

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/237043254>

Revisión sistemática de los programas de tratamiento psicológico aplicados a víctimas adultas de abuso sexual en la infancia

Article in *Anuario de Psicología* · January 2011

CITATIONS

2

READS

192

2 authors, including:



Noemí Pereda

University of Barcelona

114 PUBLICATIONS 2,143 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Corporal punishment: Prevalence, Severity and chronicity [View project](#)



Victimization and polyvictimization in adults with intellectual disability. [View project](#)

Rull, Joan; Pereda, Noemí

Revisión sistemática de los programas de tratamiento psicológico aplicados a víctimas adultas de abuso sexual en la infancia

Anuario de Psicología, vol. 41, núm. 1-3, diciembre, 2011, pp. 81-105

Universitat de Barcelona

Barcelona, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=97022648007>



Anuario de Psicología

ISSN (Versión impresa): 0066-5126

anuario-psicologia@ub.edu

Universitat de Barcelona

España

¿Cómo citar?

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista

Revisión sistemática de los programas de tratamiento psicológico aplicados a víctimas adultas de abuso sexual en la infancia

Joan Rull

Noemí Pereda

Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent (GReVIA)
Universitat de Barcelona

Introducción: Las víctimas adultas de abuso sexual en la infancia presentan una mayor vulnerabilidad a la sintomatología psicológica. Los objetivos de esta revisión son describir y analizar de forma crítica aquellos trabajos publicados en los últimos años respecto a la intervención psicológica con este tipo de víctimas y acercar estos estudios a los profesionales de habla hispana. Método: Entre enero de 2000 y junio de 2010 se seleccionaron aquellas publicaciones en revistas centradas en resultados de tratamientos psicológicos aplicados a víctimas adultas de abuso sexual en la infancia a través de las bases de datos Medline, Scopus, Psycinfo de la Web of Science utilizando los siguientes términos: (sexual abuse OR child sexual abuse) AND (psychological treatment OR psychological intervention). Resultados: Se identificaron 101 artículos potenciales, de los que se seleccionaron 19 tras su revisión. Se observa la hegemonía de Estados Unidos de América y Canadá en la publicación de este tipo de trabajos. Destaca la diversidad de orientaciones que se ponen en práctica en el tratamiento de las víctimas de abuso sexual, siendo los enfoques más seguidos el cognitivo-conductual y el psicodinámico, principalmente para trabajar sintomatología psicológica general en las víctimas. Conclusiones: No se observa una mayor eficacia por parte de ningún enfoque teórico sobre otro si bien sí de unas terapias sobre otras, dentro de un mismo enfoque. La mejor terapia es aquella que tiene en cuenta que el abuso sexual es una experiencia, no un síndrome específico.

Palabras clave: abuso sexual, infancia, tratamiento, víctimas, adultos, meta-análisis.

Psychological intervention with adults sexually abused as children: A systematic review

Introduction: Adult victims of child sexual abuse are more vulnerable to psychological symptoms. The objectives of this review are to describe and critically examine papers published in the last decade concerning psychological intervention with adult victims of childhood sexual abuse and to bring these studies to the Spanish-speaking population. Methods: The authors reviewed articles from January 2000 to June 2010 addressing the topic above. Literature was gathered from databases including Medline, Scopus and PsycINFO using the following terms: (sexual abuse OR child sexual abuse) AND (psychological treatment OR psychological intervention). Results: One hundred and one potential articles were identified and 19 studies were finally included. The strong contribution of North America and Canada to the study of psychological interventions with sexually abused victims is clear. Psychological treatments are diverse and mainly come from cognitive-behavioral and psychodynamic perspectives, focused on victims' general distress. Conclusions: No theoretical approach is better than other to treat sexual abuse symptoms. The best therapy might be one that takes into account that sexual abuse is an experience, not a specific syndrome.

Keywords: childhood antisocial behaviour, parenting styles, family structure, marital conflict, family stress

Introducción

La investigación llevada a cabo en las últimas décadas ha constatado que las consecuencias vinculadas a la experiencia de abuso sexual en la infancia son múltiples y afectan a diferentes áreas de la vida de la víctima, tanto en sus efectos inmediatos (Beitchman *et al.*, 1991; Pereda, 2009) como en aquellos que pueden aparecer años después del abuso (Beitchman *et al.*, 1992; Flitter, Elhai & Gold, 2003; Pereda, 2010).

Estos efectos adversos del abuso sexual infantil han sido replicados en numerosos trabajos y se hacen patentes tanto en estudios de gemelos (Dinwiddie *et al.*, 2000; Nelson *et al.*, 2002) como en la investigación longitudinal (Fergusson, Horwood & Linksey, 1996), sin poder describirse un conjunto concreto de síntomas que defina el patrón conductual, cognitivo, afectivo o de personalidad de una víctima de esta experiencia traumática, y dificultando, de este modo, su detección y posterior tratamiento (Maniglio, 2009).

Cabe añadir que la no revelación del abuso sexual cuando se producen los hechos (López, 1994), conduce a que sean pocas las víctimas que reciben ayuda temprana (Nagel, Putnam, Noll & Trickett, 1997), con lo que el riesgo de desarrollar problemas psicológicos en la edad adulta se incrementa de manera significativa (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2000; Beitchman *et al.*, 1992). Relacionado con este riesgo, la mayoría de tratamientos dirigidos a menores víctimas de abuso sexual inciden en la intervención con el entorno, que debe apoyar y facilitar un adecuado

desarrollo de aquellas áreas que se han encontrado más afectadas en los estudios sobre secuelas a largo plazo, como son dificultades en habilidades sociales, habilidades relacionales, intimidad y autoestima. Sin embargo, este apoyo no siempre resulta eficaz o suficiente para evitar los posteriores efectos del abuso sexual en la edad adulta (Corcoran & Pillai, 2008) y, menos aún, si no se realiza un seguimiento terapéutico de la víctima y de su entorno (Grosz, Kempe & Kelly, 2000).

En esta línea, los estudios de revisión confirman una elevada frecuencia de trastornos de la personalidad en víctimas adultas (Pereda, Gallardo-Pujol & Jiménez Padilla, 2011), siendo los más comunes el trastorno límite en mujeres y el trastorno antisocial en hombres; los trastornos del estado de ánimo, como la depresión mayor y el trastorno bipolar (Martsolf & Draucker, 2005), llegando incluso a darse ideaciones y conductas autolíticas; trastornos ligados directamente a la experiencia traumática, como el trastorno por estrés postraumático, habitualmente de aparición demorada y crónico, el trastorno de ansiedad generalizada, trastornos vinculados a crisis de pánico y la agorafobia (Flitter *et al.*, 2003; Beitchman *et al.*, 1992), entre otros.

Si bien los primeros estudios empíricos sobre psicoterapia en víctimas de abuso sexual en la infancia datan de la segunda mitad de la década de los ochenta (e.g. Jehu, Klassen & Gazan, 1986; Alexander *et al.*, 1989; Carver, Stalker, Stewart & Abraham, 1989; Roberts & Lie, 1989), es en los últimos años cuando se han producido un mayor número de publicaciones. Son diversos los trabajos publicados sobre cómo tratar estas múltiples consecuencias desde diversas disciplinas, perspectivas teóricas y formatos, sin llegar a demostrarse ninguna de estas intervenciones superior a las otras de una forma global (Hetzl-Riggin, Brausch & Montgomery, 2007). En lo que respecta a la intervención psicológica, ni los metanálisis (Harvey & Taylor, 2010) ni las revisiones sistemáticas (Martsolf & Draucker, 2005) publicadas hasta el momento, han podido demostrar la mayor eficacia de un tratamiento sobre otro, siendo los programas que combinan diferentes técnicas en búsqueda del mayor beneficio del paciente los que han conseguido unos efectos más relevantes (Taylor & Harvey, 2010).

Viendo la complejidad y diversidad de trastornos y problemas que se relacionan con el abuso sexual en la infancia, la idea de un tratamiento único, aplicable a todas las víctimas de esta experiencia, no parece una opción realista ni adecuada, dado que el abuso sexual en la infancia es una experiencia vital, no un conjunto de síntomas específicos, y cada persona cuenta con sus propios recursos para llegar al objetivo de la superación (Hetzl-Riggin *et al.*, 2007; Parker *et al.*, 2007). En este sentido, el concepto de resiliencia y la existencia de factores de protección en la víctima, refiriéndose a la interacción entre las características del individuo y de su entorno con la situación, (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000) juegan un fuerte papel, que no puede obviarse.

El objetivo del presente estudio es describir y analizar de forma crítica aquellos trabajos publicados en los últimos diez años respecto a la intervención psicológica con víctimas adultas de abuso sexual en la infancia dado que, si bien exis-

ten diversos trabajos de revisión publicados en lengua inglesa (destacando la reciente publicación de Taylor y Harvey, 2010), estos han utilizado criterios amplios, que no siempre han tratado la experiencia de abuso sexual como principal motivo de consulta para el tratamiento. Por otro lado, no existen estudios sobre esta temática en lengua española, si bien destaca el reciente trabajo de Sánchez-Meca, Rosa-Alcázar y López-Soler (2011) con menores víctimas de abuso sexual, lo que limita el acceso de muchos profesionales a resultados rigurosos sobre la efectividad de programas y líneas de intervención que pueden estar aplicando en su práctica clínica y que requieren de una revisión crítica.

Método

Selección de los estudios

Se seleccionaron aquellas publicaciones en revistas, no tesis doctorales ni capítulos de libro, de los últimos diez años (entre enero de 2000 y junio de 2010), dados los importantes cambios llevados a cabo en este tema, en inglés o español exclusivamente, centradas en resultados de tratamientos psicológicos aplicados a víctimas adultas de abuso sexual en la infancia a través de las bases de datos *Medline*, *Scopus*, *Psycinfo* de la Web of Science utilizando los siguientes términos: (*sexual abuse OR child sexual abuse*) AND (*psychological treatment OR psychological intervention*). Como complemento a lo anterior también se examinaron las listas de referencias de aquellos estudios de revisión publicados, como el de Taylor & Harvey (2010).

Para ser incluidos en esta revisión los estudios debían cumplir, además, los siguientes criterios: (a) ser una investigación empírica en la que adultos víctimas de abuso sexual en la infancia recibieran algún tipo de tratamiento psicológico; (b) incluir uno o varios grupos de tratamiento diferentes, con o sin grupo control, pero con medidas pre y post-test; (c) el tratamiento debía ir dirigido a la víctima adulta, ya fuera solo a esta, a esta y a su pareja, o a esta y a algún otro miembro de la familia; (d) el estudio debía incluir los datos necesarios para calcular el tamaño del efecto (TE) o alguna medida comparativa que permitiera evaluar la efectividad del tratamiento.

Como criterios de exclusión, se descartaron todos aquellos estudios en cuyo *abstract* no se incluyeran los temas de revisión o hicieran referencia a temas relacionados, pero no directamente vinculados, como el tratamiento a delincuentes sexuales, el tratamiento a menores víctimas o la intervención no dirigida al abuso sexual en sí mismo sino a otro tipo de problemas en los que la experiencia de abuso sexual en la infancia era una variable de agrupación para comparar los resultados obtenidos, por ejemplo entre víctimas de abuso sexual con VIH y no víctimas con la misma enfermedad (e.g., Masten, Kochman, Hansen & Sikkema, 2007), abuso de sustancias (e.g., Trute, Docking & Hiebert-Murphy, 2001) u otros.

Codificación de los estudios

Se registraron una serie de variables relativas a los estudios revisados relacionadas con el diseño y la metodología del estudio: (a) país en el que se desarrolla la intervención; (b) diseño del estudio (cuasi-experimental, descriptivo probabilístico); (c) existencia de grupo control; (d) asignación a las condiciones (aleatoria, no aleatoria); (e) número de participantes.

También se codificaron variables relacionadas con el tipo de tratamiento aplicado como son: (a) enfoque terapéutico; (b) variables a trabajar; (c) formato de la terapia (individual, grupal, mixto); (d) duración de la terapia; (e) número de sesiones; (f) duración de las sesiones; (g) frecuencia de las sesiones; (h) número de terapeutas; (i) sexo del terapeuta; (j) formación y experiencia del terapeuta; (k) seguimiento (posterior al fin del tratamiento).

A su vez, se registraron variables relacionadas con los adultos tratados: (a) tipo de población (población comunitaria, muestra clínica, muestra de conveniencia); (b) sexo de los participantes (varones, mujeres, ambos sexos); (c) edad media de la muestra (en años); (d) grupo étnico de los participantes; (e) estado civil de los participantes; (f) nivel educativo de los participantes; (g) nivel de ingresos anuales de los participantes; (h) tipo de abuso (con contacto físico, sin contacto físico, ambos); (i) duración del abuso; (j) número de agresores.

Todas las variables de los estudios revisados fueron codificadas de forma independiente por los dos autores, alcanzándose un grado medio de acuerdo del 92,6%. En aquellos casos en los que se produjo algún desacuerdo, este se resolvió por consenso.

Resultados

Se identificaron 101 artículos potenciales, de los que se seleccionaron 19 tras su revisión, excluyendo el resto por no cumplir los criterios de inclusión previamente establecidos.

País en el que se desarrolla la intervención

Los trabajos respecto a programas de tratamiento en víctimas de abuso sexual infantil provienen, principalmente, de los Estados Unidos de América (42,1%) y Canadá (21%). Les sigue Suecia y el Reino Unido (con un 10,5% de los casos), así como Dinamarca y Noruega (con un 5,3%). En un 5,3% de los casos no se especifica el país en el que se ha desarrollado la intervención.

Diseño del estudio, existencia de grupo control y asignación a las condiciones

El análisis del diseño del estudio es relevante puesto que ofrece indicaciones respecto a la rigurosidad de los resultados que se obtengan de este, predominando en los trabajos incluidos en la presente revisión los estudios empíricos cuasi experimentales con evaluaciones pre y post tratamiento, algunos sin grupo control (36,8%), si bien prevalecen aquellos que utilizan un grupo control (63,2%) que, por lo general, se trata de un grupo de lista de espera, debido a las consideraciones éticas que suponen dejar a un individuo sin tratamiento cuando se tiene conocimiento de que lo necesita.

Respecto a la asignación de los sujetos al grupo control, en un 58,3% de los casos se utilizó el azar como método de agrupación. En un 41,7% de los casos con grupo control, no se especificó la asignación a los grupos en el trabajo analizado.

Número de participantes

El total de participantes evaluados en los estudios revisados asciende a 1.127 ($M= 55,1$, $DT= 50,1$), contando la muestra más pequeña con solo cinco participantes (Romano & De Luca, 2006) y la mayor con 218 (Stalker *et al.*, 2005).

Características del tratamiento aplicado

Enfoque terapéutico

En la tabla 1 se muestran los enfoques teóricos que sustentan las diversas terapias que analizan los artículos revisados. Destaca la diversidad de orientaciones que se ponen en práctica en el tratamiento de las víctimas de abuso sexual; si bien, como se observa, los enfoques más seguidos son el cognitivo-conductual (31,6%) y, en segundo lugar, el enfoque psicodinámico (26,3%).

Variables a trabajar

Las variables a trabajar seleccionadas en los estudios revisados son diversas, como corresponde a la diversidad de síntomas que presentan las víctimas. Aquella variable más presente es la referida a sintomatología psicológica o malestar psicológico general que aparece en 11 artículos (57,9%). Dentro de estos síntomas, y de manera más concreta, subrayar la evaluación de síntomas ansiosos (ilustrándose en el análisis de sintomatología postraumática, en un 47,4% de los trabajos revisados y otros síntomas de ansiedad general en un 26,3%) y afectivos (como la sintomatología depresiva en un 36,8% de los estudios). Otras variables que aparecen vinculadas a estas dificultades y de forma frecuente en los estudios son las referidas a distorsiones cognitivas, como la baja autoestima o el sentimiento de culpa (ambas en un 21%). Únicamente Price (2005) se centra en la evaluación y el desarrollo de variables positivas, como el bienestar psicológico y físico de las víctimas de abuso sexual. El resto de variables evaluadas puede observarse en la tabla 1.

TABLA 1. RELACION DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN CON SUS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS

<i>Autores y año de publicación</i>	<i>Sexo y edad de la muestra</i>	<i>N</i>	<i>Enfoque terapéutico</i>	<i>Variables a trabajar</i>
1 Rieckert & Möller (2000)	M M= 28a.	42	Terapia racional emotiva conductual, centrada en la reestructuración cognitiva y la consiguiente modificación del estilo conductual y emotivo.	Síntomas depresivos, ansiedad, ira, culpa, autoestima, satisfacción sexual.
2 Gorey <i>et al.</i> (2001)	M n.e.	158	Terapia cognitivo-conductual de solución de problemas.	Culpa, aislamiento y desesperanza.
3 Lundqvist & Ojehagen (2001)	M M= 32a.	22	Enfoque psicodinámico.	Síntomas psicopatológicos, interacción social y ajuste social.
4 Sharpe <i>et al.</i> (2001)	V 21-55a.	27	Enfoque psicodinámico de psicoterapia analítica grupal.	Síntomas depresivos y ansiedad.
5 Talbot <i>et al.</i> (2003)	M n.e.	86	Terapia "Women's Safety in Recovery" que incluye sesiones psicoeducativas, resolución de problemas y entrenamiento en habilidades constructivas. Se evita la divulgación detallada de historias de abuso. Entre las técnicas se destaca el uso de artes creativas. Y tratamiento usual, basado en técnicas cognitivas, psicoeducativas y de reducción de síntomas.	Síntomas psicopatológicos.
6 Price <i>et al.</i> (2004)	M, V M= 32-34a.	27	Enfoque psicodinámico.	Síntomas psicopatológicos, ajuste social, funcionamiento interpersonal y personalidad, estimación del funcionamiento global del paciente.
7 Kretzler (2005)	M M= 36-38a.	121	n.e.	Síntomas depresivos, síntomas psicopatológicos, sintomatología postraumática, autoestima.
8 Price (2005)	M Md= 41a.	24	Terapia orientada al cuerpo y masaje, basada en la toma de conciencia del propio cuerpo y las emociones, combinando masajes con mensajes verbales.	Bienestar psicológico, síntomas postraumáticos, síntomas de disociación; bienestar físico, síntomas físicos, conexión con el cuerpo, consciencia corporal e inversión corporal.
9 Ryan <i>et al.</i> (2005)	M 21-61a.	48	Psicoterapia focal e integradora, basada en la psicoeducación de los participantes respecto al abuso sexual.	Síntomas psicopatológicos, dificultades específicas del abuso sexual.
10 Stalker <i>et al.</i> (2005)	M M= 33a.	218	Terapia de orientación sistémica basada en The Sanctuary Model (Bloom, 1997), para la recuperación del estrés postraumático construyendo una red social de apoyo para la víctima.	Síntomas psicopatológicos, sintomatología postraumática, esquemas cognitivos.

TABLA 1. RELACIÓN DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN CON SUS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS (CONT.)

<i>Autores y año de publicación</i>	<i>Sexo y edad de la muestra</i>	<i>N</i>	<i>Enfoque terapéutico</i>	<i>VARIABLES A TRABAJAR</i>
11 Lundqvist, Svedin, Hansson & Broman (2006)	M M=34-41a.	77	Enfoque psicodinámico.	Síntomas psicopatológicos, síntomas posttraumáticos, modelo de afrontamiento al estrés.
12 Romano & De Luca (2006)	V 23-37a.	5	Enfoque cognitivo-conductual.	Relato del abuso, sentimiento de culpa, ira y ansiedad.
13 Cole, Sarlund-Heinrich & Brown, (2007)	M M=31a.	13	Terapia de orientación cognitivo-conductual centrada en el trauma de enfoque feminista, basada en la reestructuración de los pensamientos relativos al hecho traumático, desde la orientación feminista de las relaciones de poder constituidas por la sociedad patriarcal.	Síntomas psicopatológicos y síntomas posttraumáticos.
14 Hébert & Bergeron (2007)	M M=37.4a.	52	Enfoque feminista, basado en la reflexión sobre la cultura patriarcal, animando a las participantes a luchar por el cambio de las normas sociales que convierten a algunos hombres en abusadores.	Síntomas depresivos, malestar psicológico, autoestima, síntomas posttraumáticos, ansiedad sexual, capacidad de enfrentarse a los recuerdos del abuso sexual, sentimiento de culpa, estigmatización, sentimiento de impotencia, asertividad, violencia en la pareja.
15 Lau & Kristensen (2007)	M M=32-34a.	86	Teoría del análisis de grupos y teoría sistémica.	Funcionamiento general, síntomas psicopatológicos, problemas relacionales, calidad de vida.
16 Maclintosh & Johnson (2008)	M, V M=40.5a.	10	Terapia centrada en la emoción: desde una perspectiva sistémica se aborda la relación de pareja y las emociones que se dan en ella.	Síntomas traumáticos, síntomas posttraumáticos.
17 Harper <i>et al.</i> (2009)	M n.e.	50	n.e.	Síntomas depresivos, satisfacción general y autoestima.
18 Jepsen <i>et al.</i> (2009)	M, V M=41.7a.	34	Psicodinámico y cognitivo-conductual.	Problemas interpersonales, síntomas posttraumáticos, síntomas depresivos y síntomas psicopatológicos.
19 Kimborough <i>et al.</i> (2010)	M, V Más 21a.	27	Tercera generación (mindfulness), mediante el trabajo de meditación.	Depresión, ansiedad, capacidad de mindfulness, síntomas posttraumáticos generales, evitación/embotamiento, reexperimentación, hiperactivación.

n.e.: no especificado
M: Mujeres
V: Varones

Se aprecian algunas diferencias cualitativas en cuanto a las variables a trabajar, encontrando que el sentimiento de culpa se trabaja, principalmente, en artículos cognitivos-conductuales (Gorey *et al.*, 2001; Romano & De Luca, 2006), si bien también se enfoca desde la perspectiva feminista (Hébert & Bergeron, 2007). Por su escasa frecuencia, destacar el desarrollo de las habilidades mentales (o mindfulness), en las terapias denominadas de tercera generación (Kimborough *et al.*, 2010) y la conexión con el cuerpo, consciencia corporal e inversión corporal (o recursos destinados al cuidado corporal) en el estudio de Price (2005).

Formato de la terapia

De los 19 procesos terapéuticos descritos en los 19 artículos (en dos de ellos se describe más de una terapia y en otros dos no se especifica el modelo terapéutico), la gran mayoría son formatos grupales (68,4%), en un 15,8% mixtos, en dos casos individuales (10,5%) y únicamente uno se refiere a terapia de pareja (5,3%) (MacIntosh & Johnson, 2008).

Duración de la terapia, número de sesiones, duración y frecuencia de estas

La duración media de las terapias analizadas ha sido de 33,9 semanas ($DT=36,9$), siendo la más corta de seis semanas y, la de mayor duración, de poco más de dos años. El número de sesiones, su duración y frecuencia son más bien variables, tal y como puede observarse en la tabla 2, si bien destacan las sesiones semanales (52,6%) de más de una hora de duración (47,4%).

Número, sexo, formación y experiencia del terapeuta

En cuanto al número de terapeutas, en ocho de los estudios no se proporciona este dato (42,1%), mientras que en los trabajos que sí se da esta información suelen ser dos los terapeutas intervinientes (31,6%). En cuatro casos la intervención la realiza un solo terapeuta (21%) y en uno de los estudios se especifica que el número de terapeutas variaba según el tamaño del grupo de terapia y la disponibilidad de los profesionales (Gorey, *et al.*, 2001).

Respecto al sexo de los terapeutas, en seis de los estudios (31,6%) las terapeutas fueron exclusivamente mujeres, mientras que en dos casos (Sharpe *et al.*, 2001; Price *et al.*, 2004) la terapia la dirigían profesionales de ambos sexos (10,5%). En la mayoría de artículos revisados no se ofrece esta información (57,9%).

Se informa de la formación y experiencia del terapeuta en seis artículos, es decir en el 31,6% de los recogidos en la revisión. En un 83,3% de estos casos se trata de profesionales experimentados en la terapia aplicada y en un 16,6% de estudiantes avanzados, entrenados específicamente para su aplicación (Price *et al.*, 2004).

TABLA 2. NÚMERO DE SESIONES TERAPÉUTICAS, FRECUENCIA Y DURACIÓN

<i>Artículo</i>	<i>Número de sesiones</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Duración</i>	<i>Total</i>
Rieckert & Möller (2000)	10	Semanal	120 minutos	10 semanas
Gorey <i>et al.</i> (2001)	15	No especificado	No especificado	No especificado
Lundqvist & Ojehagen (2001)	Sin datos	No especificado	Sin datos	2 años
Sharpe <i>et al.</i> (2001)	112	Semanal	1'5 horas	28 meses
Talbot <i>et al.</i> (2003)	WSIR: 3 semanales	Semanal	1 hora	No especificado
Price <i>et al.</i> (2004)	Variable (26 de media)	Bisemanal	No especificado	10 semanas
Kreidler (2005)	No especificado	Semanal	2 horas	50 semanas
Price (2005)	8	Semanal	1 hora	Variable (<i>M</i> = 6 meses)
Ryan <i>et al.</i> (2005)	12	Semanal	No especificado	12 semanas
Stalker <i>et al.</i> (2005)	No especificado	No especificado	No especificado	6 semanas
Lundqvist <i>et al.</i> (2006)	46	Bisemanal	No especificado	2 años
Romano & De Luca (2006)	17-25 (20 de media)	Bisemanal	No especificado	No especificado
Cole <i>et al.</i> (2007)	16	Bisemanal	2'5 horas	8 semanas
Hébert & Bergeron (2007)	De 15 a 17	Semanal	3 horas	15 a 17 semanas
Lau & Kristensen (2007)	A: 1 semanal S: 2 semanales	Semanal	A: 2.25 horas S: 2'5 horas	A: 12 meses S: 5 meses
MacIntosh & Jonson (2008)	De 11 a 26	No especificado	No especificado	No especificado
Harper <i>et al.</i> (2009)	15	Semanal	1'5 a 2 horas	15 semanas
Jepsen <i>et al.</i> (2009)	2 grupo diario y 1-2 individuales	Diario/semanal	75-90 y 60 minutos	3 meses
Kimbrough <i>et al.</i> (2010)	8	Semanal	2.5 a 3 horas clase /5 horas reflexión	8 semanas

Cabe mencionar que la mayoría de profesionales intervinientes en el proceso terapéutico provienen del ámbito de la salud mental (psicólogos y/o psiquiatras), si bien en un caso la intervención es realizada por trabajadores sociales (Gorey *et al.* 2001) y, en dos casos más, el equipo es multidisciplinar, contando también con religiosos y profesionales del ámbito médico y social (Jepsen *et al.*, 2009; Stalker *et al.*, 2005).

Seguimiento

Respecto al seguimiento de los resultados obtenidos con el tratamiento, encontramos que este se ha realizado en el 52,6% de los estudios revisados, siendo habitual el seguimiento a los seis meses, que se presenta en tres estudios (15,8%). El mayor tiempo en el que se comprueba si se mantienen los beneficios de los resultados es un año (15,8% de los artículos) y, únicamente en un artículo, se hace seguimiento a los dos meses (Rieckert & Möller, 2000), que es el menor tiempo observado. En dos trabajos se llevan a cabo dos evaluaciones de seguimiento, al mes y a los tres meses (Price, 2005) y a los cuatro y a los ocho meses (Ryan *et al.*, 2005); y en otro hay tres evaluaciones de seguimiento, a los tres, los seis y los 12 meses (Stalker *et al.*, 2005).

Características demográficas

Tipo de población

En general las muestras utilizadas han sido de conveniencia, aprovechándose las demandas de tratamiento por abuso sexual recibidas o detectadas en el entorno en que se encontraba el investigador (68,4%). En otros casos se ha intervenido con pacientes psiquiátricos ambulatorios a los que se les ha interrogado sobre sus posibles experiencias de abuso sexual en la infancia (15,8%). Por último, el método menos utilizado ha sido la publicación de anuncios en los medios de comunicación para recabar muestra comunitaria víctima de abuso sexual infantil (10,5%). En el trabajo de Harper *et al.* (2009) no se especifica esta información.

Dentro de las muestras denominadas de conveniencia, únicamente en cuatro artículos se trata de pacientes internados en un centro psiquiátrico que representan un 30,8% del total de pacientes en los estudios con este tipo de muestras. Uno de los trabajos se realizó con mujeres delincuentes ingresadas en un centro penitenciario (Cole *et al.*, 2007).

Características sociodemográficas de los participantes

La edad media de las participantes en los distintos estudios es de 35,7 años ($DT=4,27$), comprendiéndose en un rango de entre los 18 y los 67 años. De estos,

la inmensa mayoría eran mujeres, aproximadamente el 89,5% de las pacientes. En cuanto al estado civil destacar que la mitad de la muestra está casada o vive en pareja (52,6%). El nivel educativo se especifica en 11 artículos y se encuentra descrito de muy diversas formas. En cinco trabajos una parte de la muestra tiene estudios universitarios (26,3%); dos trabajos cuentan con muestras que disponen, como máximo, de estudios secundarios (10,5%); en dos estudios la muestra ha tenido más de 12 años de educación (10,5%) y en otros dos menos de 12 años de educación (10,5%). Finalmente, en cuanto al grupo étnico solo se encuentra mencionado en siete artículos siendo mayoritario, en estos trabajos, el caucásico.

Tipo de abuso, duración y número de agresores

En el 31,6% de los artículos revisados, los participantes refieren haber experimentado abusos sexuales en la infancia con y sin contacto físico; mientras que en un 15,8% se trató solo a personas que fueron víctimas de abusos con contacto físico. En 10 de los estudios no se especifica el tipo de abuso sufrido (52,6%). Únicamente en siete estudios se aporta información sobre la duración del abuso, obteniéndose una media de 7,6 años ($DT= 1,0$). En cuanto al número de agresores, solo seis estudios aportan esta información dando como resultado aproximado que, en la mitad de los casos, la víctima lo fue de más de un agresor.

Resultados de los tratamientos

Por razones éticas, es frecuente que en los estudios de tratamiento a víctimas de abuso sexual no se incluyan grupos control (Sánchez-Meca *et al.*, 2011). Dado que la mayoría de estudios revisados presentaban datos sobre el estado de los pacientes pretratamiento y postratamiento, se ha usado como índice de tamaño del efecto la diferencia de medias estandarizadas o índice d , siguiendo la metodología de Cooper, Hedges y Valentine (2009) que propone analizar la diferencia entra la media posttest y la pretest dividido entre la desviación estándar en el pretest, y entendiendo que un índice d positivo indica, que el tratamiento supone una mejora en la medida posttest para los pacientes. En la mayoría de artículos incluidos en la revisión se ha encontrado o se ha podido calcular el tamaño del efecto, tal y como se puede observar en la tabla 3. Para el estudio de Talbot *et al.* (2003) se proporciona la pendiente de regresión y su correspondiente error estándar; para el trabajo de Kreidler (2005) se ofrece la significación de la prueba t ; y Romano y De Luca (2006) proporcionan el coeficiente f^2 (Cohen, 1992).

TABLA 3. TAMAÑO DEL EFECTO DEL TRATAMIENTO EN LOS ESTUDIOS REVISADOS

	<i>Autores y año de publicación</i>	<i>Variables trabajadas como efecto</i>	<i>M (DT) pretratamiento</i>	<i>M (DT) postratamiento</i>	<i>d</i>
1	Rieckert & Möller (2000)	Síntomas depresivos Ansiedad Ira Culpa Autoestima Satisfacción sexual	43 63,46 31,73 41,12 27,62 8,29	8,15 31,35 14,35 26,58 62,31 5,47	- - - - - -
2	Gorey <i>et al.</i> (2001)	Culpa Aislamiento Desesperanza	33,9 (9,9) 40,3 (10,7) 29,8 (7,5)	26,5 (10) 32,6 (10,9) 22,2 (8,6)	0,75 0,72 0,96
3	Lundqvist & Ojehagen (2001)	Síntomas psicopatológicos generales Somatización Obsesivo-compulsivo Sensibilidad interpersonal Depresión Ansiedad Hostilidad Ansiedad fóbica Paranoia Psicoticismo Interacción social	1,38 (0,8) 1,2 (1) 1,49 (0,9) 1,54 (0,9) 1,84 (1,1) 1,51 (1) 1,11 (0,9) 0,8 (0,7) 1,47 (1) 1,04 (0,6) 15 (6,8)	0,96 (0,8) 1,03 (1,0) 0,97 (0,9) 1,09 (0,9) 1,35 (1,1) 1,02 (1,0) 0,79 (0,9) 0,51 (0,7) 1,02 (1,0) 0,5 (0,6) 18,4 (8,0)	0,525 0,17 0,577 0,5 0,445 0,49 0,355 0,414 0,45 0,9 0,5
4	Sharpe <i>et al.</i> (2001)	Síntomas depresivos Ansiedad	26 (11,4) 58,3 (11,4)	15,2 (13,5) 45,2 (15,7)	0,947 1,149
5	Talbot <i>et al.</i> (2003)	Amabilidad <i>Tratamiento habitual</i> <i>Women in safety recovery</i> Extraversión <i>Tratamiento habitual</i> <i>Women in safety recovery</i>	- - - -	- - - -	<i>b</i> = -0,24; <i>SE</i> = 0,17 <i>b</i> = 0,42; <i>SE</i> = 0,27 <i>b</i> = -0,20; <i>SE</i> = 0,17 <i>b</i> = 0,31; <i>SE</i> = 0,17
6	Price <i>et al.</i> (2004)	Valorado por el paciente <i>Síntomas psicopatológicos</i> <i>Depresión</i> <i>Sensibilidad interpersonal</i> <i>Ansiedad</i> <i>Ajuste Social</i> Valorado por el terapeuta <i>Funcionamiento global</i> <i>Funcionamiento interpersonal</i> <i>Funcionamiento social y ocupacional</i>	1,42 (0,59) 2,07 (0,86) 1,93(0,95) 1,26(0,69) 2,22 (0,27) 57,83 (5,80) 42,17 (11,15) 59,67 (11,41)	0,90 (0,66) 1,22 (0,88) 1,19 (0,81) 0,83 (0,62) 1,99 (0,34) 69,33 (9,11) 61,00 (10,45) 68,33 (8,60)	0,83 0,98 0,84 0,66 0,75 1,51 1,74 0,86

TABLA 3. TAMAÑO DEL EFECTO DEL TRATAMIENTO EN LOS ESTUDIOS REVISADOS (CONT.)

	<i>Autores y año de publicación</i>	<i>Variables trabajadas como efecto</i>	<i>M (DT) pretratamiento</i>	<i>M (DT) postratamiento</i>	<i>d</i>
7	Kreidler (2005)	Autoestima <i>Sin trastorno mental</i> <i>Con trastorno mental</i>	2,78 1,70	3,66 2,55	$p < ,001$ $p = ,022$
		Síntomas depresivos <i>Sin trastorno mental</i> <i>Con trastorno mental</i>	21,4 30,9	14,4 23,8	$p < ,001$ $p < ,001$
		Síntomas psicopatológicos <i>Sin trastorno mental</i> <i>Con trastorno mental</i>	1,59 2,00	1,06 1,69	$p < ,001$ $p = ,021$
		Sintomatología postraumática <i>Sin trastorno mental</i> <i>Con trastorno mental</i>	2,57 3,07	2,13 2,59	$p < ,001$ $p < ,001$
8	Price (2005)	Malestar psicológico <i>Massage Group</i> <i>Body Oriented Group</i>	0,92 (0,47) 1,2 (0,61)	0,48 (0,37) 0,66 (0,45)	0,936 0,885
		Síntomas postraumáticos <i>Massage Group</i> <i>Body Oriented Group</i>	1 (0,4) 1,2 (0,61)	0,51 (0,35) 0,65 (0,35)	1,225 0,901
		Síntomas de Disociación <i>Massage Group</i> <i>Body Oriented Group</i>	12,1 (7,5) 12,4 (6,8)	5,5 (4,5) 7,8 (5,8)	0,88 0,676
		Consciencia corporal <i>Massage Group</i> <i>Body Oriented Group</i>	2,7 (0,88) 2,7 (0,65)	3,5 (0,43) 3,4 (0,68)	0,909 1,07
		Conexión con el cuerpo <i>Massage Group</i> <i>Body Oriented Group</i>	3,3 (0,73) 3,1 (0,81)	4 (0,35) 3,7 (0,58)	0,958 0,740
		Inversión Corporal <i>Massage Group</i> <i>Body Oriented Group</i>	3,4 (0,61) 3,4 (0,55)	3,7 (0,53) 3,9 (0,49)	0,491 0,909
		Síntomas físicos <i>Massage Group</i> <i>Body Oriented Group</i>	14 (5,3) 12 (5,2)	12 (5,4) 12 (5,1)	0,377 0
		Malstar físico <i>Massage Group</i> <i>Body Oriented Group</i>	54 (23) 48 (24)	42 (28) 40 (25)	0,521 0,333
9	Ryan <i>et al.</i> (2005)	Síntomas depresivos <i>Grupo</i> <i>Individual</i>	28 28	14 16	- -
		Creencias distorsionadas <i>Grupo</i> <i>Individual</i>	30 29	23 19	- -
		→	→	→	→

TABLA 3. TAMAÑO DEL EFECTO DEL TRATAMIENTO EN LOS ESTUDIOS REVISADOS (CONT.)

9	Ryan <i>et al.</i> (2005)	Sintomatología psicopatológica			
		<i>Grupo Individual</i>	2,2 1,9	1,2 1,3	- -
		Autoconcepto			
		<i>Grupo Individual</i>	98 85	120 110	- -
10	Stalker <i>et al.</i> (2005)	Síntomas psicológicos	1,87 (0,68)	1,41 (0,78)	0,676
		Síntomas postraumáticos	78,2 (15,96)	61,64 (22,09)	1,076
		Distorsiones cognitivas	275,49 (49,48)	253,39 (51,42)	0,446
11	Lundqvist <i>et al.</i> (2006)	Síntomas psicopatológicos generales	1,58 (0,73)	1,1 (0,86)	0,657
		Somatización	1,62 (0,8)	1,17 (0,98)	0,562
		Obsesivo-compulsivo	1,62 (0,8)	1,1 (0,94)	0,650
		Sensibilidad Interpersonal	1,77 (0,92)	1,26 (1,02)	0,554
		Depresión	2,15 (0,86)	1,45 (1,06)	0,813
		Ansiedad	1,68 (0,89)	1,15 (0,99)	0,595
		Hostilidad	1,16 (0,81)	0,79 (0,92)	0,456
		Ansiedad fóbica	1,05 (1,04)	0,7 (0,86)	0,336
		Paranoia	1,53 (0,87)	1,11 (0,95)	0,482
		Psicoticismo	1,2 (0,78)	0,66 (0,69)	0,692
		Trastorno por estrés postraumático	87%	40%	$p < ,001$
		Capacidad de afrontamiento al estrés	106	113	$p < ,05$
12	Romano & De Luca (2006)	Culpa	-	-	$f^2 = 0,21$
		<i>Andrew</i>	-	-	$f^2 = 0,18$
		<i>Bill</i>	-	-	$f^2 = 0,39$
		<i>Chris</i>	-	-	$f^2 = 0,06$
		<i>Dave</i>	-	-	$f^2 = 0,20$
		<i>Edward</i>	-	-	
		Ira	-	-	
		<i>Andrew</i>	-	-	$f^2 = 0,11$
		<i>Bill</i>	-	-	$d = -0,77$
		<i>Chris</i>	-	-	$f^2 = 0,28$
		<i>Dave</i>	-	-	$f^2 = 0,08$
		<i>Edward</i>	-	-	$f^2 = 0,76$
		Ansiedad	-	-	
		<i>Andrew</i>	-	-	$d = -0,68$
		<i>Bill</i>	-	-	$d = -0,64$
<i>Chris</i>	-	-	$f^2 = 0,01$		
<i>Dave</i>	-	-	$d = -1,32$		
<i>Edward</i>	-	-	$f^2 = 0,32$		
13	Cole <i>et al.</i> (2007)	Síntomas postraumáticos	0,29 (0,21)	0,07 (0,05)	1,047
		Respuesta atípica	60,3 (7,4)	55,5 (9,6)	0,648
		Nivel de respuesta	52 (9,9)	49,5 (7,0)	0,252
		Respuesta inconsistente	51,5 (10,5)	47,5 (7,7)	0,381
		Activación ansiosa	54,5 (13,2)	50 (3,5)	0,341
		Depresión	58 (13)	55,75 (12,2)	0,173
		→	→	→	→

TABLA 3. TAMAÑO DEL EFECTO DEL TRATAMIENTO EN LOS ESTUDIOS REVISADOS (CONT.)

13	Cole <i>et al.</i> (2007)	Ira /Irritabilidad	44,4 (8,8)	44,5 (5,1)	-0,011
		Experiencias intrusivas	63,8 (16,4)	62,3 (10,5)	0,091
		Evitación defensiva	60 (10,1)	59,5 (8,0)	0,049
		Disociación	63,5 (14,3)	55,5 (10,4)	0,559
		Problemas sexuales	44,5 (2,5)	43,5 (3)	0,4
		Conducta sexual disfuncional	44,8 (1,5)	44 (0)	0,533
		Deterioro de la autorreferencia	51,8 (8,9)	49 (6,8)	0,314
		Conducta de reducción de tensión	44,3 (2,9)	44,3 (2,9)	0
		Síntomas psicopatológicos generales	60,5 (8,7)	47,25 (10,4)	1,274
		Somatización	54,5 (7,9)	52,8 (2,8)	0,607
		Obsesivo-compulsivo	61,5 (13,3)	51,5 (14,3)	0,699
		Sensibilidad interpersonal	58,3 (6,7)	45 (11,9)	1,117
		Depresión	61 (15)	46,3 (8,3)	1,771
		Ansiedad	59,8 (9,2)	44,8 (8,8)	1,704
		Hostilidad	47,5 (5,8)	41,3 (8,3)	0,746
		Ansiedad fóbica	48,4 (9,5)	46,3 (5,9)	0,355
		Paranoia	61,8 (6,2)	52,8 (8,9)	1,011
		Psicoticismo	61,5 (12,6)	50,6(13,1)	0,832
		14	Hébert & Bergeron (2007)	Autoestima	26,49 (5,12)
Depresión	21,54 (9,72)			9,78 (9,95)	0,59
Malestar psicológico	71,27 (17,60)			55,93 (15,79)	0,39
Síntomas posttraumáticos	55,42 (27,58)			32,87 (24,38)	0,47
Ansiedad sexual	10,24 (5,26)			6,58 (4,14)	0,81
Ansiedad relacionada con la asertividad	53,00 (12,90)			40,59 (13,26)	0,10
Asertividad	51,79 (11,68)			53,74 (11,98)	0,14
Culpa/estigmatización	76,01 (12,94)			58,68 (12,37)	0,73
Culpa/estigmatización	27,39 (6,11)			23,48 (5,08)	0,68
Impotencia	14,66 (4,21)			18,54 (4,01)	0,88
15	Lau & Kristensen (2007)	Afrontamiento de aproximación			
		Funcionamiento general			
		<i>Analytic group</i>	52,2 (12,6)	59,3 (15,7)	0,49
		<i>Systemic group</i>	53,5 (14,4)	68,1 (15,4)	0,98
		Síntomas psicopatológicos			
		<i>Analytic group</i>	1,95 (0,75)	1,63 (0,77)	0,42
		<i>Systemic group</i>	1,61 (0,61)	0,99 (0,69)	0,95
		Calidad de vida			
		<i>Analytic group</i>	2,80 (1,00)	3,78 (1,78)	0,72
		<i>Systemic group</i>	2,79 (1,14)	4,12 (1,40)	1,04
Capacidad de relación					
<i>Analytic group</i>	2,83 (0,75)	3,34 (1,05)	0,56		
<i>Systemic group</i>	3,04 (0,98)	4,13 (1,03)	1,08		
Problemas relacionales					
<i>Analytic group</i>	2,71 (1,09)	3,10 (1,21)	0,33		
<i>Systemic group</i>	2,95 (1,05)	3,47 (1,12)	0,48		

TABLA 3. TAMAÑO DEL EFECTO DEL TRATAMIENTO EN LOS ESTUDIOS REVISADOS (CONT.)

16	MacIntosh & Johnson (2008)	Síntomas traumáticos Síntomas postraumáticos	66 (10) 83 (17)	58 (10) 46 (17)	0,008 2,176
17	Harper <i>et al.</i> (2009)	Síntomas depresivos Satisfacción general Autoestima	19 (4,95) 46,8 (12,76) 51,6 (17,83)	20,17 (11,23) 49,67 (20,63) 51,6 (24,42)	-0,236 0,139 0,127
18	Jepsen <i>et al.</i> (2009)	Síntomas depresivos Síntomas psicopatológicos generales Somatización Obsesivo-compulsivo Sensibilidad interpersonal Depresión Ansiedad Hostilidad Ansiedad fóbica Paranoia Psicoticismo Escala adicional Problemas interpersonales Dominante Vengativo Frío Socialmente evitativo No asertivo Explotable Demasiado entregado Intrusivo Síntomas postraumáticos generales Intrusión Evitación	23,9 (7,0) 1,8 (0,5) 2,3 (0,7) 2,1 (0,6) 2,0 (0,7) 2,3 (0,6) 2,0 (0,8) 0,4 (0,4) 1,3 (1,0) 1,4 (0,8) 1,1 (0,6) 1,9 (0,7) 2,0 (0,4) 1,0 (0,7) 1,2 (0,7) 1,7 (0,7) 2,3 (0,7) 2,9 (0,7) 2,8 (0,6) 2,4 (0,6) 1,3 (0,7) 54,8 (10,7) 24,6 (8,0) 30,2 (5,6)	22,1 (9,7) 1,6 (0,8) 2,0 (0,8) 1,9 (0,7) 1,7 (0,8) 2,0 (0,8) 1,9 (0,9) 0,5 (0,7) 1,2 (1,0) 1,2 (0,8) 0,9 (0,6) 1,8 (0,7) 1,7 (0,5) 0,8 (0,6) 1,0 (0,5) 1,6 (0,8) 2,0 (0,9) 2,5 (0,7) 2,4 (0,7) 2,2 (0,8) 1,1 (0,7) 49,2 (14,2) 24,9 (8,6) 24,3 (8,3)	0,2 0,4 0,4 0,3 0,4 0,4 0,1 -0,2 0,3 0,3 0,3 0,1 0,7 0,3 0,3 0,1 0,4 0,6 0,6 0,3 0,3 0,4 0,0 0,8
19	Kimborough <i>et al.</i> (2010)	Síntomas depresivos Ansiedad Mindfulness Síntomas postraumáticos generales Evitación/Embotamiento Reexperimentación Hiperactivación	22,1 (1,8) 1,7 (0,2) 3,0 (0,2) 46,8 (2,7) 19,4 (1,0) 13,1 (1,0) 14,3 (1,0)	7,8 (1,3) 0,9 (0,1) 4,0 (0,2) 32,3 (1,9) 13,0 (0,7) 10,0 (0,8) 9,5 (0,6)	7,94 4 5 5,37 6,4 3,1 4,8

Terapias cognitivo-conductuales

Dentro de las terapias cognitivo conductuales la sintomatología psicológica se ve reducida en todos los estudios revisados. Destacar el trabajo de Talbot *et al.* (2003) que logró efectos moderados en función de las características de personalidad amabilidad y extraversión en los tratamientos, habitual y WSIR (*Women's*

Safety in Recovery), basándose en el trabajo de Herman, Perry y Van der Kolk (1989) que incorporaba la integración de la personalidad y la rehabilitación social en el proceso terapéutico. Este mismo procedimiento también fue usado en el trabajo de Jepsen *et al.* (2010), consiguiendo una discreta mejora para la sintomatología psicológica general ($d = 0,4$) y un empeoramiento en la hostilidad de los pacientes ($d = -0,2$). Otro artículo que ofrece un trabajo centrado en las emociones es el Rieckert y Möller (2000), que parece tener un efecto muy positivo en los síntomas de sus pacientes en función del descenso de las puntuaciones medias presentadas, si bien no ofrece datos suficientes para calcular el tamaño del efecto.

Otra variable evaluada en diversos de los estudios incorporados y enmarcados en la teoría cognitivo conductual es la depresión, donde obtiene muy buenos resultados la terapia grupal propuesta por Gorey *et al.* (2001) ($d = 0,96$). Por el contrario son muy discretos los logros en depresión de la terapia utilizada en el trabajo de Jepsen *et al.* (2010) ($d = 0,2$ a $0,4$; según instrumento) y por Harper *et al.* (2009) en su trabajo con pacientes que presentan comorbilidad con trastornos alimenticios ($d = 0,236$).

Comentar el estudio de Romano & De Luca (2006), único trabajo en el que todos los pacientes son varones. En líneas generales, los mayores efectos se dan en la variable ansiedad, donde solo un sujeto no mejora (Chris: $f^2 = 0,01$).

Terapias psicodinámicas

Si nos centramos en las terapias de orientación psicodinámica vemos que, principalmente, se centran en síntomas de psicopatología general. Lundqvist y Ojehagen (2001) consiguen un efecto medio en la escala general de síntomas ($d = 0,525$), así como Lundqvist *et al.* (2006) ($d = 0,657$) siendo sus resultados más positivos en psicoticismo ($d = 0,9$) y depresión ($d = 0,813$) respectivamente. El grupo analítico que Lau y Kristensen (2007) contraponen a un grupo sistémico obtiene un tamaño del efecto pequeño ($d = 0,42$); mientras que Price *et al.* (2004) con su terapia individual de corta duración logra un tamaño del efecto mayor ($d = 0,83$) para la escala general de síntomas psicológicos, destacando sus resultados en depresión ($d = 0,98$) y sensibilidad interpersonal ($d = 0,84$). Sharpe *et al.* (2001), por su parte, se centran en problemas más concretos logrando tamaños del efecto grandes para ansiedad ($d = 1,149$) y para depresión ($d = 0,947$), que son los otros dos aspectos más tratados en los artículos de base psicodinámica. Mientras que el trabajo de Lundqvist y Ojehagen (2001) consigue efectos bajos para ambas variables (ansiedad $d = 0,49$ y depresión $d = 0,445$), el de Lundqvist *et al.* (2006) consigue un efecto medio en ansiedad ($d = 0,595$) y alto para la depresión ($d = 0,813$), así como Price *et al.* (2004) ($d = 0,66$ en ansiedad y $d = 0,98$ en depresión).

Terapias sistémicas

Se observa la superioridad en efectividad del grupo sistémico sobre el grupo analítico en el estudio de Lau y Kristensen (2007), tanto en síntomas psicológicos ($d = 0,95$), como en capacidad de relación ($d = 1,08$) y funcionamiento general ($d = 0,98$). Por su parte, Stalker *et al.* (2005) ofrecen excelentes resultados para los síntomas postraumáticos ($d = 1,076$). Por otro lado Kriedler (2005) comprueba que no hay diferencias en los resultados obtenidos con usuarias con trastorno mental y usuarias sin trastorno mental dando lugar a mejoras en todas las variables evaluadas para ambos grupos. MacIntosh y Johnson (2008), por su parte, midieron el efecto que se produce sobre la medida de síntomas traumáticos y postraumáticos tras el tratamiento, evaluando estos con dos instrumentos distintos (Trauma Symptom Inventory: Briere, Elliott, Harris & Cotman, 1995; y CAPS: Blake *et al.*, 1990), lo que da lugar a resultados muy diferentes. En uno de los casos, el tamaño del efecto es muy significativo ($d = 2,176$), mientras que en el otro es insignificante ($d = 0,008$).

Terapias de enfoque feminista

Cabe destacar que estos trabajos se centran en fortalecer la autoestima y mejorar el estado de ánimo de las mujeres que fueron víctimas de abuso sexual en la infancia, así como en explicar el porqué de la actuación de sus abusadores desde un punto de vista antropológico, basado en las desigualdades de poder entre sexos. El trabajo de Hébert y Bergeron (2007) ofrece un efecto grande sobre la autoestima ($d = 0,84$) y la ansiedad patológica ante el sexo ($d = 0,81$), mientras que Cole *et al.* (2007) obtienen tamaños grandes para los síntomas depresivos ($d = 1,771$) y postraumáticos ($d = 1,047$).

Terapias orientadas al cuerpo

Respecto a la única terapia orientada al cuerpo que se incluye en la revisión, Price (2005) consigue reducir significativamente las variables evaluadas en el grupo de terapia orientada al cuerpo, si bien obtiene resultados análogos con el grupo tratado solo con masajes.

Mindfulness

Kimborough *et al.* (2010) ponen en práctica una terapia de enfoque relativamente reciente, como es la terapia de mindfulness, que trabaja las habilidades mentales de las víctimas y que ofrece un excelente resultado en las variables relacionadas con el estrés postraumático evaluadas ($d = 5,37$) además de mantener

efectos grandes en síntomas depresivos ($d = 7,94$) y ansiedad ($d = 4$) respecto al resto de terapias.

Discusión y conclusiones

El presente estudio ha realizado la primera revisión en lengua española publicada hasta el momento sobre programas de intervención y tratamiento en víctimas adultas de abuso sexual infantil, permitiendo acercar los últimos avances sobre este relevante tema a la población hispanoparlante. Al tratarse de una revisión sistemática, proporciona una síntesis fiable y accesible de los conocimientos actuales sobre este ámbito (Crombie & MacQuay, 1999) y cuenta con la ventaja de la replicabilidad de la misma.

Los Estados Unidos de América y Canadá llevan una enorme ventaja en trabajos publicados sobre este tema, hecho que no se puede atribuir únicamente a las facilidades idiomáticas para la lectura y publicación de estudios, dado que el Reino Unido no se encuentra entre los países con mayor número de estudios publicados. Si bien es cierto que muchos países pueden estar trabajando sobre este tema, la ausencia de publicaciones impide que sus resultados sean conocidos por la comunidad científica y, por tanto, puedan ser contrastados y sus conocimientos aplicados por los profesionales. Cabe añadir que la presente investigación tuvo en cuenta la búsqueda de artículos en lengua española, de los que no pudo incluirse ninguno, si bien es cierto que durante la redacción de este trabajo se ha tenido conocimiento de futuras publicaciones en nuestro país.

En líneas generales, los 19 artículos presentan datos de mejora de los pacientes sometidos a tratamiento, excepto el de Harper y colaboradores (2009) que destaca el escaso efecto que tiene el tratamiento contra las secuelas del abuso sexual en la infancia en pacientes adultas con un trastorno alimentario. Cabe destacar que los trastornos alimentarios, por sí solos, resultan suficientemente complejos de tratar como se ha constatado en algunos trabajos de revisión sobre el tema (Castonguay, Eldredge & Agras, 1995), recomendándose una intervención cognitivo conductual especialmente focalizada en este tipo de trastornos (Wilson & Fairburn, 1998).

De este modo, la práctica totalidad de los artículos sometidos a revisión ofrecen resultados positivos para al menos alguna de las variables que trabajan, siendo generalmente efectivos para la sintomatología postraumática, la ansiedad y la depresión. Destacar que, en algunos estudios de revisión (Martsolf & Draucker, 2005), se ha encontrado que los trabajos utilizan como criterios de exclusión del tratamiento para víctimas de abuso sexual, las ideas suicidas, las crisis psiquiátricas o la presencia de enfermedades mentales graves, cuando es en estos grupos poblacionales en los que la prevalencia de abuso es mayor (Parker *et al.*, 2007; Flitter *et al.*, 2003), lo que puede estar sesgando los positivos resultados obtenidos.

Una vez revisados los artículos seleccionados es necesario mencionar algunos temas concretos relativos a algunos de ellos. En el trabajo de Cole *et al.* (2007), llevado a cabo en un centro correccional, se observa que la terapia sobre los efectos a largo plazo del abuso sexual en la infancia no parece ser una prioridad en los centros penitenciarios, aunque en diversos estudios (Andrews & Bonta, 2003; Andrés Pueyo & Redondo Illescas, 2007) sea señalado como un factor de riesgo para la conducta delictiva. Por otro lado podemos entender que ingresar en prisión es una experiencia, como mínimo, estresante, por lo que cabría preguntarse si las reclusas presentan síntomas vinculados al abuso sexual o al hecho de haber sido encerradas, en la gran mayoría de casos del estudio, por primera vez. Cabe añadir la escasez de estudios centrados en el tratamiento de varones víctimas, si bien algunos trabajos como el de Garnefski y Arends (1998) y Garnefski y Diekstra (1997) sugieren una mayor afectación psicológica en víctimas de abuso sexual infantil de sexo masculino, tanto respecto a problemas conductuales como emocionales. En general, los estudios indican una mayor presencia de síntomas externalizantes en estas víctimas (para una revisión véase Romano & De Luca, 2001), relacionándolo con un mayor riesgo de convertirse en agresores en la edad adulta (Glasser *et al.*, 2001), lo que subraya la importancia del tratamiento en estos pacientes.

La sintomatología depresiva es la variable que más ha sido tratada en los artículos revisados y en la que se obtienen mejores resultados. Debe tenerse en cuenta que la literatura existente señala la importancia que tiene en las víctimas de hechos traumáticos el apoyo social percibido en el momento en que se produce la revelación que, por sí sola, produce efectos beneficiosos sobre el estado de ánimo (e.g. Brown, 1997). En este sentido, puede considerarse que cualquier tratamiento que acoja debidamente al paciente ayudará a mejorar su estado de ánimo y a reducir, de este modo, los síntomas psicológicos más vinculados con la falta de apoyo social y el sentimiento de soledad.

Destaca que solo se haya evaluado el sentimiento de culpa en tres artículos de los incluidos en la revisión, lo que dificulta saber si, como establecen algunos autores (McMillen & Zuravin, 1997; Perrott, Morris, Martin & Romans, 1998), la gestión del sentimiento de culpa tiene un papel fundamental en el objetivo de superación del malestar psicológico, planteándose la necesidad de investigar sobre este tema en trabajos futuros. Añadir, por otro lado, que el tratamiento de las variables de tipo relacional es el que obtiene efectos menores, manifestándose como uno de los problemas y fuente de malestar de los pacientes adultos víctimas de abuso sexual en la infancia. Se ha constatado que la desconfianza es uno de los síntomas más presentes en víctimas de abuso sexual infantil, especialmente en víctimas de abuso sexual intrafamiliar (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2000). Sin embargo, los estudios revisados no permiten diferenciar entre víctimas de abuso intrafamiliar y víctimas de abuso por parte de desconocidos, lo que impide

saber si, realmente, estos problemas de relación y falta de confianza son mayores en unas u otras víctimas y suponen una clave del pronóstico en estos casos.

Uno de los retos que se plantean en el tratamiento a víctimas adultas de abuso sexual infantil refiere a los trastornos de personalidad ya que, como se ha obtenido en trabajos de revisión previos (Pereda *et al.*, 2011), aparecen como problemas frecuentes en estas víctimas, además de tener una importante presencia en el ámbito de la evaluación jurídica y forense. Los estudios revisados no se centran en estas dificultades, si bien los rasgos de personalidad han demostrado ser un factor mediador importante en la superación de múltiples acontecimientos de violencia interpersonal, entre los que destaca el abuso sexual (Hembree, Cahill & Foa, 2004).

En lo que hace referencia a la terapia de mindfulness (Kimborough *et al.* 2010) y a las terapias centradas en el cuerpo (Price, 2005), si bien quizás no son los enfoques terapéuticos más frecuentes, presentan resultados prometedores sobre las secuelas a largo plazo del abuso sexual en la infancia.

En síntesis, destaca la diversidad de enfoques teóricos que toman los diversos trabajos revisados para tratar las consecuencias vinculadas al abuso sexual en la infancia, no observándose una mayor eficacia por parte de ningún enfoque teórico sobre otro si bien sí de unas terapias sobre otras, dentro de un mismo enfoque. La gran cantidad de variables a tratar propuestas y en las que se obtienen resultados de eficacia variable, confirma la hipótesis del presente estudio, basada en los trabajos de Harvey y Taylor (2010) y Martsof y Draucker (2005), y que concluye que la mejor terapia es aquella que tras la experiencia traumática y su revelación, da apoyo a las emociones de la víctima y aborda sus dificultades concretas, teniendo en cuenta que el abuso sexual es una experiencia que no puede olvidarse, sino que debe integrarse en la historia de vida, no existiendo un síndrome del abuso sexual en la infancia, sino problemas específicos en personas distintas.

REFERENCIAS

*Estudios incluidos en la presente revisión.

- Alexander, P.A., Neimeyer, R.A., Follete, V.M., Moore, M. & Harter, S. (1989). A comparison group treatment of women sexually abused as children. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 57, 479-483.
- Andrés Pueyo A. & Redondo Illescas S. (2007). Predicción de la violencia: Entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del Psicólogo*, 28 (3), 157-173.
- Andrews, D.A.Y. & Bonta, J. (2003). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, OH, US: Anderson (3^a ed.).
- Beitchman, J.H., Zucker, K.J., Hood, J.E., DaCosta, G.A. & Akman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 15, 537-556.
- Beitchman, J.H., Zucker, K.J., Hood, J.E., DaCosta, G.A., Akman, D. & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16, 101-118.

- Blake, D., Weathers, F., Nagy, L., Kaloupek, D., Klauminzer, G., *et al.* (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *Behavior Therapy*, *13*, 187-188.
- Briere, J., Elliott, D.M., Harris, K. & Cotman, A. (1995). Trauma symptom inventory: Psychometric characteristics and association with childhood and adult trauma in clinical samples. *Journal of Interpersonal Violence*, *10*, 387-401.
- Brown, E.J. (1997) Self-disclosure, social anxiety, and symptomatology in rape victim-survivors: The effects of cognitive and emotional processing. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, Vol 57(10-B), pp. 6559.
- Carver, C.M., Stalker, C., Stewart, E. & Abraham, B. (1989). The impact of group therapy for adult survivors of childhood sexual abuse. *Canadian Journal of Psychiatry*, *34*, 753-757.
- Castonguay, L.G., Eldredge, K.L. & Agras, W.S. (1995). Binge eating disorder: Current state and future directions. *Clinical Psychology Review*, *15* (8), 865-890.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*, 155-159.
- *Cole, K.L., Sarlund-Heinrich, P. & Brown, L.S. (2007). Developing and assessing effectiveness of a time-limited therapy group for incarcerated women survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Trauma & Dissociation*, *8* (2), 97-121.
- Cooper, H., Hedges, L.V. & Valentine, J.C. (Eds.) (2009). *The handbook of research synthesis and meta-analysis* (2n ed.). New York: Russell Sage Foundation.
- Corcoran, J. & Pillai V. (2008) A meta-analysis of parent-involved treatment for child sexual abuse. *Research on Social Work Practice*, *18*, 453-464.
- Crombie, I.K. & MacQuay, H.J. (1999). La revisión sistemática: Una buena orientación más que una garantía. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, *6*, 1-3.
- Dinwiddie, S.H., Heath, A.C., Dunne, M.P., Bucholz, K.K., Madden, P.A.F., Slutske, W.S., *et al.* (2000). Early sexual abuse and lifetime psychopathology: A co-twin-control study. *Psychological Medicine*, *30* (1), 41-52.
- Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia, víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
- Fergusson, D.M., Boden, J.M. & Horwood, L.J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, *32*(6), 607-619.
- Flitter, J.M.K., Elhai, J.D. & Gold, S.N. (2003). MMPI-2 F scale elevations in adult victims of child sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, *16* (3), 269-274.
- Garnefski, N. & Arends, E. (1998). Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *Journal of Adolescence*, *21*, 99-107.
- Garnefski, N. & Diekstra, R.F.W. (1997). Child sexual abuse and emotional and behavioral problems in adolescence, gender differences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36* (3), 323-329.
- Glasser, M., Kolvin, I., Campbell, D., Glasser, A., Leitch, I. & Farrelly, S. (2001). Cycle of child sexual abuse: links between being a victim and becoming a perpetrator. *British Journal of Psychiatry*, *179*, 482-494.
- *Gorey, K.M., Ritcher N.L. & Snider E. (2001). Guilt, isolation and hopelessness among female survivors of CSA: Effectiveness of group work intervention. *Child Abuse & Neglect*, *25*, 347-355.
- Grosz, C.A., Kempe R.S. & Kelly, M. (2000) Extrafamilial sexual abuse: Treatment for child victims and their families. *Child Abuse & Neglect*, *24* (1), 9-23.
- *Harper, K., Ritcher, N.L. & Gorey, K.M. (2009). Group work with female survivors of CSA: evidence of poorer outcomes among those with eating disorders. *Eating Behaviors*, *10* (1), 45-48.
- Harvey, S.T. & Taylor, J.E. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, *30* (5), 517-535.
- *Hébert, M. & Bergeron, M. (2007). Efficacy of a group intervention for adult women survivors of sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, *16* (4), 37-61.

- Hembree, E.A., Cahill, S.P. & Foa, E.B. (2004). Impact of personality disorders on treatment outcome for female assault survivors with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Personality Disorders, 18* (1), 117-127.
- Herman, J.L., Perry, J.C. & Van der Kolk, B.A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 146*, 490-495.
- Hetzel-Riggin, M.D., Brausch, A.M. & Montgomery, B.S. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. *Child Abuse & Neglect, 31*, 125-141.
- Jehu, D., Klassen, C. & Gazan, M. (1986). Cognitive restructuring of distorted beliefs associated with childhood sexual abuse. *Journal of Social Work and Human Sexuality, 4*, 49-69.
- *Jepsen, E.K., Svagaard, T., Thelle, M.I., McCullough, L. & Martinsen, E.W. (2010). Inpatient treatment for adult survivors of child sexual abuse: a preliminary outcome study. *Journal of Trauma and Dissociation, 10* (3), 315-333.
- *Kimbrough, E., Langenberg, P., Chesney, M. & Berman, B. (2010). Mindfulness intervention for child abuse survivors. *Journal of Clinical Psychology, 66* (1) 17-33.
- *Kreidler, M. (2005). Group therapy for survivors of childhood sexual abuse who have chronic mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing, 19* (4), 176-183.
- *Lau, M. & Kristensen, E. (2007). Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial CSA: A randomized controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 116*, 96-104.
- López, F. (1994). *Abusos sexuales a menores. Lo recuerdan de mayores*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- *Lundqvist, G. & Ojehagen, A. (2001). Childhood sexual abuse. An evaluation of a two-year group therapy in adult women. *European Psychiatry, 16* (1), 64-67.
- *Lundqvist, G., Svedin, C.G., Hanson, K. & Broman, I. (2006). Group therapy for women sexually abused as children: Mental health before and after group therapy. *Journal of Interpersonal Violence, 21* (12), 1665-1677.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71* (3), 543-562.
- *MacIntosh, H.B. & Johnson, S. (2008). Emotionally focused therapy for couples and CSA survivors. *Journal of Marital and Family Therapy, 34* (3), 298-315.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review, 29* (7), 647-657.
- Martsof, D.S. & Draucker, C.B. (2005). Psychotherapy approaches for adult survivors of childhood sexual abuse: An integrative review of outcomes research. *Mental Health Nursing, 26*, 801-825.
- Masten, J., Kochman, A., Hansen, N.B. & Sikkema, K.J. (2007). A short-term group treatment model for gay male survivors of childhood sexual trauma living with HIV/AIDS. *International Journal of Group Psychotherapy, 57* (4), 475-496.
- McMillen J.C. & Zuravin, S. (1997). Attributions of blame and responsibility for child sexual abuse and adult adjustment. *Journal Interpersonal Violence, 12*, 30-48.
- Nagel, D.E., Putnam, F.W., Noll, J.G. & Trickett, P.K. (1997). Disclosure patterns of sexual abuse and psychological functioning at a 1-year follow-up. *Child Abuse & Neglect, 21* (2), 137-147.
- Nelson, E.C., Heath, A.C., Madden, P.A.F., Cooper, L., Dinwiddie, S.H., Bucholz, K.K., et al. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: Results from a twin study. *Archives of General Psychiatry, 59* (2), 139-145.
- Parker, A., Fourt, A., Langmuir, J.I., Dalton, E.J. & Classen, C.C. (2007). The experience of trauma recovery: A qualitative study of participants in the Women Recovering from Abuse Program (WRAP). *Journal of Child Sexual Abuse, 16* (2), 55-76.
- Perrott, K., Morris, E., Martin, J. & Romans, S. (1998). Cognitive coping styles of women sexually abused in childhood: a qualitative study *Child Abuse & Neglect, 22* (11), 1135-1149.

- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30 (2), 3-13.
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31 (2), 143-153.
- Pereda, N., Gallardo-Pujol, D. & Jiménez Padilla, R. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39 (2), 131-139.
- *Price, J.L., Hilsenroth M.J., Callahan K.L., Petretic-Jackson P. & Bonge D. (2004). A pilot study of psychodynamic psychotherapy for adult survivors of childhood sexual abuse. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 378-391.
- *Price, C. (2005). Body-oriented therapy in recovery from CSA: An efficacy study. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 11 (5), 46-57.
- *Rieckert, J. & Möller, A.T. (2000) Rational-emotive behavior therapy in the treatment of adult victims of sexual abuse. *Journal of Rational - Emotive & Cognitive – Behavior Therapy*, 18 (2), 87-101.
- Roberts, L. & Lie, G.Y. (1989). A group therapy approach to the treatment of incest. *Social Work with Groups*, 12, 77-90.
- Romano, E. & De Luca, R.V. (2001). Male sexual abuse: A review of effects, abuse characteristics, and links with later psychological functioning. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 55-78.
- *Romano, E. & De Luca, R.V. (2006). Evaluation of a treatment program for sexually abused adult male. *Journal of Family Violence*, 21 (1), 75-88.
- *Ryan, M., Nitsun, M., Gilbert, L. & Mason, H. (2005) A prospective study of the effectiveness of group and individual psychotherapy for women CSA survivors. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 465-479.
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A.I. & López-Soler, C. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11 (1), 67-93.
- *Sharpe, J., Selley, C., Low, L & Hall, Z. (2001). Group analytic therapy for male survivors of childhood sexual abuse. *Group Analysis*, 34, 195-208.
- *Stalker, C.A, Palmer, S.E, Wright, D.C. & Gebotys, R. (2005). Specialized inpatient trauma treatment for adults abused as children: A follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 162 (3), 552-559.
- *Talbot, N.L., Duberstein, P., Butzel, J.S, Cox, C. & Giles, D.E. (2003). Personality traits and symptoms reduction in a group treatment for women with histories of childhood sexual abuse. *Comprehensive Psychiatry*, 44 (6), 448-453.
- Taylor, J.E. & Harvey, S.T. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with adults sexually abused in childhood. *Clinical Psychology Review*, 30 (6), 749-767.
- Trute, B., Docking, B. & Hiebert-Murphy, D. (2001). Couples therapy for women survivors of child sexual abuse who are in addictions recovery: a comparative case study of treatment process and outcome. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27 (1), 99-110.
- Wilson, G.T. & Fairburn, C.G. (1998). Treatments for eating disorders. En: P.E. Nathan, & J.M. Gorman (Ed), *A guide to treatments that work*. New York, NY, US: Oxford University Press (pp. 501-530).