

Intervención psicológica del abuso sexual en niños: Revisión sistemática

Psychological intervention of sexual abuse in children: Systematic review



Diana Carolina **Molina Machado**
Elvira Asunción **Jaime Coll**
Oscar Ivan **Gutiérrez Carvajal**



viu

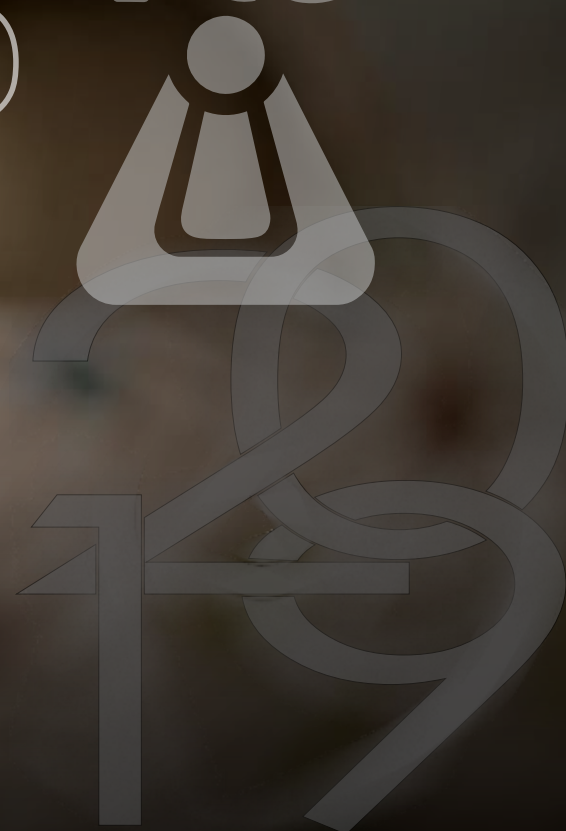


Photo By/Foto: [271 EAK MOTO](#)

Rip
12³

Volumen 12 #3 sep-dic
12 Años

Revista Iberoamericana de
Psicología

ISSN-I: 2027-1786 | e-ISSN: 2500-6517

Publicación Cuatrimestral

ID: 10.33881/2027-1786.RIP.12308

Title: Psychological intervention of sexual abuse in children:

Subtitle: Review of the evidence

Título: Intervención psicológica del abuso sexual en niños:

Subtítulo: Revisión de la evidencia

Alt Title / Título alternativo:

[en]: Psychological intervention of sexual abuse in children: Review of the evidence

[es]: Intervención psicológica del abuso sexual en niños: Revisión de la evidencia

Author (s) / Autor (es):

Molina Machado, Jaime Coll, & Gutiérrez Carvajal

Keywords / Palabras Clave:

[en]: Child sexual abuse; revision; intervention; therapy

[es]: Abuso sexual infantil; revisión; intervención; terapia

Submitted: 2019-06-15

Accepted: 2019-10-11

Resumen

La presente revisión se enfocó en estudios sobre la efectividad de las intervenciones para niños víctimas de ASI con edades entre los tres y los doce años. Se analizaron publicaciones registradas en las bases de datos Science direct, Jstor, Proquest, Redalyc y Scielo. Los resultados mostraron que la terapia cognitivo comportamental centrada en el trauma (TCC-CT) cuenta con mayor evidencia empírica para el tratamiento de las consecuencias generadas por el abuso sexual infantil. En algunos casos la TCC-CT se ha complementado con actividades de la terapia psicodinámica de juego y de la terapia asistida por animales. El efecto de la terapia de interacción padre-hijo también ha sido demostrado. Se discute el impacto de las terapias para el manejo de las consecuencias del ASI en niños y el papel que podría jugar las terapias de tercera generación como complementarias para el manejo de los síntomas o consecuencias del abuso sexual en niños

Abstract

This review focused on studies on the effectiveness of interventions for children victims of ASI between the ages of three and twelve. Publications registered in the Science direct, Jstor, Proquest, Redalyc and Scielo databases were analyzed. The results showed that trauma-focused behavioral cognitive therapy (CBT-CT) has more empirical evidence for the treatment of the consequences generated by child sexual abuse. In some cases, CBT-CT has been complemented with activities of psychodynamic play therapy and animal-assisted therapy. The effect of parent-child interaction therapy has also been demonstrated. The impact of therapies for managing the consequences of ASI in children and the role that third generation therapies could play as complementary to the management of symptoms or consequences of sexual abuse in children are discussed

Citar como:

Molina Machado, D. C., Jaime Coll, E. A., & Gutiérrez Carvajal, O. I. (2019). Intervención psicológica del abuso sexual en niños: Revisión sistemática. **Revista Iberoamericana de Psicología**, 12 (3), 71-80. Obtenido de: <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/1628>

Diana Carolina **Molina Machado**, MsC Psi

ORCID: [0000-0002-7736-6532](https://orcid.org/0000-0002-7736-6532)

Source | Filiacion:

Corporación Universitaria Minuto de Dios Sede Barranquilla

BIO:

Maestría en terapias de tercera generación. Especialista en Intervención psicológica en crisis y en Psicología Clínica

City | Ciudad:

Barranquilla [co]

e-mail:

diana.molinam@uniminuto.edu.co

Elvira Asunción **Jaime Coll**, Pdoc Psi

Source | Filiacion:

Universidad Internacional de Valencia

BIO:

Doctora en Psicología con especialidad en Psicología Clínica y experta en Psicología Forense. Docente universitaria. Líneas de producción investigativa en Psicología y Trabajo Social

City | Ciudad:

Valencia [es]

e-mail:

elviraasuncion.jaime@campusviu.es

Oscar Ivan **Gutiérrez Carvajal**, MsC Psi

Research ID: [3368080/oscar-gutierrez/](https://orcid.org/3368080/oscar-gutierrez/)

ORCID: [0000-0002-7640-9473](https://orcid.org/0000-0002-7640-9473)

Source | Filiacion:

Universidad de Ibagué

BIO:

Maestría en Administración de instituciones educativas; Candidato a doctor de la Universidad del Norte y es investigador del grupo GESS

City | Ciudad:

Ibagué [co]

e-mail:

oscar.gutierrez@unibague.edu.co

Intervención psicológica del abuso sexual en niños: Revisión sistemática

Psychological intervention of sexual abuse in children: Systematic review

Diana Carolina **Molina Machado**

Elvira Asunción **Jaime Coll**

Oscar Ivan **Gutiérrez Carvajal**

Introducción

Existen diferentes conceptos de abuso sexual infantil (ASI), que coinciden en el acto sexual con niños; no obstante, es importante conocer las conductas específicas que dan razón del ASI. En este sentido, Baita y Moreno (2015) realizaron una revisión de diferentes definiciones del ASI y describieron las conductas encontradas en diferentes definiciones, con el fin de ofrecer mayor claridad al concepto. Las autoras indican con respecto al ASI que las conductas que lo constituyen pueden darse en su totalidad o no, y que pueden ser (Baita & Moreno, 2015, pág. 29):

- Utilización del niño y/o su cuerpo desnudo para la obtención de material pornográfico aunque no haya contacto directo del adulto con su víctima;
- tocar al niño en sus genitales, zona anal y/o pechos, por encima de la ropa o por debajo de ella;
- hacer que el niño toque al adulto en sus genitales, zona anal y/o pechos (en el caso de mujeres ofensoras), por encima de la ropa o por debajo de ella;
- contacto oral-genital del adulto al niño;
- contacto oral-genital del niño al adulto;
- (d) contacto genital del adulto sin penetración (frotamientos contra el cuerpo del niño o alguna parte de este, con el objetivo de lograr excitación sexual y eventualmente un orgasmo);
- penetración vaginal y/o anal con dedo/s y/u objetos; y,
- coito.

A diferencia del abuso sexual (AS), el ASI no requiere falta consentimiento de la víctima. Diferentes definiciones de AS coinciden en que se trata de actos sexuales sin el consentimiento de la víctima, pero el caso de los niños y las niñas, este parámetro no aplica debido a las características cognitivas y emocionales las etapas iniciales del desarrollo psicológico (2015).

Prevalencia del abuso sexual en la infancia

El informe Forencis (2018) del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses explica que los niños, niñas y adolescentes representaron el **“87,5 %** (22.794 casos) del total de la violencia” en Colombia (p. 24). Así mismo, que “durante el año 2018 se presentó un incremento para ambos sexos de la violencia sexual del **10 %** equivalente a 2.131 casos para los grupos etarios entre los 0 a 17 años de edad” (p. 264) y que es “preocupante la situación de violencia sexual ejercida sobre niñas entre los (10 a 13 años) con una tasa por cada cien mil habitantes de 562,50” (p. 265).

En España se calculó que la prevalencia del ASI se sitúa en un **17,9%**, de los cuales un **14,9%** antes de los 13 años y un **3%** entre los 13 y los 18 años; así como también que, el **7.9%** de los hombres y el **19.7%** de las mujeres han sufrido alguna forma de AS antes de los 18 años (Pereda & Forns, 2007) Igualmente, Pereda, Guilera, Forns y Gómez-Benito (2009) meta-analizaron 65 estudios América, Europa, África y Asia, determinaron que el **19.7%** de las mujeres y el **7.9%** de los hombres habían sufrido algún tipo de abuso antes de los 18 años de edad. Para estos investigadores, es posible que gran parte de las víctimas, hubiesen tenido las experiencias de abuso desde antes de los doce años de edad.

Otros estudios han seguido reportando la prevalencia de estos casos de ASI. En 2011 se revisaron 15 estudios sobre prevalencia del ASI en Suiza y encontraron que al menos el **40%** de las mujeres y el **11%** de los hombres habían sido víctimas de ASI (Schönbucher, y otros, 2011) De manera similar, en Argentina se reportó un **20%** de los casos donde la causa de intervención era el ASI y se concluyó un mayor incremento de ASI a partir de los doce años; sin embargo, también se observa en los reportes de dicha investigación que existe un incremento del **4%** al **7.5%** desde los siete a 11años para los hombres y del **4.5%** a **6%** para mujeres (Sanchez & Cuenya, 2011)

En 2017 se obtuvo información sobre los casos de ASI en varones y se determinó que **8.4%** de los adultos chilenos participantes en un estudio habían sido víctimas de ASI (Pinto- Cortez, Pereda, & Chacón, 2017)De igual manera, en el mismo año, un estudio en Chipre reportó que de **1852** participantes de un estudio el **33%** reportaron experiencias de ASI y de estos, **80%** eran mujeres entre 12 y 16 años, y el **7%** entre los 8 y 11 (Karayianni, Fanti, Diakidoy, Hadjicharalambous, & Katsimicha, 2017) En India se encontró que en una muestra de **6957** estudiantes el **29%** reportaron haber tenido experiencias de cuatro tipos de ASI siendo la mayor parte hombres (Kumar, Kumar, Singh, & Kar, 2017)

Las estadísticas de prevalencia presentadas muestran que las diferentes acepciones del ASI dificultan generar porcentajes comparables entre países. Sin embargo, es evidente que es una problemática de salud pública que afecta a un gran número de niñas y niños entre los tres y los doce años de edad. La atención y manejo temprano de esta problemática, ayuda mitigar los efectos que causa en otras áreas y etapas del desarrollo de las víctimas. Casi la tercera parte de la población ha sido víctima de ASI.

Se evidencia una alta prevalencia en la infancia media o etapa de niñez intermedia, entre los siete y doce años. En esta etapa, los niños mejoran las habilidades ejecutivas, el tiempo de reacción, la velocidad del procesamiento, la atención selectiva, la meta-memoria, el uso de estrategias de mnemotecnica, y tienen mayor conciencia de las reglas

de su cultura relacionadas con la expresión emocional aceptable (Cole, Bruschi, & Tamang, 2002) De igual forma, los niños ya internalizan la vergüenza y el orgullo, y pueden y regulan mejor las emociones negativas. A nivel social los niños y las niñas forman grupos de pares de manera natural, y se benefician al desarrollar habilidades de sociabilidad y la intimidad (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2010).

El abuso sexual se observa en un/a niño/a objeto debido a que este presenta un cambio inmediato en sus conductas y emociones, pero sus síntomas pueden variar de unos casos a otros y se puede centrar en cinco tipos de efectos como físicos, conductuales, emocionales, sexuales y sociales (Cantón-Cortés & Cortés, 2015). El alcance de las consecuencias psicológicas dependerá del grado del sentimiento de culpa y de la victimización por parte de los padres, así como las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima (Echeburúa, 2004).

Consecuencias del abuso sexual infantil

Las investigaciones han identificado diversidad de secuelas del ASI. Ejemplos de estas, son: depresión, abuso de sustancias, trastornos alimentarios, y problemas con la práctica sexual (Mebarack, Martínez, Herrera, & Lozano, 2010) Recientemente se ha empezado a estudiar la esta problemática en hombres y se ha encontrado que quienes han tenido experiencias de ASI se han reportado síntomas depresivos, ansiedad fóbica, psicosis y dificultades sexuales (Pinto- Cortez, Pereda, & Chacón, 2017).

En general, la mayoría de los casos de abuso sexual presentan secuelas negativas a nivel físico, psicológico y conductual. Saywitz, et ál. (Saywitz, Mannarino, Berliner, & Cohen, 2000) han diferenciado cuatro niveles de gravedad de las consecuencias del ASI. (El primer nivel caracteriza a niños en los que no se detectan los síntomas relevantes con los instrumentos de evaluación psicológica habituales; el nivel dos, a niños que presentan algunos síntomas que no son realmente clínicos (estrés emocional, conductas de ansiedad a nivel fisiológico, baja autoestima, etc.) o los problemas de comportamiento que presentan son menores; el tercer nivel, niños con desorden psiquiátrico serios como depresión, conductas sexuales, abuso de drogas, agresión, baja autoestima y problemas de identidad sexual. Finalmente, el nivel cuatro, identifica a niños que cumplen criterios de trastornos psicológicos; siendo el más frecuente el trastorno de estrés postraumático (TEPT), seguido de depresión mayor, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, entre otros (Saywitz, Mannarino, Berliner, & Cohen, 2000).

Son variados los enfoques terapéuticos y las terapias que se han implementado para la intervención del ASI y de sus secuelas. Echeburúa y Guerrica-Echevarría (2011) proponen que el tratamiento debe encaminarse en dos ejes fundamentales: uno educativo-preventivo sobre los significados de sexualidad y las explicaciones sobre el proceso abusivo y sus causas y otro, propiamente clínico o terapéutico, orientado a temas como desahogo emocional, expresión de los sentimientos sobre las secuelas sufridas. Adicionalmente, Cantón-Cortés y Cortés (2015) explican que los diseños de las intervenciones deben hacer uso de estrategias de aproximación, así como en la eliminación de las atribuciones de autoinculpación e inculpación a la familia, y a la promoción de un estilo de apego seguro .

Revisiones previas sobre intervención del abuso sexual infantil

Revisiones anteriores se han aproximado al tema, por ejemplo, el meta-análisis de Hetzel-Riggin et ál. (2007) Donde se incluyeron estudios con niños hasta los 12 años de edad, encontró que la terapia de juego era más efectiva en el tratamiento del funcionamiento social, mientras que los tratamientos cognitivo conductuales (TCC), eran más eficaces frente a los problemas de comportamiento, estrés psicológico y baja autoestima.

Por otra parte, la meta-revisión de Coren et ál. (2009) con niños y jóvenes, mostró que existe una amplia variedad de enfoques psicológicos para tratar los síntomas de los niños víctimas de ASI, con un predominio de los tratamientos cognitivo-conductuales enfocados en traumas (TCC-T); los cuales han demostrado el logro de mejoras significativas en las variables resultantes como conductas sexuales, ansiedad, depresión, auto concepto, problemas del comportamiento; entre otros. Adicionalmente, algunas investigaciones han mostrado que los tratamientos para el TEPT en víctimas de abuso sexual en la infancia funcionan cuando son enfocados en el trauma (Ehring, y otros, 2014).

Así mismo, concluyeron los investigadores que los mejores resultados se consiguen combinando la TCC-T con la terapia de apoyo y, en menor medida, la psicodinámica (Coren, y otros, 2009). Igualmente, Sánchez-Meca et ál. (2011) Concluyen que la TCC es más eficaz cuando se combina con terapia de apoyo con algún componente psicodinámico, como la terapia de juego.

Por otro lado, el meta-análisis sobre tratamientos en ASI de Trask, Walsh y DiLillo (2011) indicó que las intervenciones más largas se asociaron con mayores ganancias de tratamiento, y que los tratamientos tanto grupales como individuales eran igualmente efectivos. Así mismo, Satapathy, Choudhary y Sagar (2016) estimaron que, si bien las terapias no específicas que cubrían una amplia variedad de variables de resultados fueron prominentes hasta la década de 1999, la tendencia cambió a formas específicas, como las terapias enfocadas en el trauma; así mismo concluyeron que se han presenciado nuevos enfoques a las intervenciones psicológicas. Los estudios que conformaron las revisiones anteriores han sido originarios de países norteamericanos, europeos y asiáticos, pero se ha determinado que poco se ha estudiado la efectividad de las intervenciones en ASI en países bajos (Alsehami, 2016).

En síntesis, las revisiones previas ponen de manifiesto que las la TCC y su modalidad TCC-T funciona como tratamiento para los síntomas y consecuencias del abuso sexual sobre todo en los aspectos comportamentales. Por otra parte, la inclusión de actividades de otras terapias como la de juego, ayudan a desarrollar habilidades de nivel social. No obstante, el conocimiento sobre las terapias psicológicas ha avanzado y existen nuevas modalidades de intervención que pueden ser investigadas para el caso del ASI.

Como lo explica Hayes (2004), la TCC hace parte de las terapias de “segunda generación”, pero los avances sobre el análisis experimental básico del lenguaje, la teoría de marco relacional, y la relación entre el terapeuta y paciente; entre otros, han llevado al desarrollo de una “tercera generación”, de terapias. Algunas de estas son: la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT), la Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP), la Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia (*Mindfulness*) (MBCT) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

Las terapias de tercera generación se han empezado a estudiar en los casos de intervención del ASI. Una revisión sistemática de estudios en español de programas de tratamiento a víctimas adultas de ASI mostró que las terapias de tercera generación, como la MBCT, podrían generar resultados prometedores sobre las secuelas a largo plazo del ASI (Rull & Pereda, 2011).

En la misma línea, la ACT ha demostrado efectividad en la disminución de los síntomas de ansiedad, depresión y los propios del trastorno de estrés postraumático por abuso sexual en la infancia (Jansen & Morris, 2017). Incluso existen recientes estudios que evalúan la efectividad de terapias de tercera generación como la TDC en pacientes con TEPT relacionado con el abuso sexual en la infancia como lo demuestra el estudio de Bohus, Priebe, Dyer y Steil (2009), cuyos datos preliminares, revelaron grandes diferencias entre los tamaños de efecto de las medidas de resultado primarias.

La presente revisión

La prevalencia del ASI es una problemática cuyas consecuencias pueden ser tratadas con tratamientos psicológicos efectivos. En Colombia existen entidades que atienden los casos de los niños y las niñas víctimas de ASI, como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF, 2010), las Comisarías de Familia, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, y el Centro Atención Integral Víctimas de Abuso Sexual (CAIVAS) de la Fiscalía General de la Nación (ICBF, 2010).

Estas instituciones siguen un lineamiento técnico según la edad y siguen una ruta de atención que inicia con la identificación del caso, pasa a la entrega de la información a las instituciones encargadas, continua con la denuncia y luego, con los procedimientos que lleva a cabo la Fiscalía para el proceso penal (ICBF, 2010). No obstante, se echa de menos un lineamiento sobre las intervenciones basadas en evidencia científica que se deberían seguir para disminuir los efectos del ASI y promover estados de bienestar en las víctimas y sus familias.

Con base en los conceptos, justificaciones y antecedentes presentados, el propósito de la presente revisión consiste en analizar estudios que hablen sobre la efectividad de terapias en niños víctimas de abuso sexual infantil a partir del año 2000, para actualizar los hallazgos de revisiones anteriores. Se realizará una revisión en bases de datos siguiendo la estrategia de revisión sistemática PICOS y se realizarán conclusiones para los académicos, los profesionales y los políticos interesados en estudiar y realizar desarrollos sobre la intervención del ASI.

Método

Se siguió la estrategia PICOS (participants, interventions, comparisons, outcomes, study design) y otros parámetros expuestos en la declaración PRISMA (Urrútia & Bonfill, 2010) para delimitar la revisión en cuanto a criterios de inclusión y exclusión de estudios a partir de la pregunta de investigación y los objetivos perseguidos.

Criterios de inclusión: Investigaciones descriptivas, correlacionales o experimentales con datos primarios. Los participantes de los estudios deberán ser niños y niñas con edades iguales o inferiores de doce años, y los estudios debían reportar resultados de intervenciones, no propuestas o reflexiones.

Intervención psicológica del abuso sexual en niños

Revisión de la evidencia

Búsqueda: Artículos publicados en las bases de datos *Scielo*, *Redalyc*, *Jstor*, *Science direct* y *Proquest*, mediante la inclusión de los términos en español e inglés usados previamente en otras revisiones como la de Sánchez-Meca et ál. (2011) “terapia”, “tratamiento” o “intervención”, “abuso”, “trauma sexual”, “maltrato”, “infantil”, “infancia”, “niñez”, “niños”. La recolección de datos se llevó a cabo durante los meses de marzo, junio, julio y agosto del 2017 y se volvió a realizar en abril de 2019 por dos observadores. Los artículos se seleccionaron de manera individual, con el fin de ofrecer confiabilidad entre observadores.

Revisión de evidencia: La revisión se enfocó a estudios publicados a partir del año 2000 debido a que revisiones anteriores ya habían abarcado los años anteriores. Se realizó una revisión total de cada una de las referencias seleccionadas para determinar cuáles cumplen a cabalidad con los criterios a partir de una lista de chequeo para ese fin. Simultáneo al proceso de revisión, se realizó la extracción de datos e información contenida en las referencias, mediante el diligenciamiento de una matriz de síntesis en la que se extrajo la información más relevante de cada artículo incluido.

Análisis y síntesis: Se realizó una matriz de comparación de la información con base en las características reportadas de muestra, forma de evaluación, tipo de terapia y conclusiones sobre la efectividad. Adicionalmente, una síntesis narrativa para profundizar en los hallazgos.

Resultados

Tras la aplicación de los criterios de búsqueda en español e inglés en las bases de datos *Proquest*, *ScienceDirect*, *Redalyc*, *Scielo* y *Jstor*, se encontraron 326 artículos sobre, estudios teóricos o descriptivos sobre los síntomas y vivencias de las víctimas de ASI, estadísticas poblacionales, patologías relacionadas, vivencias de los terapeutas, aspectos del proceso legal y criminológico, programas de prevención; entre otros. Se eliminaron los artículos repetidos y se dejaron los títulos orientados a la intervención psicológica; fueron excluidos 211 artículos y quedaron 115. Luego se procedió con la lectura de resúmenes de los 115 artículos y se identificaron 55 artículos que cumplieron los criterios de inclusión, pero solo nueve artículos constituían estudios que incluían niños con edades inferiores o iguales a 12 años y que mostraran resultados de datos primarios (ver figura 1).

El total de participantes de los nueve estudios fue 708 niños, niñas y adolescentes entre 3 y 17 años de edad; aunque el criterio de inclusión de edad fue menor de 12 años, se permitieron artículos que incluyeran menores de dicha edad pese a que también tuvieran participantes de otras edades. Con respecto a los orígenes de los participantes, se encontraron nacionalidades como Estados Unidos de América, Australia, Canada, Brasil y Chile. Las revistas especializadas en las que se reportaron los estudios fueron *Child Abuse & Neglect* (f = 3), *Sexual Abuse in Australia and New Zealand* (f = 1), revista latinoamericana de psicología (f = 1), *Journal of Child Sexual Abuse* (f = 1), *Sexologies* (f = 1), *Revista de Salud Pública* (f = 1), y *Revista de psicología* (f = 1).

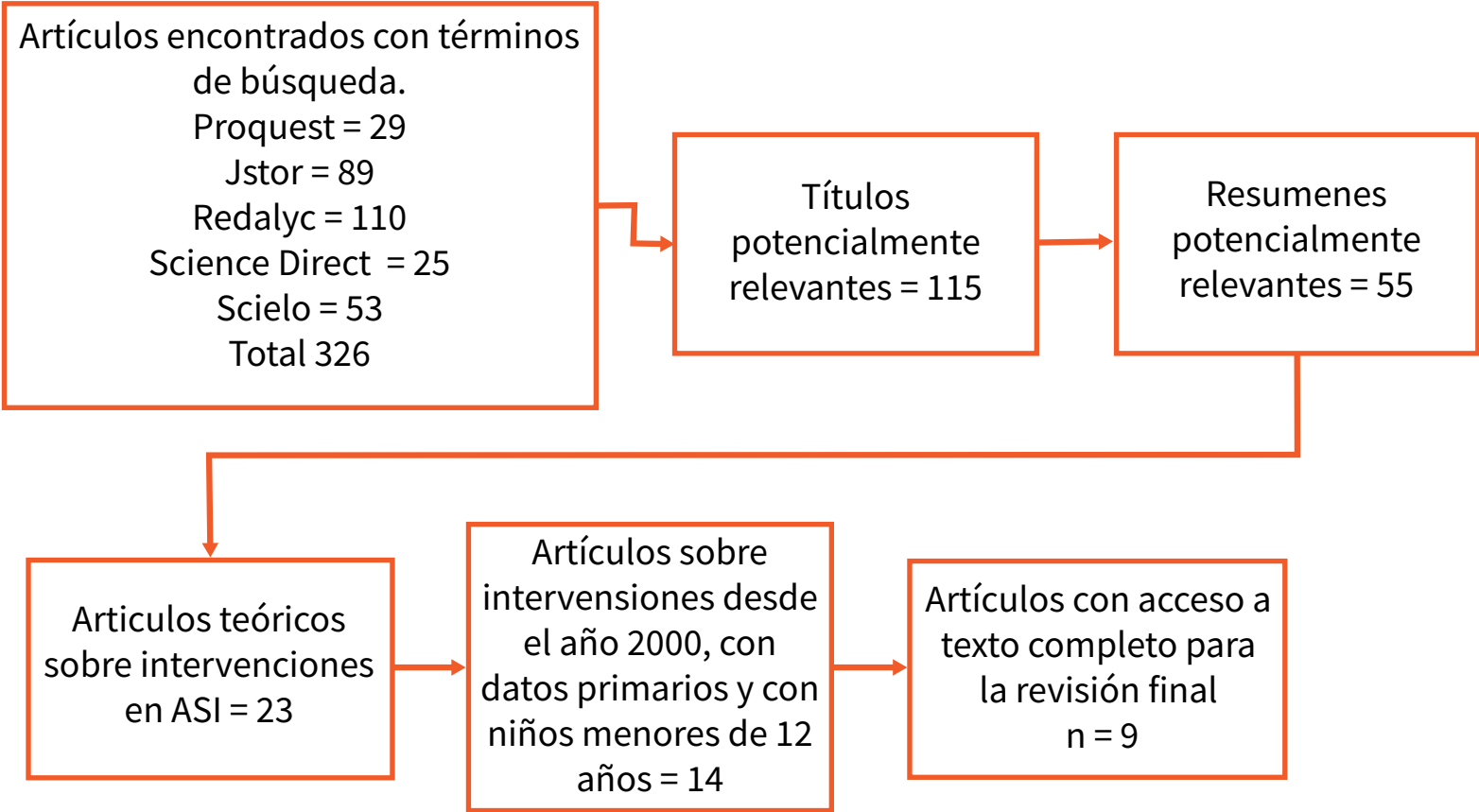


Figura 1. Diagrama de flujo de filtrado de artículos de estudios aplicados de intervenciones en abuso sexual. Fuente. Elaboración Propia.

Como se observa en la figura 1, de los nueve estudios incluidos en la revisión final, en ocho casos su implementó la TCC y en un caso la terapia de interacción padre-hijo; el objetivo de las intervenciones se orientó a la reducción de los síntomas o consecuencias de la experiencia de abuso y al incremento de fortalezas personales o familiares. La modalidad TCC-CT se usó en seis de los estudios y la TCC de grupo, en tres casos; adicionalmente, en dos estudios se introdujeron actividades de otras terapias, en uno de la terapia de juego psicodinámica y en otro de la terapia con animales.

En la tabla No. 1, se resumen las características de los nueve estudios, los participantes, las terapias implementadas, así como las

variables medidas antes y después de la terapia, y los resultados de estas. En términos generales, las terapias mencionadas se llevaron a cabo entre 12 y 17 sesiones, cada una entre 15 y 60 minutos; en todos los casos, con acompañamiento del cuidador primario. Estas terapias lograron la mejora de diferentes aspectos de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato y abuso sexual, y también de sus cuidadores. Se identificó el incremento de resiliencia, sentido de parentesco, sentido de maestría y alianza terapéutica, así como la disminución de problemas de comportamiento internalizados y externalizados, problemas del comportamiento sexual, y de los síntomas del TEPT.

Tabla 1. Resumen de estudios analizados sobre sobre intervenciones para abuso sexual en niños.

Autores y año		Participantes	Características de la Intervención	Resultados (pre test y pos test)
Prentice, Signal & Taylor (2012).		N = 65. Niños y niñas 3 a 6 años. Víctimas de violencia familiar y casi la mitad de sufrido abuso sexual. Algunos con ascendencia aborigen. Bundaberg – Australia.	Asistencia dos veces por semana con terapia de juego psicodinámica y TCC-CT de 15 a 60 minutos cada 15 días y trabajo en grupo (capacitación y asesoría a cuidadores con presencia de los niños), dentro del entorno preescolar o en casa.	- Incremento de resiliencia: Puntuación media pre test 30,4 y media pos test 128,7 [t (56) = - 13.648, sig = 0,000], tamaño del efecto = 1,44. - Reducción de problemas de comportamiento Internalizados [t (56) = 7.730, sig = 0.000], Tamaño del efecto = 0.8. - Reducción de problemas de comportamiento Externalizados [t (56) = 7.125, sig = 0.000], Tamaño del efecto = 0.9. - C2Reducción del comportamiento sexual relacionado con el desarrollo [t (28) = 3.029, sig = 0.005, t (28) = 4.733, sig = 0.000]
		N = 2. Niñas víctimas de abuso sexual intrafamiliar. TCC de grupo. 16 sesiones semanales de 30 11 y 13 años de edad. Estados Unidos de América. minutos.		- Disminución de síntomas en caso I y disminución y mantenimiento en el caso II. Aspectos de la historia de abuso y sucesos durante el tratamiento pudieron generar el mantenimiento de los síntomas. No obstante, la paciente reveló aportes de la terapia a su vida. - Caso I: Depresión (pre: 21; post: 04), ansiedad estado (pre: 29; post: 24), ansiedad rasgo (pre: 36; post: 24), estrés (pre: 46; post: 04) y TEPT (pre: 05; post: 01). - Caso II: Depresión (pre: 10; post: 16), ansiedad estado (pre: 41; post: 33), ansiedad rasgo (pre: 43; post: 39), estrés (pre: 45; post: 44) y Excitabilidad en TEPT (pre: 02; post: 04).
Deblingera, Pollio, Runyonb & Steer (2017)		N = 157. Niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual de 11 a 17 años. Caucásicos (46%), latinos (24%), afroamericanos (18%) y otras descripciones étnicas (11%), biracial (9%). Estados Unidos de América.	TCC-CT.	- Incremento de Sentido de maestría: (pre: 54.40; post: 58.99). - Incremento de Sentido de parentesco: (pre: 70.1; post: 74.81). - Reducción de Reactividad emocional: (pre: 23.16; post: 18.73). - Reducción TEPT Re-experimentación: (pre: 2.64; post: 0.94). - Reducción TEPT Evitación: (pre: 3.05; post: 1.21). - Reducción TEPT Hipervigilancia: (pre: 2.36; post: 3.76). - Reducción Depresión: (pre: 12.20; post: 5.63).
Zorzella, Rependa & Muller (2017).		N = 65. Niños y niñas. 7 a 12 años. 72.3% víctimas de abuso sexual. Toronto – Canada.	La TCC-CT. 17 a 18 sesiones en promedio de terapia para el niño y el cuidador en paralelo. Se enseñaron habilidades de regulación de las emociones y psico-educación sobre el trauma; expresión emocional y afrontamiento; Seguimiento y modificación de los pensamientos automáticos, resolución de problemas; sexualidad y seguridad; y habilidades relacionales.	Incremento significativo en alianza terapéutica: Momento uno (M = 38.83, SD = 5.97) hasta el tiempo tres (M = 41.12, SD = 5.59), t (49) = -3.02 p = 0.004; y desde el momento dos (M = 39.61, SD = 5.65) hasta el tiempo tres (M = 41.12, SD = 5.59), t (47) = -3.03 p = 0.004. Las calificaciones de la Alianza en la octava sesión no difirieron de las calificaciones de la alianza en la tercera sesión.
Dietz, Davis & Pennings (2012).		N = 153. Niños y niñas, y adolescentes víctimas de abuso sexual. 7 a 17 años de edad. Estados Unidos de América.	TCC-CT de grupo y Terapia asistida con animales. Grupo sin perros: 12 sesiones con actividades sobre confianza, autoestima, secretos, factores desencadenantes, límites, sentimientos y el contacto bienvenido y no deseado. Grupo con “perros sin historias”: adición de perros disponibles durante 30 minutos antes de la interacción con el grupo. Grupo de “perros con historias”: Se adicionaron historias sobre los perros y preguntas sobre las historias.	- Grupo sin perros: Reducción en puntuaciones de TEPT pre y post test (M = -1.66, SD = 5.46), t (31) = -1.71, p = .096. - Grupo “perros sin historias”: Reducción en puntuaciones de TEPT pre y pos test t (59) = -3.41, p < .001 and t (59) = -4.52 p < .001. - Grupo “perros con historias”: Reducción en puntuaciones de TEPT pre y pos test (M = -5.24, SD = 7.24), t (60) = -5.66, p < .001. - Igualmente, en el grupo de “perros con historias”, se observó mayor reducción en síntomas como ansiedad, depresión, ira, disociación y preocupaciones sexuales, que en los demás grupos.

Intervención psicológica del abuso sexual en niños

Revisión de la evidencia

Autores y año		Participantes	Características de la Intervención	Resultados (pre test y pos test)
Hébert & Daignaultb (2015).		N= 25. Niños y niñas víctimas de abuso sexual. 3 a 6 años de edad. Montreal, Quebec, Canadá.	TCC-CT. 12 sesiones en promedio.	- Reducción de problemas de comportamiento Internalizados (pre: 62.68; post: 53.76). - Reducción de problemas de comportamiento Externalizados (pre: 60.64; post: 52.28). - Síntomas de disociación (pre: 8.84; post: 4.74). - Síntomas de TEPT (pre: 29.59; post: 15.88). - Adicionalmente, se observó mantenimiento de los resultados a los seis meses de seguimiento.
Habigzangl, Stroeherl, Hatzenbergerl, Cassol, da Silva & Kollerl (2009).	N = 40. Niños y niñas víctimas de abuso sexual. 9 a 16 años de edad. Porto Alegre, Brasil.	TCC de grupo. 16 sesiones. Enfocada en actividades de psi coeducación, entrenamiento en inoculación de estrés, prevención a la recaída, entre otros.	- Reducción en síntomas de depresión infantil (pre: 17.77; post: 13.25). - Reducción en síntomas de estrés (pre: 51.05; post: 50.88;). - Reducción en síntomas de ansiedad de estado (pre: 35.36; post: 34.50). - Reducción en síntomas de ansiedad de rasgo (pre: 42.36; post: 39.13). - Reducción en atribuciones, por ejemplo, sentimiento de culpa: (pre: 9.39; post: 8.00). - Reducción en síntomas de TEPT por ejemplo, hipervigilancia (pre: 3.82; post: 3.00).	
Allen, Timmer & Urquiza (2016).	N= 187. Niños y niñas víctimas de maltrato y abuso sexual. 3 a 8 años de edad. Estados Unidos de América.	Terapia de interacción padre-hijo. Actividades orientadas a la interacción dirigida al niño donde se enseña a los cuidadores a usar técnicas tales como elogiar las conductas apropiadas, reflejar las verbalizaciones de un niño y describir la conducta del niño. Así mismo, Interacción dirigida por los padres se les enseña a establecer reglas, a dar órdenes efectivas y a proporcionar formas no violentas de disciplina por el incumplimiento y la violación de las reglas.	- Reducción de las preocupaciones sexuales (pre: 82.3; post: 65.1). - Reducción en los problemas de comportamiento (pre: 139.2; post: 104.6). - Reducción en el número de problemas de comportamiento (pre: 16.9; post: 7.6).	
Guerra y Barrera (2017).	N= 14. Adolescentes de género femenino víctimas de abuso sexual. 12 a 17 años. Viña del Mar, Chile.	TCC-CT. Sesiones de 40 minutos con los adolescentes y 20 minutos con los padres.	- Reducción en niveles de depresión pre y pos test (z = -3,2; p < ,05; d = 1,72). - Reducción en niveles de ansiedad pre y pos test (z = -3,2; p < ,05; d = 1,65). - Reducción en niveles de TEPT pre y pos test (z = -2,6; p < 0,05; d = 1,21).	

Los resultados en cada uno de los estudios demostraron diferencias estadísticas entre *pre test* y *pos test*, para la mayoría de los casos. No obstante el estudio de Habigzang y Koller (2013) en el que evaluaron y compararon el proceso terapéutico de dos niñas víctimas de abuso sexual que fueron tratadas según el modelo de TTC de grupo, muestra que las participantes presentaron diferentes respuestas al tratamiento. En este estudio los casos mostraron variaciones de síntomas como depresión, ansiedad, estrés y TEPT y según los autores, las diferencias se debieron a factores como el inicio edad del abuso; la forma de abuso, la percepción de la experiencia, la criminalización del agresor, la persistente creencia de culpabilidad y la ansiedad experimentada con las técnicas de inoculación de estrés (Habigzang & Koller, 2013).

Discusión y conclusiones

La finalidad central de este trabajo fue llevar a cabo una revisión de la literatura publicada sobre terapias psicológicas para intervenir síntomas y consecuencias del abuso sexual en niños y niñas, con edades iguales o inferiores de doce años, en el periodo comprendido entre los años 2000 y 2019; con el fin de aportar información para la actualización a revisiones previas.

La revisión se llevó a cabo en las bases de datos Proquest, Science Direct, Jstor, Redalyc y Scielo, y fue realizada en dos momentos (2017 y 2019), por dos observadores. Los resultados mostraron la existencia de estudios que confirman la efectividad de la implementación de la TCC y su variación centrada en el trauma (TCC-T), tanto de manera individual como grupal, para el manejo de los síntomas y consecuencias del abuso sexual en niños y niñas; como ya se había determinado en revisiones previas (Hetzl-Riggin, et ál., 2007; (Sanchez-Meca, Rosa-Alcazar, & Lopez-Soler, 2011; Satapathy, Choudhary, & Sagar, 2016).

La TCC-T individual y grupal, así como sus variaciones con uso de estrategias de la terapia psicodinámica de juego, y la terapia asistida por animales y de la terapia de interacción padre-hijo también han logrado demostrar mejora en la salud mental. Estas terapias cuentan con sesiones para los niños y para los padres o cuidadores primarios, logrando disminuir los síntomas de ansiedad, estrés postraumático, depresión, y angustia, entre otros asociados a la situación de abuso sexual, así como incrementar las dimensiones de la resiliencia y otras habilidades de los niños y los padres que facilitan avanzar y salir del trauma.

No se encontró evidencia que respalde la efectividad del uso de terapias de tercera generación en niños mientras estudios previos han determinado su efectividad en adultos víctimas de ASI. Por tanto, es una invitación a investigar sobre las terapias de tercera generación en estas edades, debido a que ya habían demostrado su efectividad en estos síntomas y en víctimas adultas de ASI; como ejemplos, la terapia de aceptación y compromiso (Jansen & Morris, 2017), la terapia dialectico comportamental (Bohus, Priebe, Dyer, & Steil, 2009), Mindfulness (Earley, y otros, 2014; Kimbrough, Magyari, Langenberg, Chesney, & Berman, 2010; Thompson & Gauntlett-Gilbert, 2008; Rempel, 2012), por lo que consideramos importante investigar su efectividad para el tratamiento de niños víctimas de ASI.

De igual forma, se han identificado otras técnicas para la intervención del ASI como la intervención por vídeo orientada a niños y sus cuidadores para la prevención del ASI mediante el entrenamiento por

vídeo de habilidades para manejo del estrés y conocimientos obre ASI (Rheingold, Danielson, Davidson, Self-Brown, & Resnick, 2013).

Dentro de las limitaciones del presente estudio se pueden identificar las bases de datos utilizadas. Es posible que la inclusión de otras bases de datos vinculadas a referenciadores como *Web of Science* o *SCOPUS* lleven a resultados diferentes. Otra limitación de este estudio consistió en el periodo de tiempo de diecinueve años; es posible que la inclusión de un rango mayor permitiera encontrar más resultados, aunque, ya existen revisiones previas que abarcan los años anteriores. Igualmente, se encontró un limitante en el acceso a artículos de texto completo.

Se recomienda que futuras investigaciones aborden métodos de investigación cuasi experimentales que den evidencia de la efectividad las terapias para la intervención del abuso en otras poblaciones como africanas y latinas, debido a que los resultados de esta revisión muestran que los estudios se han desarrollado con poblaciones de otros continentes. Así mismo, se recomienda investigar sobre la implementación de las terapias de tercera generación en la problemática de abuso sexual en niños, con el fin de tratar el abuso en la infancia y no solo los síntomas de estrés postraumático y otros que se identifican en la adultez.

Referencias

- Allen, B., Timmer, S., & Urquiza, A. (2016). Parent-Child interaction therapy for sexual concerns of maltreated children: A preliminary investigation. *Child Abuse & Neglect*, 57, 80-88. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.04.008>
- Alsehaimi, A. (2016). A Systematic Review of Literature on Child Sexual Abuse in Saudi Arabia. *Journal of childhood and developmental disorders*, 2(2), 14. doi:[10.4172/2472-1786.100022](https://doi.org/10.4172/2472-1786.100022)
- Baita, S., & Moreno, P. (2015). *Abuso sexual infantil Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia -UNICEF. Uruguay: Fiscalía General de la Nación, Centro de Estudios Judiciales del Uruguay, CEJU. h.
- Bohus, M., Priebe, K., Dyer, A., & Steil, R. (2009). Dialectical behavioral therapy for patients with borderline features and posttraumatic stress disorder after childhood sexual abuse (DBT-P). *EUROPEAN PSYCHIATRY*, 24(1), 591. doi:[https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(09\)70324-4](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(09)70324-4)
- Cantón-Cortés, D., & Cortés, M. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 31(2), 552-561. doi:[10.6018/analesps.31.2.180771](https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771)
- Cole, P., Bruschi, C., & Tamang, B. (2002). Cultural differences in children's emotional reactions to difficult situations. *Child Development*, 73(3), 983-996. doi:[10.1111/1467-8624.00451](https://doi.org/10.1111/1467-8624.00451)
- Coren, E., Hutchfield, J., Iredale, W., Kelly, A., Pilkington, C., & Yardley, C. (2009). *A meta-review of interventions to support children and their families in the aftermath of child sexual abuse*. Department of Social Work, Community and Mental Health Research Unit.: Canterbury Christ. Obtenido de http://www.gweithredudrosblant.org.uk/media/3425/a_meta-review_of_interventions_to_support_children_and_their_families_in_the_aftermath_of_child_sexual_abuse.pdf
- Deblinger, E., Pollio, E., Runyon, M., & Steer, R. (2017). Improvements in personal resiliency among youth who have completed trauma-focused cognitive behavioral therapy: A preliminary examination. *Child Abuse & Neglect*, 65(2017), 132-139. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.12.014>
- Dietz, T., Davis, D., & Pennings, J. (2012). Evaluating Animal-Assisted Therapy in Group Treatment for Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21(6), 665. doi:<https://doi.org/10.1080/10538712.2012.726700>

- Earley, M. D., Chesney, M., Frye, J., Greene, P. A., Berman, B., & Kimbrough, E. (2014). Mindfulness Intervention for Child Abuse Survivors: A 2.5-Year Follow-Up. *Journal Of Clinical Psychology*, 70(10), 933-941. doi:<http://doi.org/10.1002/jclp.22102>
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Ediciones Pirámides.
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19(2), 469-486. Obtenido de <https://psycnet.apa.org/record/2011-21373-011>
- Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J., Freitag, J., & Emmelkamp, P. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clinical Psychology Review*, 34,, 34(8), 645-657. doi:[10.1016/j.cpr.2014.10.004](http://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.10.004)
- Guerra, C., & 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. doi:<http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.47952>.
- Habigzang, L., & Koller, S. (2013). Evaluation of the therapeutic process in cases of sexual abuse. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(2), 201-210. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342013000200003
- Habigzang, L., Stroehrer, F., Hatzenberger, R., Cassol, R., Ramos, M., & Koller, S. (2009). Grupos de terapia cognitivo-comportamental para niñas y adolescentes víctimas de sexual. *Revista Saúde Pública*, 43(1), 70-80. doi:<https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000800011>
- Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. doi:[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hébert, M., & Daignault, I. (2015). Challenges in treatment of sexually abused preschoolers: A pilot study of TF-CBT in Quebec. *Sexologies*, 24(1), 7-21. doi:<http://doi.org/10.1016/j.sexol.2014.09.003>
- Hetzel-Riggin, A. M., & Brausch, B. M. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: an exploratory study. *Child Abuse and Neglect*, 31(2), 125-141. doi:[10.1016/j.chiabu.2006.10.007](http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.10.007)
- ICBF. (2010). *Lineamientos técnico administrativos de ruta de atenciones y modelo de atención para el restablecimiento de derechos en niños, niñas y adolescentes y mayores de 18 años con discapacidad, con sus derechos amenazados, inobservados o vulnerados*. Bogotá D.C: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Obtenido de https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/lm3.p_lineamiento_tecnico_ruta_actuaciones_para_el_restablecimiento_de_derechos_nna_v1.pdf
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2018). *Forencis 2018 datos para la vida*. Obtenido de <http://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/forensis>
- Jansen, J., & Morris, E. (2017). (2017). Acceptance and Commitment Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Early Psychosis: A Case Series. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(2), 187-199. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.04.003>
- Karayianni, E., Fanti, K., Diakidoy, I., Hadjicharalambous, M., & Katsimicha, E. (2017). Prevalence, contexts, and correlates of child sexual abuse in Cyprus. *Child Abuse Neglect*, 66, 41-52. doi:[10.1016/j.chiabu.2017.02.016](http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.016)
- Kimbrough, E., Magyari, T., Langenberg, P., Chesney, M., & Berman, B. (2010). Mindfulness Intervention for Child Abuse Survivors. *Journal of Clinical Psychology*, 66(1), 17-33. doi:<http://doi.org/10.1002/jclp.20624>
- Kumar, M., Kumar, S., Singh, S., & Kar, N. (2017). Prevalence of child abuse in school environment in Kerala, India: An ICAST-CI based survey. *Child Abuse & Neglect*, 70, 356-363. doi:[10.1016/j.chiabu.2017.06.025](http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.025)
- Mebarack, R., Martínez, M., Herrera, A., & Lozano, J. (2010). Una revisión acerca de la sintomatología del abuso sexual infantil. *Psicología desde el Caribe*(25), 128-154. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21315106007.pdf>
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2010). *Desarrollo humano*. (Undécima edición. ed.). Editorial McGrawHill.
- Pereda, N., & Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect*, 31 (4), 417-426. doi:[10.1016/j.chiabu.2006.08.010](http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.08.010)
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gomez- Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology*, 29, 328-338. doi:[10.1016/j.cpr.2009.02.007](http://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.007)
- Pinto- Cortez, C., Pereda, N., & Chacón, F. (2017). Prevalencia del abuso sexual infantil en hombres del norte del Chile y su salud psicológica y sexual. *Interciencia* https://www.interciencia.net/wp-content/uploads/2017/08/94-100-PINTO-42_2.pdf, 42(2), 94-100. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/339/33949912004.pdf>
- Prentice, K., Signal, T., & Taylor, N. (2012). What's the Buzz? Bumblebees - A Therapeutic Preschool for Abused Children. *Sexual Abuse in Australia and New Zealand*, 4(1), 11-21. Obtenido de <http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=657435367108081;res=IELHEA>
- Rempel, K. (2012). Mindfulness for Children and Youth: A Review of the Literature with an Argument for School-Based Implementation. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 46(3), 201-220. Obtenido de <https://cjc-rcc.ucalgary.ca/article/view/59860/45244>
- Rheingold, A., Danielson, C., Davidson, T., Self-Brown, S., & Resnick, H. (2013). Video Intervention for Child and Caregiver Distress Related to the Child Sexual Abuse Medical Examination: A Randomized Controlled Pilot Study. *Journal of Child and Family Studies volumen*, 22(2013), 386-397. doi:<http://doi.org/10.1007/s10826-012-9591-3>
- Rull, J., & Pereda, N. (2011). Revisión sistemática de los programas de tratamiento psicológico aplicados a víctimas adultas de abuso sexual en la infancia. *Anuario de Psicología*, 41((1-3)), 81-105. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/970/97022648007.pdf>
- Sanchez, N., & Cuenya, L. (2011). Estudio sobre maltrato infantil niños y adolescentes de la provincia de Buenos Aires. *Revista Argentina de Ciencia del Comportamiento*, 3(3), 8-15. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333427075002>
- Sanchez-Meca, J., Rosa-Alcazar, A., & Lopez-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. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/337/33715423005.pdf>
- Satapathy, S., Choudhary, V., & Sagar, R. (2016). Tools to assess psychological trauma & its correlates in child sexual abuse: A review & current needs in Asia. *Asian journal of psychiatry*, 25, 60-73. doi:[10.1016/j.ajp.2016.10.012](http://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.10.012)
- Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner, L., & Cohen, J. A. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55(9), 1040-1049. doi:[10.1037/0003-066X.55.9.1040](http://doi.org/10.1037/0003-066X.55.9.1040)
- Schönbucher, V., Maier, T., Held, L., Mohler-Kuo, M., Schnyder, U., & Landolt, M. (2011). Prevalence of child sexual abuse in Switzerland: a systematic review. *Swiss Med Wkly*, 140, 131-23. doi:[10.5167/uzh-43625](http://doi.org/10.5167/uzh-43625)
- Thompson, M., & Gauntlett-Gilbert, J. (2008). Mindfulness with Children and Adolescents: Effective Clinical Application. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(3), 395-407. doi:<https://doi.org/10.1177/1359104508090603>
- Trask, E. W., & DiLillo, D. (2011). Treatment Effects for Common Outcomes of Child Sexual Abuse: A Current Meta-Analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 16(1), 6-19. doi:[10.1016/j.avb.2010.10.001](http://doi.org/10.1016/j.avb.2010.10.001)
- Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metanálisis. *metanálisis. Med Clin (Barc)*, 135(11), 507-511. doi:[DOI:10.1016/J.MEDCLI.2010.01.015](http://doi.org/10.1016/J.MEDCLI.2010.01.015)
- Zorzella, K., S., L., & Muller, R. (2017). Therapeutic alliance over the course of child trauma therapy from three different perspectives. Department of Psychology, York University, Toronto, Ontario, Canada. *Child Abuse & Neglect*, 67(2017), 147-156. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.032>