron 60 pero desertaron 12. En la TG con enfoque cognitivo conductual (Habigzang et al., 2013) de 49 personas que completaron el programa, 35 participaron en el seguimiento de 3 meses.

El objetivo de las intervenciones se orientó a reducir principalmente el trastorno de estrés postraumático (Hubel et al., 2014, Liotta et al., 2015, Dietz et al., 2012, Springer et al., 2012, Habigzang et al., 2013, Misurell et al., 2011, Kaur & Sandhu, 2013, Guerra & Barrera, 2017), los síntomas de externalización e internalización (Hubel et al., 2014, Liotta et al., 2015, Misurell et al., 2011), la depresión y la ansiedad (Hubel et al., 2014, Dietz et al., 2012, Springer et al., 2012, Habigzang et al., 2013, Guerra & Barrera, 2017).

Asimismo, se abordaron síntomas como los sentimientos de soledad, los temores relacionados con la victimización (Hubel et al., 2014), la disociación, las preocupaciones sexuales (Liotta et al., 2015, Dietz et al., 2012), los problemas de conducta sexual (Liotta et al., 2015, Springer et al., 2012, Misurell et al., 2011) y la ira (Dietz et al., 2012).

Además, en algunos estudios se abordó las habilidades de seguridad personal, los conocimientos que tienen los participantes respecto al abuso (Liotta et al., 2015, Springer et al., 2012, Misurell et al., 2011), las habilidades sociales y las habilidades

de autoprotección (Misurell et al., 2011). No obstante, solo un estudio abordó los problemas de conducta atribuidos al abuso sexual infantil (Kaur & Sandhu, 2013).

Todos estos síntomas fueron medidos por instrumentos psicométricos que tienen una adecuada validez y confiabilidad, según lo describen los autores de cada investigación.

Otras características de los estudios fue su procedencia, la mayoría fue de Estados Unidos (5); los demás de Brasil (1) India (1) y Chile (1). Las sesiones de los estudios oscilaban entre 8 y 18 sesiones semanales con una duración de 30 minutos a 1 hora y media.

V. DISCUSIÓN

Las intervenciones psicológicas que se aplican para abordar el Abuso Sexual Infantil son diversas, no obstante, en este estudio se encontraron intervenciones basadas en los siguientes enfoques, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en dos de sus modalidades (basada en juegos formato grupal y centrada en el trauma formato individual) y la Terapia de Grupo (TG) en tres modalidades (con enfoque cognitivo conductual, con enfoque cognitivo conductual basada en juegos y TG asistida por animales); dentro de ellas, la que ha tenido mayor eficacia por mostrar tamaños de efecto grandes ($d = >.80$) reduciendo los tres síntomas abordados (trauma, ansiedad y depresión) es la TCC centrada en el trauma en formato individual (Guerra & Barrera, 2017); así, se considera dicho formato como el más idóneo para tratar estos síntomas.

Una de las limitaciones relevantes de este estudio es haber encontrado que seis de las ocho investigaciones revisadas no utilizaron un grupo de control que les permita la comparación de sus resultados. Esto demuestra que no se puede asegurar que los cambios obtenidos por la aplicación de la intervención se hayan debido netamente a la manipulación de la variable independiente, por lo tanto, deja en duda la validez interna. Tal es el caso de la TG con enfoque cognitivo conductual que tuvo eficacia para reducir el trastorno de estrés postraumático, teniendo efectos grandes en dos indicadores (reexperimentación $d = .99$ y evitación $d = 1.16$), asimismo para

reducir la ansiedad rasgo ($d=.82$) y para aumentar la seguridad personal ($d= 7.8$) (Habigzang et al., 2013, Liotta et al., 2015).

También, la TCC basada en el juego formato grupal, que fue eficaz para reducir significativamente la depresión ($d=1.17$) (Springer et al., 2012) y la TG asistida por animales, la cual brinda un ambiente cálido y de confianza que permite a los participantes puedan expresar su experiencia de abuso (Molina et al., 2019), y a pesar de haber tenido tamaños de efectos grandes en la reducción de síntomas del TEPT y la disociación (Dietz et al., 2012), en esta ocasión no se puede asegurar que tales efectos son totalmente válidos, puesto que no se estableció un grupo de control.

Lo mismo sucede con el estudio de Liotta et al. (2015), en el que se concluyó que combinar las modalidades individual y grupal no mejora los beneficios de esta última, excepto que puede reducir considerablemente las preocupaciones sexuales de las víctimas. Sin embargo, al no contar con un grupo de control aparte de los dos grupos comparados en su investigación, deja en evidencia la falta de validez de sus resultados.

La validez interna de estos estudios también se vio amenazada por la mortalidad experimental que refirieron. Los estudios de Misurell et al. (2011) y Springer et al. (2012) que aplicaron la TCC basada en juegos formato grupal refirieron una mortalidad de 12 (de 60 participantes) para el primero; y para el segundo, 91 (de 123) completaron el tratamiento, este estudio también realizó un seguimiento de tres meses, en el cual sólo participaron 32. El estudio de Habigzang et al. (2013) (TG con enfoque cognitivo conductual) fue un segundo estudio que realizó seguimiento, pero en este procedimiento abandonaron 14, y sólo 35 participaron en los seguimientos de 6 y 12 meses.

Un tercer estudio realizó un seguimiento al mes de finalizado el tratamiento (TCC centrada en el trauma), sin embargo, este último estudio sólo aplicó una entrevista clínica, la cual puede considerarse insuficiente para medir si los resultados del tratamiento se mantienen. Dado que las manifestaciones del ASI pueden tener efectos mayores en la vida adulta, es relevante evaluar el mantenimiento de los resultados de cada intervención y de esta manera acrecentar su validez metodológica. Asimismo, recalcar que estos seguimientos deben ser evaluados con herramientas que midan los síntomas y no sólo con entrevistas clínicas.

En todos los estudios analizados los instrumentos psicométricos utilizados sí reportaron una validez y confiabilidad apropiada para su aplicación de acuerdo a lo que describen los autores. Esto puede haber influido también en los resultados eficaces de la mayoría de las intervenciones, puesto que, estas propiedades psicométricas permiten conocer el nivel de precisión para medir la variable dependiente y por consecuencia el efecto que tuvo por la manipulación de la variable independiente.

En esta revisión también se encontró que solo dos estudios reportaron tamaño de efecto (d de Cohen), y para poder comparar la eficacia, la investigadora tuvo que calcular este valor a partir de otros datos estadísticos que sí reportó cada investigación (media y desviación estándar).

Otro aspecto, es que solo un estudio se centró en reportar resultados de las pruebas aplicadas tomando en cuenta las etapas de desarrollo (niños separados de adolescentes) (Misurell et al., 2011). El rango de edad de los participantes era de 5 años a 18 años, y dado que los efectos del ASI y la forma de afrontarlo no es igual en todas las etapas de desarrollo, era necesario separar niños de adolescentes teniendo en cuenta sus características para poder desarrollar mejores estrategias de intervención. De la misma forma, en cuanto al género, ningún estudio refirió estrategias que consideraran las necesidades y las experiencias de cada niño, niña y adolescente.

La participación de los padres o cuidadores no agresores es un aspecto que puede influir en los resultados de los abordajes. En esta revisión se halló que solo tres intervenciones involucraron la participación de dichas personas con sesiones individuales y con sesiones acompañados de las víctimas; los demás estudios solo incluyeron a los cuidadores para la aplicación de pruebas relacionadas a la manifestación de sintomatología. Es importante que la intervención del ASI se expanda a los tutores de las víctimas, puesto que, esto permite direccionar el enfoque hacia la defensa y ayuda de las mismas, y de esta manera, minimizar los efectos.

También se puede hacer hincapié en los años que se han realizado los estudios, puesto que el más reciente fue en el 2017, y los otros siete se han realizado antes

del año 2016, reflejando que actualmente hay pocas investigaciones que se enfocan en tratamientos para el ASI.

Algunas limitaciones de esta revisión sistemática es que sólo se consideró los idiomas inglés y español, asimismo solo se realizó la búsqueda en cuatro bases de datos científicas.

VI. CONCLUSIONES

La Terapia Cognitiva Conductual centrada en el trauma es la más eficaz para tratar la sintomatología del abuso sexual infantil debido a que tuvo como resultados tamaños de efecto grandes para los tres síntomas abordados (trauma, depresión y ansiedad).

La sintomatología más abordada en el abuso sexual infantil es el trastorno del estrés postraumático, la depresión, la ansiedad, los síntomas internalizantes, las conductas externalizadoras, las preocupaciones sexuales, habilidades de seguridad personal, conocimiento sobre el abuso, problemas de conducta y problemas de autoestima.

Los síntomas que tuvieron una reducción significativa fueron el TEPT, la depresión, la ansiedad, los problemas de conducta, las habilidades de seguridad personal, y las preocupaciones sexuales.

Las características más relevantes de las intervenciones es que los enfoques más utilizados fueron la TCC en dos de sus modalidades (basada en juegos y centrada en el trauma) y TG en tres modalidades (con enfoque cognitivo conductual, con enfoque cognitivo conductual basada en juegos y TG asistida por animales).

Tres estudios tuvieron un diseño experimental y cinco fueron cuasi experimentales, asimismo tres presentaron mortalidad experimental, tres presentaron seguimientos después del tratamiento, sólo dos utilizaron un grupo control, y las sesiones oscilaban entre 8 y 18 sesiones semanales (de 30 minutos a 1 hora y media cada sesión).

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda que futuros estudios consideren en la selección definitiva de artículos la existencia de un grupo control, que permita más adelante una mejor determinación de la eficacia de la intervención.

Asimismo, se recomienda realizar revisiones sistemáticas en función de los síntomas que se manifiestan con más frecuencia considerando otros idiomas y expandiendo la búsqueda en otras bases de datos científicas, para enriquecer la determinación de la muestra.

Es relevante considerar para las futuras investigaciones las formas de abuso sexual, la etapa de desarrollo de los menores, el género y las cuestiones metodológicas antes debatidas con el fin de reforzar la eficacia de las intervenciones psicológicas. Asimismo, la condición económica y sociocultural, y la procedencia de cada estudio, para que se pueda llevar a cabo un análisis más equitativo.

Se recomienda también realizar intervenciones aplicadas sobre la problemática del abuso sexual infantil, con la finalidad de tratar inmediatamente los síntomas en la infancia, y así prevenir patologías en la edad adulta. Además, es fundamental que estas intervenciones consideren un grupo de control para contrastar resultados, asimismo la realización de seguimientos después del tratamiento para conocer los efectos de las psicoterapias a lo largo del tiempo.

REFERENCIAS

- Bados, A. (2008). La Intervención Psicológica: características y modelos. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona*.
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%c3%adsticas%20y%20modelos.pdf>
- Dietz, T., Davis, D. y Pennings, J. (2012). Evaluating Animal-Assisted Therapy in Group Treatment for Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21, 665-683.
- Domínguez-Lara, S. (2018). Magnitud del efecto: una guía rápida. *Educación Médica*, 19(4), 251-254. DOI: 10.1016/j.edumed.2017.0'
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 19(2), 469-486
- Echeburúa O., E. y Guerricaechevarría E., C. (2021). Abuso sexual en la infancia. Nuevas perspectivas clínicas y forenses. https://static0planetadelibroscom.cdnstatics.com/libros_contenido_extra/46/45368_Abuso_sexual_en_la_infancia.pdf
- Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil [FAPMI], 2004. *Bienestar y Protección Infantil* 3(2).
https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/Revista_Vol3_Num2_Completo.pdf#page=57
- Guerra, C. y Barrera, P. (2017). Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. *Revista de Psicología* 26(2), 1-13.
- Habigzang, L., Damásio, B. y Koller, S. (2013). Impac Evaluation of a Cognitive Behavioral Group Therapy Model in Brazilian Sexually Abused Girls. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22, 173-190.
- Harvey, S. y Taylor, J. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 517-535. DOI: 10.1016 / j.cpr.2010.03.006
- Hermenegildo, M., Cavalcante, F., Alves de Melo, R. y Cardoso, M. (2020). Sexual violence against children and adolescents: an análisis of prevalence and associated factors. *Journal of School of Nursing-University of Sao Paulo*, 54 (03633). DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019013303633>

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ta ed.). México D.F.: Mc GRAW – HILL / INTERAMERICANA
- Hubel, G., Campbell, C., West, T., Friedenberg, S., Schreier, A., Flood, M. y Hansen, D. (2014). Child Advocacy Center Based Group Treatment for Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23, 304-325.
- Karkoskova, S. y Ropovik, I. (2019). The Prevalence of Child Sexual Abuse between Slovak Late Adolescents. *Journal of Child Sexual Abuse*, 28(4), 452-471. DOI: 10.1080 / 10538712.2018.1553224
- Kloppen, K, Haugland, S., Svedin, C., Maehle, M. y Breivik, K. (2016). Prevalencia del abuso sexual infantil en los países nórdicos: una revisión de la literatura. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(1), 37-55. DOI: 10.1080 / 10538712.2015.1108944
- Kaur, S. y Sandhu, D. (2013). Trauma-focused CBT for reducing the behavior problems of adolescents abused sexually during childhood. *Indian Journal of Positive Psychology*, 4(3), 429-433.
- Kim, S., Noh, D. y Kim, H. (2016). A Summary of Selective Experimental Research on Psychosocial Interventions for Sexually Abused Children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(5), 597-617. DOI: 10.1080/10538712.2016.1181692
- Liotta, L., Springer, C., Misurell, J., Block-Lerner, J. y Brandwein, D. (2015). Group Treatment for Child Sexual Abuse: Treatment Referral and Therapeutic Outcomes. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24, 217-237.
- Macdonald, G., Higgins, J., Ramchandani, P., Valentine, J., Bronger, L., Klein, P., O'Daniel, R., Pickering, M., Rademaker B., Richardson, G. y Taylor, M. (2012). Cognitive-behavioral interventions for children who have been sexually abused. *Cochrane Database of Systematic Reviews (online)*, 5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22592679/>
- McTavish, J., Santesso, N., Amin, A., Reijnders, M., Ali, M., Fitzpatrick-Lewis, D. y MacMillan, H. (2019). Psychosocial interventions for responding to child sexual abuse: A systematic review. *Child Abuse & Neglect* 116(104203). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213419303801>
- Misurell, J., Springer, C. y Tryon, W. (2011). Game-Based Cognitive-Behavioral Therapy (GB-CBT) Group Program for Children Who Have Experienced Sexual Abuse: A Preliminary Investigation. *Journal of Child Sexual Abuse*, 20, 14-36.

- Molina, D., Jaime, E. y Gutiérrez, O. (2019). Intervención psicológica del abuso sexual en niños. *Rev. Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 12(3), 71 – 80. [Dialnet-IntervencionPsicologicaDelAbusoSexualEnNinos-7724177.pdf](https://dialnet-intervencionpsicologica-del-abuso-sexual-en-ninos-7724177.pdf)
- Monzón, J., Perera, J., Herreros, O. y Gastaminza, X. (2014). El abuso sexual en la infancia y la adolescencia. <https://www.researchgate.net/publication/266796297> El abuso sexual en la infancia y la adolescencia
- Moreno, B., Muñoz, M., Cuellar, J., Domancic, S. y Villanueva, J. (2018). Revisiones Sistemáticas: definición y nociones básicas. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral*, 11(3), 184-186.
- Muniz, A. (2018). Intervenciones en psicología clínica. Herramientas para la evaluación y el diagnóstico. https://psico.edu.uy/sites/default/pub_files/2018-11/Intervenciones%20en%20psicologi%CC%81a%20cli%CC%81nica.pdf
- Muntané, J. (2010). Introducción a la investigación básica. *RAPD ONLINE*, 33 (3), 221-227.
- Narang, J. Schwannauer, M., Quayle, E. y Chouliara, Z. (2019). Therapeutic interventions with child and adolescent survivors of sexual abuse: A critical narrative review. *Children and Youth Services Review* 107(104559). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190740918310867>
- Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (2018). Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia: Lineamientos para su abordaje interinstitucional. https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-11/AbusoSexual%2BAnexoM%C3%A9dico_Digital_Nov2018.pdf
- Pereda, B. (2010). Consecuencias Psicológicas a largo plazo del Abuso Sexual Infantil. *Papeles del Psicólogo* 31(2), 191-201. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77813509005.pdf>
- Prieto, L. (9 de diciembre de 2020). Ecuador: altos niveles de violencia sexual en las escuelas. Human Rights Watch. <https://www.hrw.org/es/report/2020/12/09/es-una-lucha-constante/la-violencia-sexual-en-instituciones-educativas-y-los>
- Radio Programas del Perú [RPP]. (21 de julio de 2020). Abuso infantil durante la COVID-19: ¿Cómo ayudar a las niñas víctimas de violencia? Radio Programas del Perú [RPP].

<https://rpp.pe/campanas/publirreportaje/abuso-infantil-durante-la-covid-19-como-ayudar-a-las-ninas-victimas-de-violencia-noticia-1281471?ref=rpp>

- Redondo, C. y Ortiz, M. (2005). El abuso sexual infantil. Revisión. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León* 45(191), 3-16. http://sccalp.org/boletin/191/BolPediatr2005_45_003-016.pdf
- Saldaña, L. (30 de mayo de 2018). Abuso sexual y embarazo en niñas. Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar. <https://observatorioviolencia.pe/ninas-embarazadas/>
- Springer, C., Misurell, J. y Hiller, A. (2012). Game-Based Cognitive-Behavioral Therapy (GB-CBT) Group Program for Children Who Have Experienced Sexual Abuse: A Three-Month Follow-Up Investigation. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21, 646-664.
- Tichelaar, H., Dekovic, M. y Endendijk, J. (2020). Exploring effectiveness of psychotherapy options for sexually abused children and adolescents: A systematic review of randomized controlled trials. *Children and Youth Services Review*, 119(4). https://www.researchgate.net/publication/344480251_Exploring_Effectiveness_of_Psychotherapy_Options_for_Sexually_Abused_Children_and_Adolescents_A_Systematic_Review_of_Randomized_Controlled_Trials
- Velásquez, M., Delgadillo, L. y González, L. (2013). Abuso sexual infantil, técnicas básicas para su atención. *Reflexiones* 92(1), 131-139. <https://www.redalyc.org/pdf/729/72927050010.pdf>
- Viviano, T. (2012). Abuso Sexual. Estadísticas para la reflexión y pautas para la prevención. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=nVQrDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&dq=estadisticas+del+abuso+sexual+infantil&ots=Dnksw8u829&sig=DWUytgFmBOME5pdguRgv9Yq4Sps#v=onepage&q=estadisticas%20del%20abuso%20sexual%20infantil&f=false>

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

1° FASE - SELECCIÓN DE ARTÍCULOS (CRIBADO)						
BASE DE DATOS	AUTOR	AÑO	TÍTULO	Condición	Motivo de rechazo	Link
1. SCOPUS	Caro P., Tuner W., Macdonald G.	2019	Comparative effectiveness of interventions to treat the psychological consequences of sexual abuse in children and adolescents	RECHAZADO	NO ES EXPERIMENTAL	10.1002 / 14651858.CD013361
2. SCOPUS	Van Westrhenen N., Fritz E., Vermeer A., Boelen P. Kleber R.	2019	Creative arts in psychotherapy for traumatized children in South Africa: an evaluation study	RECHAZADO	NO CUMPLE CON LA CARACTERÍSTICA DE LA POBLACIÓN	10.1371 / journal.pone.0210857
3. SCOPUS	Endendijk JJ., Tichelaar HK., Deen M., Dekovic M.	2021	Vil Du ?! incorporating serious play into therapy for sexually abused children and adolescents	RECHAZADO	NO ES EXPERIMENTAL	10.1186 / s13034-021-00377-3
4. SCOPUS	Hubel GS., Campbell C., West T., Friedenberg S., Schreier A., Inundación MF., Hansen Dj.	2014	Child child sexual abuse advocacy center-based group treatment	ACEPTADO		10.1080 / 10538712.2014.888121
5. SCOPUS	Liotta L., Springer C., Misurell JR., Block-Lerner J., Brandwein D.	2015	Interventions for child sexual abuse Group treatment for child sexual abuse: Treatment referral and therapeutic outcomes	ACEPTADO		10.1080 / 10538712.2015.1006747
6. SCOPUS	Bullens Q.	2012	[The task of the castle: build a metaphorical exploration tool for child victims of sexual abuse]	RECHAZADO	NO CUMPLE CON EL IDIOMA	10.1016 / i.neurenf.2012.06.002
7. SCOPUS	Dietz TJ., Davis D. y Pennings J.	2012	Evaluation of animal-assisted therapy in group treatment for child sexual abuse	ACEPTADO		10.1080 / 10538712.2012.726700
8. SCOPUS	Springer C., Misurell JR., Hiller A.	2012	Group Play-Based Cognitive Behavioral Therapy (GB-CBT) Program for Children Who Have Experienced Sexual Abuse: A Three-Month Follow-Up Investigation	ACEPTADO		10.1080 / 10538712.2012.722592
9. SCOPUS	Habigzang LF., Damasio BF. Y Koller SH.	2013	Impact evaluation of a cognitive-behavioral group therapy model in sexually abused Brazilian girls	ACEPTADO		10.1080 / 10538712.2013.737445
10. SCOPUS	Misurell JR., Springer C., Tryon WW.	2011	Group Play-Based Cognitive-Behavioral Therapy (Gb-Cbt) Program for Children Who Have Experienced Sexual Abuse: A Preliminary Research	ACEPTADO		10.1080 / 10538712.2011.540000
11. PROQUEST	Signal, T., Taylor, N., Botros, H., Prentice, K., Lazarus, K.	2013	Whispering to Horses: Childhood Sexual Abuse, Depression and the Efficacy of Equine Facilitated Therapy	RECHAZADO	No se relaciona con la finalidad de la inv.	https://www.researchgate.net/publication/237145214_Whispering_to_horses_Childhood_sexual_abuse_depression_and_the_efficacy_of_Equine_Facilitated_Therapy
12. PROQUEST	Shubhdip, Kaur; Damanjit, Sandhu	2013	Trauma-focused CBT for reducing the behavior problems of adolescents abused sexually during childhood	ACEPTADO		file:///C:/Users/USER/Desktop/TESIS%202/sesion%203/out.pdf
13. REDALYC	Guerra, C., Barrera P.	2017	Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma	ACEPTADO		https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26454662002
14. SCIELO	Schneider, J., Habigzang, L.	2016	Aplicación del Programa Superar Cognitivo-Conductual para la atención individualizada de niñas víctimas de violencia sexual: estudios de caso	RECHAZADO	NO ES EXPERIMENTAL	http://dx.doi.org/10.12804/apl34.3.2016.08
15. SCIELO	Guerra, C., Barrera P.	2017	Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma	RECHAZADO	DUPLICADO	http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.47952