



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**

---

---

**CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ECATEPEC**

**INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN MUJERES ADULTAS  
AGREDIDAS SEXUALMENTE: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA  
LITERATURA**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

**P R E S E N T A**

**ALELHI MENDEZ RAMOS**

ASESORA:

**DRA. BRENDA SARAHI CERVANTES LUNA**

REVISORAS:

**DRA. MARÍA DEL CONSUELO ESCOTO PONCE DE LEÓN**

**LIC. MARICRUZ LARIOS LÓPEZ**



ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO, MARZO, 2018



Ecatepec de Morelos, Estado de México a 23 de Marzo de 2018  
**ASUNTO: IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO**

**C. ALELHI MENDEZ RAMOS**  
**PASANTE DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**  
**DEL CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ECATEPEC**  
**P R E S E N T E**

Por este medio le comunico a usted que al haber cubierto los trámites correspondientes al desarrollo del trabajo escrito bajo la modalidad **TESIS** con el fin de obtener el Título Profesional, se le aprueba la **IMPRESIÓN DE SU TRABAJO** con el título:

**"INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN MUJERES ADULTAS AGREDIDAS**  
**SEXUALMENTE: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA"**

Con el objetivo de establecer la fecha de Evaluación Profesional, le recuerdo que la presentación final del trabajo escrito es de su completa responsabilidad.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO

**"2018, Año del 190 Aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México"**

**L. en I.A. ADRIANA MORALES LICONA**  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN DE  
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ECATEPEC

CENTRO UNIVERSITARIO U.A.E.M  
ECATEPEC  
TITULACION







### CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

El (la) que suscribe **C. ALELHI MENDEZ RAMOS** Autor del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de **TESIS** con el título **"INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN MUJERES ADULTAS AGREDIDAS SEXUALMENTE: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA"** por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en el Centro Universitario UAEM Ecatepec para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de **LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma **NO EXCLUSIVA**, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

- a) Texto completo
- b) Por capítulo
- c) Solamente portada y tabla de contenido

<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Se firma presente en la ciudad de Ecatepec de Morelos, Estado de México, a los 23 días del mes de Marzo de 2018.

  
\_\_\_\_\_  
**ALELHI MENDEZ RAMOS**



Universidad Autónoma del Estado de México  
Centro Universitario UAEM Ecatepec

Ecatepec de Morelos, Edo. De Méx., a 01 de marzo de 2018

ASUNTO: VOTO APROBATORIO DE ASESOR

**L. en I.A. ADRIANA MORALES LICONA**  
**JEFA DEL DEPARTAMENTO DE TITULACION**  
**DEL CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ECATEPEC**  
**P R E S E N T E.**


Por este conducto me permito informarle que la pasante **ALEHI MENDEZ RAMOS** con número de cuenta **1226657**, de la **LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA** ha concluido el desarrollo de su **TESIS**, con el título:

**"INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN MUJERES ADULTAS AGREDIDAS SEXUALMENTE: REVISIÓN  
SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA"**

Manifiesto que el borrador del trabajo escrito reúne las características necesarias para ser revisado por la comisión especial nombrada para tal efecto.

ATENTAMENTE  
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO

*"2018, Año del 190 Aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México"*

  
DRA. BRENDA SARAHÍ CERVANTES LUNA  
NO. DE CÉDULA PROFESIONAL: 09289347



Av. José Revueltas no. 17 Col. Tierra Blanca, Ecatepec, Estado de México  
C.P. 55020 Tels. 57.87.36.26 Fax: 57.87.35.10  
[www.uaemex.mx/CUEcatepec](http://www.uaemex.mx/CUEcatepec)

**CUE**





Ecatepec de Morelos, Estado de México a 23 de Marzo de 2018  
**ASUNTO: VOTO APROBATORIO DE REVISORES**

**L. EN I.A. ADRIANA MORALES LICONA**  
**JEFA DEL DEPARTAMENTO DE TITULACION DEL**  
**CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ECATEPEC**  
**PRESENTE**

Nos es grato comunicarle que el trabajo de **TESIS** titulado:

**"INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN MUJERES ADULTAS AGREDIDAS SEXUALMENTE:  
REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA"**

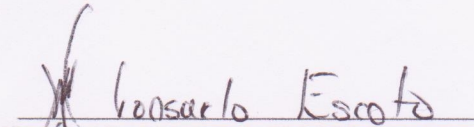
Que para obtener el título de: **LICENCIATURA EN PSICOLOGIA**

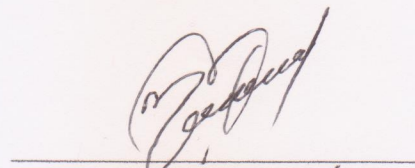
Presenta la pasante: **Alehi Mendez Ramos**

Con números de cuenta: **1226657**

Cumplen con los requisitos teóricos-metodológicos suficientes para ser aprobada, pudiendo continuar con los trámites correspondientes para su impresión.

**REVISORES**

  
DRA. MARÍA DEL CONSUELO ESCOTO PONCE DE LEÓN  
CÉDULA PROFESIONAL: 5806602

  
LIC. MARICRUZ LARIOS LÓPEZ  
CÉDULA PROFESIONAL: 9977670



Por una Formación Integral  
2016 - 2020

ATENTAMENTE  
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO

**"2018, Año del 190 Aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México"**

Av. José Revueltas no. 17 Col. Tierra Blanca, Ecatepec, Estado de México  
C.P. 55020 Tels. 57.87.36.26 Fax: 57.87.35.10  
www.uaemex.mx/CUEcatepec



## Índice

Resumen.....	12
Introducción.....	13
Capítulo I. Violencia sexual.....	15
1.1 Definición.....	15
1.2 Tipos de violencia sexual.....	16
1.3 Violencia sexual y normas sociales.....	17
1.4 Prevalencia de violencia sexual.....	19
1.5 Consecuencias de la violencia sexual.....	21
1.5.1 Consecuencias físicas.....	21
1.5.2 Consecuencias psicológicas.....	22
Capítulo II. Intervención psicológica a víctimas de violencia sexual: estado del arte.....	24
2.1 Análisis de los metaanálisis y revisiones de la literatura.....	25
2.1.1 País de origen.....	25
2.1.2 Búsqueda de la información.....	25
2.1.3 Objetivos.....	27
2.1.4 Características de las muestras.....	28
2.1.5 Conclusión.....	41
Capítulo III. Método.....	42
3.1 Planteamiento del problema.....	42

3.2 Procedimiento.....	44
Capítulo IV. Resultados.....	46
4.1 Características de los estudios.....	46
4.1.1 Año.....	46
4.1.2 País.....	46
4.1.3 Participantes.....	47
4.1.4 Criterios de inclusión.....	47
4.1.5 Criterios de exclusión.....	48
4.1.6 Variables evaluadas.....	48
4.1.7 Instrumentos.....	49
4.1.8 Diseño metodológico.....	55
4.2 Características de las intervenciones.....	63
4.2.1 Enfoque teórico.....	63
4.2.2 Recursos utilizados.....	66
4.3 Resultado de las intervenciones.....	71
Conclusiones.....	76
Fortalezas.....	78
Limitaciones.....	78
Referencias.....	80

## **Agradecimientos**



## **Agradecimientos**

## **Agradecimientos**

## Resumen

La presente revisión a la literatura tuvo como propósito realizar una revisión sistemática sobre intervenciones psicológicas que han sido evaluadas en mujeres adultas víctimas de violencia sexual. A fin de dar continuidad a la revisión de Taylor y Harvey (2009), la búsqueda de información se realizó en la base de datos PsycINFO, durante el periodo de 2007 a 2017 y se utilizaron las siguientes palabras clave: *sexual assault o rape, treatment, therapy, intervention* y *outcome*. Se incluyeron las investigaciones que evaluaron una intervención dirigida a mujeres adultas víctimas de violencia sexual. A partir de los criterios de inclusión y exclusión, se identificaron siete estudios diferentes. En el análisis de la información se identificó que el enfoque teórico con mayor sustento empírico es el Cognitivo-Conductual y el de Exposición prolongada (43%); asimismo, se observó que las terapias basadas en estos enfoques promueven: 1) disminución de síntomas de trastornos psicológicos (p. e. estrés postraumático, estado de ánimo, pánico, uso de sustancias, depresión); 2), reducción de secuelas psicológicas de eventos traumáticos; 3) sentimientos; y, 4) las estrategias de afrontamiento de las víctimas. En cuanto aspectos metodológicos de los estudios, se observan diferencias en cuanto: tamaño de las muestras, variables evaluadas, recursos utilizados, etc. Es importante referir que todos los estudios fueron realizados en países ajenos a América Latina, lo que representa un área de oportunidad para futuras investigaciones.

Palabras clave: agresión sexual, violación, tratamiento, terapia, intervención, resultado.



## Introducción

La violencia sexual (VS) es aquella conducta que quebranta, física o psicológicamente, la libertad sexual de las personas (Eusko Jaurlaritza y Gobierno Vasco, 2011). Las víctimas de VS se ven afectadas en su funcionalidad física y psicológica (p. e. emociones, pensamientos, conductas; Pereda, 2009). Las mujeres que han sido víctimas de VS consideran que las consecuencias psicológicas son más graves que las físicas ((Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999); Ramos-Lira, Saltijeral-Méndez, Romero-Mendoza, Caballero-Gutiérrez y Martínez-Vélez, 2000), por lo que existe la necesidad de diseñar estrategias que coadyuven no sólo a la prevención, sino que se generen alternativas de atención a las necesidades psicológicas de las víctimas de VS (Eusko et al., 2011). Por tanto, el presente estudio tuvo como propósito sistematizar la información disponible en cuanto a intervenciones dirigidas a mujeres adultas víctimas de VS, a fin de dirigir la práctica clínica en una práctica basada en evidencia, publicadas durante el periodo de 2007 a 2017.

Debido a la naturaleza de este trabajo, en el capítulo I se abordan temáticas referentes a la violencia sexual, tales como: definición, tipos, prevalencia y consecuencias.

Posteriormente, el capítulo II presenta un panorama del estado del arte sobre los tratamientos psicológicos a víctimas de violencia sexual.

El capítulo III describe el método de la presente revisión sistemática, se expone el planteamiento del problema, los objetivos, tipo de estudio, así como el procedimiento.

En el capítulo IV se informan los resultados encontrados. Finalmente, en las conclusiones se realiza un breve análisis de cada aspecto evaluado y se sugiere, con base en eso, mejoras para las futuras investigaciones.

## **Capítulo I.**

### **Violencia sexual**

#### **1.1. Definición**

La violencia sexual (VS) es cualquier conducta que trasgreda física o psicológicamente la libertad sexual de la víctima o las personas cercanas a ella. Debemos reconocer que el tema de la VS es mitificado en diversos contextos culturales, por lo que en algunos países emplean los sinónimos de: agresión sexual, abuso sexual, violación o acoso sexual (Eusko et al., 2011; National Sexual Violence Resource Center, 2012).

La VS va desde la violación fuerte hasta formas no físicas (presión psicológica y social), donde los agresores obligan a sus víctimas, principalmente niñas y mujeres, a tener relaciones sexuales contra su voluntad (Heise et al., 1999).

Además, en la VS se identifican conductas culturales, las cuales determinan un juicio social en cada tiempo y contexto, por ende, el acto de violación, se encuentra determinado por el derecho internacional, el cual está constituido por la penetración vaginal, anal, oral, así como cualquier objeto utilizado por el agresor (Mejía-Rodríguez, Bolaños-Cardozo y Mejía-Rodríguez, 2015).



## 1.2. Tipos de violencia sexual

En la literatura, es posible identificar diferentes tipos de violencia sexual, los cuales se caracterizan porque una persona (agresor) somete o manipula a otra persona (víctima) a fin de realizar una actividad sexual no deseada (National Sexual Violence Resource Center, 2012; Viviano, 2012):

- *Acoso sexual.* Éste puede manifestarse en tres niveles: leve, moderado y grave. El primero se caracteriza por ser de carácter verbal, el segundo es no verbal y sin contacto físico, finalmente el nivel grave incluye contacto físico y verbal (Institución Nacional de las Mujeres & Instituto Coahuilense de las Mujeres, 2010).
- *Violación o agresión sexual.* Este tipo de violencia involucra la penetración de miembros corporales u objetos vía vaginal, anal o bucal (Eusko et al., 2011).
- *Incesto.* Se refiere a cualquier contacto sexual entre parientes y personas que sean consideradas como tal, incluyendo padrastros, madrastras o las parejas de los padres, hermanos, primos, tíos, abuelos o la madre (Texas Association Against Sexual Assault, 2014).
- *Abuso sexual.* Son las actitudes y comportamientos que realiza una persona sobre otra sin consentimiento, exclusivamente para su

satisfacción sexual. El abuso sexual infantil sucede cuando un niño es utilizado para la estimulación sexual del agresor implicando toda interacción sexual (Unicef, 2016) está implícito las caricias, frotamientos o tocamiento, mostrar los genitales o el cuerpo desnudo a otros sin consentimiento y masturbación pública (National Sexual Violence Resource Center, 2012).

Si bien estos tipos de violencia pueden ocurrir a cualquier edad y sin importar el sexo del agresor ni de la víctima, existen otros que se presentan en menores:

- *Estupro*. Es una conducta sexual con mayores de 12 años y menores de 18, el contacto sexual se consigue mediante engaños (Artículo 262, Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, 2017).
- *Corrupción de menores*. Es la manipulación o abuso del agresor para su víctima haciéndola participar en actividades sexual que perjudican el desarrollo de su personalidad (Beloff, Bertinat, & Freedman, 2005).

### **1. 3. Violencia sexual y normas sociales**

Aunque la violencia sexual es tipificada como un delito, algunas culturas tienen creencias, normas e instituciones sociales que legalizan la violencia contra las mujeres, en especial en el ámbito familiar (Heise et al. 1999), incluso, se sabe que en algunos países las mujeres que sufren violencia sexual no cuentan con que el

Estado condene a los responsables de violencia sexual, ya que esta legislación no garantiza la igualdad de género, por lo que la violencia sexual no es abordada como un tema importante y complejo.

Además, la violencia sexual es tratada con menos mensura cuando el agresor es conocido por la víctima. Probablemente, esta sea la razón por la que una cuarta parte de las víctimas denuncian la violencia sexual (Amnistía Internacional, 2006). De este modo, la violencia sexual está inmersa en un orden social de género que, además, se mantiene en normas sociales, las cuales son: legalizar la violencia contra la mujer por su pareja íntima; atribuir a las mujeres la culpa por la violación, así como otros tipos de violencia sexual; justificar la violencia incurrida por hombres, debido a sus innatos deseos sexuales; ver a la mujer como objeto sexual; y el culto a la virginidad. En ese tenor, se tiene la creencia de que las mujeres son y pueden ser tomadas como objetos sexuales (Sexual Violence y Research Initiative, 2010).

Por otro lado, los agresores, al tener evidencias que los inculpen, buscarán la manera de acusar a la víctima de lo sucedido, por ejemplo, una forma de acusar a la víctima es verbalizar que ellos –como hombres- no pueden controlar sus impulsos sexuales ante provocaciones emitidas por las mujeres, generando una carga de culpa en las creencias de las víctimas, fundamentando la manera de vestir o el estilo de vida como algo “provocativo” para los agresores (Aparicio y Muñoz, 2007).

Aunado a lo anterior, existe el mito de que no se puede hablar de agresión sexual si las víctimas no tienen una gran resistencia a una relación sexual no deseada (Aparicio y Muñoz, 2007).



## 1.4 Prevalencia de la violencia sexual

En cuanto a la proporción de individuos que han sido violentados sexualmente, se sabe que tanto hombres como mujeres han sufrido algún tipo de violencia sexual antes de los 13 años (Cantón y Justicia, 2008). Además, existe evidencia de que, en Latinoamérica y Caribe, la VS es un problema grave, donde las mujeres tienen mayor riesgo de ser víctimas y que el agresor suele ser la pareja sentimental (Heise et al. 1999; Sexual Violence y Research Initiative, 2010).

En nuestro país, un estudio investigó la frecuencia de la VS en México, se analizó una base de datos que incluía la información de 345 mujeres que acudían a un centro de Salud en la Ciudad de México durante el año de 1998 (Ramos-Lira, Saldívar-Hernández, Medina-Mora, Rojas-Guiot, y Villatoro-Velázquez) En el análisis de resultados, los investigadores identificaron que 19% de las mujeres señalaron haber sido objeto de tocamientos sexuales en contra de su voluntad, al menos una vez en su vida, 11% sufrieron violación, en tanto que 5% fueron obligadas a tocar los órganos sexuales de otra persona. En general, Ramos-Lira et al. (2000) Identificaron que 21% de las participantes habían experimentado algún tipo de estas formas de violencia, en donde 11.3% habían sufrido una violencia, 8% y 2% tres violencias, respectivamente.

Por otra parte, entre las estadísticas más recientes de violencia contra las mujeres mexicanas (Instituto Nacional de las Mujeres, 2014), se informó que, de acuerdo al estado civil, del total de mujeres que sufrieron violencia física o sexual por parte de su pareja o expareja, 23.2% está casada o en unión, en tanto que 42.4% informaron estar alguna vez unidas.

Por otro lado, en cuando a los tipos de violación sexual contra la mujer, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015) se sabe que el más frecuente es el incesto (91%), seguido del acoso sexual (90%), la violación simple (80%), la violación equiparada y hostigamiento (76% cada uno) y el abuso sexual (75%).

Finalmente, en el Comité Interinstitucional de Estadística e Informática de Seguridad (Secretaría de Gobernación y Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, 2017) se tiene registro de 12,933 denuncias por violación, 1,632 denuncias por estupro y 17,205 de otros delitos sexuales no especificados.

Es importante mencionar que los datos informados son una aproximación a la incidencia de la violencia sexual, ya que corresponden a víctimas que acudieron a una institución, por lo que no se tienen datos de los casos no denunciados. La tabla 1 resume la prevalencia de la violencia sexual en México.

*Tabla 1*

*Prevalencia de la violencia sexual en México, por instituciones.*

INEGI	Porcentaje de víctimas	SESNSP	Frecuencia de denuncias
Violación equiparada	76	Violación	12,933
Violación simple	80	Estupro	1,632
Abuso sexual	75	Otros delitos	17,205
Acoso sexual	90		
Hostigamiento	76		
Incesto	91		

*Notas:* INEGI = Instituto Nacional de Estadística y Geografía, SESNSP = Secretaría de Gobernación y Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública.

## **1.5 Consecuencias de la violencia sexual**

El abuso sexual tendrá afectaciones en la víctima dependiendo diversos factores, como son: la edad, el desarrollo de la personalidad, la relación que tenga con el agresor, el nivel de violencia ejercida, las amenazas recibidas, la frecuencia de las agresiones y el apoyo que se tenga de la familia (Casado, Díaz y Martínez, 1997). La literatura disponible rebela que, en un plano inmediato, las víctimas de VS experimentan problemas emocionales, cognitivos, académicos, sociales y funcionalidad física (Pereda, 2009).

### **1.5.1 Consecuencias físicas.**

En una revisión a la literatura se identificó que las consecuencias físicas de la VS son poco frecuentes, dificultando así la detección de indicadores físicos (Pereda, 2010). En contra parte, algunas de las víctimas pueden presentar embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual, picazón o sangrado vaginal, dolor al defecar u orinar, dolor pélvico o abdominal. Otras problemáticas de índole sexual que pueden presentarse son el vaginismo (espasmos de los músculos alrededor de la abertura de la vaginal) y la falta de placer (Amnistía Internacional, 2006; Heise et al., 1999; Pereda, 2010).

Finalmente, otros problemas que afectan a las víctimas de VS son los dolores físicos sin razón médica, cefaleas, fibromialgias y trastornos gastrointestinales, trastornos de conversión y trastorno de somatización (Rodríguez, Aguiar y García, 2012).



### **1.5.2 Consecuencias psicológicas.**

Específicamente, en el plano emocional, una de las consecuencias más notable es la ira, donde las víctimas se dirigen hacia ellas mismas con conductas destructivas, mutilación o intentos suicidas. A su vez, esto provoca una pérdida de autoestima, sumisión y sentimientos de inferioridad, aislamiento, estigmatización y marginalidad (Casado et al., 1997).

Asimismo, las víctimas de VS pueden verse afectadas en su autoestima, lo que las coloca en una situación de riesgo para desencadenar otros problemas de salud mental, por ejemplo: depresión, trastorno de estrés post-traumático, así como el abuso de alcohol y drogas (Heise et al., 1999; Ramos-Lira et al., 2000).

Por otro lado, existe evidencia de que la VS se relaciona con otras actitudes y conductas de índole psicológica. Por ejemplo, un estudio realizado con estudiantes de 10 a 35 años de edad, se encontró que la VS se relaciona con el consumo mayor y continuo de sustancias nocivas para la salud (Ramos-Lira et al. 1998).

Además, a largo plazo, las consecuencias de la VS más frecuentes son: trastornos depresivos y bipolares, los síntomas y trastornos de ansiedad, trastorno límite de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria y conductas autodestructivas (Rodríguez et al., 2012). Por otro lado, se ha observado que la VS en la infancia se asocia con la aparición de alteradores emocionales, así como con comportamientos incompatibles en la edad adulta. Más aún, se sabe que 25% de los niños abusados sexualmente se convierten en abusadores en edad adulta (Echeburúa y Corral, 2006).

Finalmente, se ha encontrado que dos de las consecuencias de mayor gravedad -a largo plazo- son: problemas sexuales, la revictimización, trastorno depresivo, el trastorno de estrés postraumático, la ideación y conducta suicida (Rodríguez et al., 2012; Pereda, 2010).

Como puede observarse, las consecuencias se agrupan en dos grandes dimensiones: físicas y psicológicas. Las mujeres consideran que las consecuencias psicológicas de la VS son más graves que los efectos físicos (Heise et al., 1999; Ramos-Lira et al. 2000).

## Capítulo II.

### Intervención psicológica a víctimas de violencia sexual: estado del arte

La alta prevalencia de la violencia sexual resalta la necesidad de diseñar estrategias que coadyuven no sólo a la prevención, sino que se generen alternativas de atención a las necesidades psicológicas de las víctimas (Eusko et al., 2011).

En la actualidad existen estudios que han evaluado la eficacia de diversos tratamientos psicológicos para el abuso sexual infantil y adolescente, a través de revisiones de la literatura o metaanálisis. Las revisiones sistemáticas de la literatura “son un diseño de investigación observacional y retrospectivo, que sintetiza los resultados de múltiples investigaciones primarias” (Beltrán, 2005, p. 60). Este tipo de investigaciones siguen una metodología rigurosa para identificar, evaluar críticamente y sintetizar la información disponible en un campo de investigación (Mayorga, Velasco y Ochoa-Carrillo, 2015). Un metaanálisis en una rigurosa metodología de una revisión sistemática de investigación, ofreciendo técnicas necesarias para sintetizar, permitiéndoles a los profesionales contar con información verídica y válida en cualquier área de trabajo (Marín, Sánchez y López, 2009).

A continuación, se describen las revisiones sistemáticas de la literatura, o bien metaanálisis, que a partir de una metodología rigurosa han identificado, evaluado críticamente y sintetizado la información disponible en cuanto a intervenciones dirigidas a víctimas de violencia sexual.

A nuestro conocimiento, existen cuatro metaanálisis y dos revisiones de la literatura, sobre intervenciones psicológicas para la violencia sexual.

## **2.1 Análisis de los metaanálisis y revisiones de la literatura**

### **2.1.1 País de origen.**

La mayoría de los metaanálisis y revisiones de la literatura se han realizado en Estados Unidos (67%; Herzel-Riggin, Brausch y Montgomery, 2007; Taylor y Harvey, 2009; Reeker, Ensing y Elliott, 1997; Silovsky et al., 1994), el resto de los estudios pertenecen a España (Sánchez-Meca, Rosa-Alcázar y López-Soler, 2011; Rull y Pereda, 2011). De este modo, los estudios se encuentran en el idioma inglés, lo que puede representar una limitante para países con otros idiomas, incluyendo los de habla hispana.

### **2.1.2 Búsqueda de la información.**

#### *Fuentes de información.*

En lo que respecta a la fuente de información, más de la tercera parte de los estudios realizaron la búsqueda de la información en la base de datos PsycINFO (83%; Herzel-Riggin et al., 2007; Sánchez-Meca et al., 2011; Taylor y Harvey, 2009; Reeker et al., 1997; Rull y Pereda, 2011). Esta base de datos bibliográfica tiene como proveedor a la American Psychological Association y se especializa en

Ciencias de la Salud, específicamente en psicología y psiquiatría. PsycINFO contiene citas y resúmenes de artículos de revista, libros, tesis doctorales e informes. Otra de las bases más utilizadas fue Medline (67%; Herzel-Riggin et al., 2007; Sánchez-Meca et al., 2011; Taylor y Harvey, 2009; Rull y Pereda, 2011). Esta base de datos se especializa en el área médica y proporcionada por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. Cabe destacar que un estudio también revisó el registro Cochrane (Taylor y Harvey, 2009), el cual alberga ensayos clínicos controlados en medicina y otra áreas de la salud, por lo que constituye una fuente de información importante en la toma de decisiones. Aunque fue menos frecuente, los estudios también consideraron otras fuentes de información, por ejemplo: Social Science Abstracts, Scopus y listas de referencias. Finalmente, un estudio no especifico su fuente de información (Silovsky y Hembree-Kigia, 1994).

*Palabras clave.*

En cuanto a las palabras clave, aunque un estudio no especifica las que palabras de su búsqueda (Silovsky y Hembree-Kigia, 1994), se observa que las palabras más utilizadas fueron *sexual abuse, treatment, child abuse, therapy, outcome* y *PTSD*.

### *Criterios de inclusión.*

Considerando los objetivos de las intervenciones, el criterio de inclusión más frecuente fue que los estudios evaluaran tratamientos de abuso sexual en niños y adolescentes (Herzel-Riggin, et al., 2007; Sánchez-Meca et al., 2011; Reeker et al., 1997; Silovsky y Hembree-Kigia, 1994). En cuanto al aspecto metodológico, la mitad de los estudios consideró como criterio que las investigaciones tuvieran un diseño pretest-postest (Herzel-Riggin, et al., 2007; Sánchez-Meca et al., 2011; Rull y Pereda, 2011).

### **2.1.3 Objetivos.**

En cuanto a los objetivos de los estudios, si bien éstos han estado principalmente dirigidos a examinar la eficacia del tratamiento psicológico a víctimas de VS (Herzel-Riggin et al., 2007; Sánchez-Meca et al., 2011; Taylor y Harvey, 2009; Reeker et al., 1997; Rull y Pereda, 2011), otros han buscado la manera de recabar información con la finalidad de orientar la toma de decisiones de investigaciones futuras (Reeker et al., 1997; Silovsky y Hembree-Kigia, 1994). En otro estudio, los autores tuvieron como objetivo el análisis de los efectos independientes de las intervenciones, ya sea individual o grupal (Herzel-Riggin et al. 2007).

#### **2.1.4 Características de las muestras.**

Como puede apreciarse, a la fecha, las revisiones sistemáticas y los metaanálisis sobre las intervenciones psicológicas de violencia sexual, se han enfocado, mayormente, a revisar la información sobre intervenciones de violencia sexual en la infancia y la adolescencia (Herzel-Riggin et al., 2007; Sánchez-Meca et al., 2011; Reeker et al., 1997; Silovsky y Hembree-Kigia, 1994). De manera menos frecuente, los investigadores también han sistematizado la información sobre los resultados de intervenciones que se han desarrollado para víctimas adultas que sufrieron VS en la infancia (Rull y Pereda, 2011) y a mujeres adultas (Taylor y Harvey, 2009).

La tabla 2 sintetiza la información metodológica de cada estudio, asimismo, la tabla 3 resume los principales hallazgos.



Tabla 2

Síntesis metodológica de metaanálisis y revisiones de la literatura sobre intervenciones psicológicas para la violencia sexual.

Estudio (año) País	Objetivo(s)					
	TE	Bases de datos empleadas	Periodo de búsqueda	Palabras clave	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Herzel-Riggin et al. (2007) Estados Unidos	MA	PsycINFO Social Science Abstracts Medline Listas de referencias de estudios empíricos y artículos de revisión	1975 y 2004.	Child abuse, sexual abuse, treatment, therapy, outcome, cognitive-behavioral, play therapy, family therapy.	Evaluar tratamientos de abuso sexual para niños y adolescentes de 3 a 18 años de edad.	NE
Diseño pretest y postest. Muestras > a 10. Tener información estadística. Estudios publicados en revistas revisadas por pares.						

Continúa....



Tabla 2

Síntesis metodológica de metaanálisis y revisiones de la literatura sobre intervenciones psicológicas para la violencia sexual (Continuación).

Estudio (año) País	Objetivo(s)			Palabras clave	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
	TE	Bases de datos empleadas	Periodo de búsqueda			
Taylor y Harvey, (2009).						
	•	Realizar una revisión bibliográfica sobre la eficacia de intervenciones psicoterapeutas dirigidas a víctimas de agresión sexual, de estudios publicados y no publicados.				
	MA	PsycINFO Medline	1998 y 2007.	Sexual assault, o, rape.  y Treatment, o, therapy, o, intervention.  y Outcome.  Así como otros términos genéricos que incluyeron: sex offenses, incest, sexual.  y Post-traumatic stress disorder  y/o.  PTSD.	Definir terapia.  Examinar los resultados del tratamiento con víctimas atacadas sexualmente y estas experimentar trauma por violación o PTSD  Los resultados tenían que basarse en medidas empíricas.  Tener una muestra donde la mayoría tenía que haber sido sexualmente atacada.  Estudios en lengua inglesa.  Se tenía que tener una disponibilidad de datos para el cálculo del efecto de tamaño.	Las investigaciones no tenían que ser un caso.  Debían de informar, conjuntos de datos independientes.
Estados Unidos		Resúmenes de servicios sociales				
		Registro Cochrane Central de Bases de datos de Ensayos Controlados				
		Búsqueda manual de referencias de metaanálisis y revisiones anteriores				

Continúa...

Tabla 2

Síntesis metodológica de metaanálisis y revisiones de la literatura sobre intervenciones psicológicas para la violencia sexual (Continuación).

Estudio (año) País	Objetivo (s)		Periodo de búsqueda	Palabras clave	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
	TE	Bases de datos empleadas				
Reeker et al. (1997)  Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar un medio para comparar resultados de diferentes investigaciones en donde los grupos de control no suelen ser factibles o éticos.</li> <li>• Ayudar a futuras investigaciones a comprender mejor la efectividad de las intervenciones.</li> <li>• Examinar la relación que existe entre la eficacia de tratamiento y las perspectivas de respuesta y los tipos de medidas utilizadas para evaluar la eficacia.</li> </ul>	MA PsycINFO	1967 y 1996	Sexual abuse (limited to) treatment	<p>Estudios diseñados para examinar la efectividad de un tratamiento grupal para niños o adolescente abusados sexualmente.</p> <p>Los resultados basados en medidas empíricas, a diferencia de las impresiones clínicas.</p> <p>Suficiente información estadística de los estudios para calcular estimaciones de tamaño de efecto</p>	NE

Continúa...

Tabla 2

Síntesis metodológica de metaanálisis y revisiones de la literatura sobre intervenciones psicológicas para la violencia sexual (Continuación).

Estudio (año) País	Objetivo (s)		Periodo de búsqueda	Palabras clave	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
	TE	Bases de datos empleadas				
Rull y Pereda, (2011).  España	•	Describir y analizar trabajos publicados en los años 2000 al 2010 con una revisión crítica de las intervenciones psicológicas.	2000 y 2010	Sexual abuse, o, child sexual abuse.  y  Psychological treatment, o, psychological intervention.	Estudios en inglés y español.  Ser víctimas adultas de abuso sexual en la infancia con un tratamiento psicológico.  Incluir diferentes grupos de tratamiento con medidas pre y postest.  Se tenía que incluir una medida comparativa para evaluar la efectividad del tratamiento.	Que en el resumen no incluyera temas de revisión o hiciera mención a temas relacionados, pero no directamente vinculados.
	RS	PsycINFO  Medline  Scopus  Los autores complementaron la búsqueda con listas de referencias de estudios de revisión publicados				

Continúa...

Tabla 2

Síntesis metodológica de metaanálisis y revisiones de la literatura sobre intervenciones psicológicas para la violencia sexual (Continuación).

Estudio (año) País	Objetivo (s)					
	TE	Bases de datos empleadas	Periodo de búsqueda	Palabras clave	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Silovsky y Hembree-Kigia, (1994)  Estados Unidos	R	NE	NE	NE	Pruebas empíricas como anecdóticas para evaluar la efectividad de las intervenciones de niños y adolescentes que han sido abusados sexualmente.	NE

Notas: TE = tipo de estudio, NE = no específica, MA = metaanálisis, RS = revisión sistemática, R = revisión.

Tabla 3

Resultados de metaanálisis y revisiones de la literatura sobre intervenciones psicológicas para la violencia sexual.

Estudio (año)	Número de artículos			Principales hallazgos de los estudios
	País	Id	Ex	
Herzel-Riggin et al. (2007) Estados Unidos	NE	NE	28	<p>Resultados globales, el efecto ponderado global medio <math>d = .72</math> (<math>DE = .02</math>; rango: <math>-.20</math> a <math>2.08</math>), el intervalo de confianza no contenía cero, <math>Z = 34.76</math>, <math>p &lt; .001</math>. La diferencia fue estadísticamente significativa, lo que indica que hubo heterogeneidad entre los tamaños del efecto.</p> <p>El tamaño del efecto del grupo de tratamiento cognitivo conductual fue grande (<math>d = .74</math>), y fue significativamente mayor que el grupo sin tratamiento (<math>d = .46</math>), <math>Qb = 19.23</math>, <math>p &lt; .001</math>. Esto sugiere que el efecto de cualquier tipo de modalidad de tratamiento es más efectivo que cualquier otro.</p> <p>En lo que corresponde a los resultados de los problemas secundarios (funcionamiento social, psicológico, autoconcepto y otros), presenta una diferencia significativa, <math>Qb = 1037.92</math>, <math>p &lt; .001</math>., entre los efectos de tamaño medio ponderado.</p> <p>El efecto de mayor tamaño, en cuanto al funcionamiento social, fue la terapia de juego, sin embargo, la terapia cognitivo conductual, terapia de familia, de abuso, de apoyo, individual y grupal tuvieron una efectividad moderada.</p> <p>Es interesante observar, la medida en cuanto aumentaba el número de sesiones de terapia, aumentaba el tamaño medio del efecto ponderador <math>Qb = 14.54</math>, <math>p &lt; .001</math>., en cuanto a los resultados del comportamiento, la terapia grupal específica, de apoyo es la más efectiva, mientras la terapia cognitivo-conductual e individual es más significativa para trastornos psicológicos, así como los problemas de autoconcepto.</p>

Continúa...



Tabla 3

Resultados de metaanálisis y revisiones de la literatura sobre intervenciones psicológicas para la violencia sexual  
(Continuación).

Estudio (año)	Número de artículos			Principales hallazgos de los estudios
	País	Id	Ex	
Sánchez-Meca et al. (2011) España	2720	33	11	<p>Se trabajó con 51 grupos de niños, 44 grupos de tratamiento y 7 grupos de control.</p> <p>Este metaanálisis muestra que 79.5% de los grupos presentaban problemas de comportamiento y ajuste general, 61.4% conductas sexualizadas, sin embargo, el mayor tamaño del efecto medio se obtuvo en la categoría de otras variables <math>d = .93</math>, seguido de la reducción de los problemas de conducta <math>d = .66</math>, un aumento de autoestima <math>d = .61</math> así como reducciones significativas de la ansiedad <math>d = .53</math>, síntomas de comportamiento sexualizado <math>d = .45</math> y depresión <math>d = .4</math>.</p> <p>Los tratamientos psicológicos más probados fueron: cognitivo conductual (38,6%), terapia de apoyo (18,2%), tratamientos psicodinámicos (9,10%), tratamientos humanísticos (9,10%) y terapia de autoregulación de Maslow así como terapia de juego (4.50%).</p> <p>Los tratamientos con mayor efectividad fueron: cognitivo-conductual combinada con terapia de apoyo (<math>d = 1.74</math>) y cognitivo-conductual con terapia de apoyo y terapia de juego (<math>d = 1.34</math>).</p> <p>En general, los autores identificaron que la investigación sobre los resultados de tratamientos para niños agredidos sexualmente tiene deficiencias metodológicas, por lo que se necesita más evidencia válida y confiable.</p>

Continúa...

Tabla 3

Resultados de metaanálisis y revisiones de la literatura sobre intervenciones psicológicas para la violencia sexual  
(Continuación).

Estudio (año)	Número de artículos			Principales hallazgos de los estudios	
	País	Id	Ex		A
Taylor y Harvey, (2009)	Estados Unidos	89	23	17	<p>La mayoría de los estudios trataron el TEPT o trauma de violación, 75% de los ensayos fueron hechos en Estados Unidos Americanos y el 25% en Europa occidental.</p> <p>La mayoría de los tratamientos fueron cognitivo-conductual con enfoques individuales o aspectos específicos de dicho enfoque, como, exposición o reestructuración, las muestras tenían una media de edad de 33,7 y 27,5 años, para estudios de medidas repetidas.</p> <p>En cuanto a los estudios de muestras independientes y repetidas, mostraron que el tratamiento es benéfico, pero variaba la cantidad de la efectividad.</p> <p>Algunos estudios proporcionaron datos de seguimiento en diferentes tiempos, los tamaños del efecto se calcularon con base a esto, para determinar si los efectos de tratamiento se mantenían con el tiempo, manteniéndose con el seguimiento de seis meses.</p> <p>Se identificó que los efectos, cuando se implementaban más de diez sesiones, favorecían más, así como las sesiones más largas, contaron con manuales o que fueron semiestructuras, lo cual tuvo efectos más positivos que aquéllas intervenciones no estructurados, asimismo los efectos eran mayores cuando el principal contacto era con el terapeuta durante el tratamiento.</p>

Continúa...

Tabla 3

Resultados de metaanálisis y revisiones de la literatura sobre intervenciones psicológicas para la violencia sexual  
(Continuación).

Estudio (año)	Número de artículos			Principales hallazgos de los estudios
	País	Id	Ex	
Reeker et al. (1997) Estados Unidos	388	56	11	<p>En cuanto a los 11 estudios, la agresión, arrojó un efecto promedio <math>d = .79</math> (<math>DE = .44</math>)</p> <p>Se evaluaron las diferencias generales de los tamaños del efecto en función de género de las muestras, y se observó una inclinación mayor para las mujeres. Mujeres = .96, Hombres = .30, Grupos mixtos = .63.</p> <p>También se evaluaron las diferencias en los tamaños de efectos, basados en las categorías de edad (adolescentes, preadolescentes, infancia tardía y primera infancia) (<math>F(2,9) = .1</math>, <math>p = .89</math>). No se encontraron diferencias significativas. Se probaron posibles diferencias en el tamaño del efecto según el tipo de tratamiento lo que fue significativa .05 (<math>t(13) = 2.16</math>, <math>p = .05</math>).</p> <p>Los tamaños del efecto fueron calculados de acuerdo a la perspectiva de respuesta, por lo que se evaluó si las medidas informadas por los padres produjeron mayores tamaños de efecto que las medidas informadas por los niños. El efecto promedio fue <math>d = .75</math> (<math>DE = .46</math>). Medidas informadas por el niño fue <math>d = .74</math> (<math>DE = .47</math>). No se encontraron diferencias significativas entre el efecto de tamaño de perspectiva de respuesta (<math>t(19) = .06</math>, <math>p = .95</math>). Ante esto se muestra que la terapia integradora tuvo una mayor efectividad en los estudios.</p>

Continúa...

Tabla 3

Resultados de metaanálisis y revisiones de la literatura sobre intervenciones psicológicas para la violencia sexual  
(Continuación).

Estudio (año)	Número de artículos			Principales hallazgos de los estudios
	País	Id	Ex	
Rull y Pereda, (2011) España	101	19	19	<p>La mayoría de los estudios provienen de Estados Unidos. Se utilizó con mayor frecuencia un grupo control, con formatos grupales de tratamiento. La terapia más utilizada fue la cognitivo conductual, con sesiones de una durabilidad de seis semanas hasta más de dos años.</p> <p>En cuanto a los terapeutas que imparten el tratamiento, 42% de los estudios no proporcionó el dato, en 31% lo facilitan dos terapeutas y en 21% un terapeuta dirige las sesiones.</p> <p>El 52,6% de las intervenciones han tenido un seguimiento.</p> <p>El tipo de abuso se presenta con un 31,6% víctimas de abuso sexual en la infancia con y sin contacto físico, 15,8% fueron personas víctimas de abuso sexual con contacto físico y en los estudios restantes no se especifica el tipo de abuso ocurrido.</p> <p>En todos los tratamientos cognitivo conductual revisados, las variables evaluadas se ven reducidas. En cuanto a las terapias psicodinámicas los resultados de los estudios se ven favorecidos en psicoticismo y depresión, en los tratamientos sistémicos se observa su funcionalidad en síntomas psicológicos y en la capacidad de relación y funcionamiento general, las terapias con un enfoque feminista se destacan por centrarse en fortalecer la autoestima y mejorar el estado de ánimo de las víctimas.</p> <p>Los autores del estudio identifican una terapia reciente para esos años, mindulness da un resultado positivo en variables relacionadas con el estrés postraumático.</p>

Continúa...

Tabla 3

Resultados de metaanálisis y revisiones de la literatura sobre intervenciones psicológicas para la violencia sexual  
(Continuación).

Estudio (año)	Número de artículos			Principales hallazgos de los estudios
	País	Id	Ex	
Silovsky y Hembree-Kigin (1994) Estados Unidos	NE	NE	NE	<p>Las pautas de tratamiento se seleccionaron con literatura actual sin embargo se encuentran restringidos por los estudios empíricos bien diseñados.</p> <p>Un problema particular en la literatura de tratamiento en cuanto abuso sexual es el uno de intervenciones múltiples por lo que es difícil discernir que componente tuvo un efecto.</p> <p>Muchos estudios no han utilizado medidas adecuadas para evaluar la eficacia de la intervención.</p> <p>Se identifica un mayor número de terapia grupal sin embargo esto no está respaldado empíricamente y se basa a lo anecdótico</p>

Notas: Id = artículos identificados, Ex = artículos excluidos, A = artículos aceptados, NE = no especifica

### **2.1.5 Conclusión.**

En lo que respecta a los aspectos metodológicos, se observa lo siguiente:

- La mayoría de las revisiones o metaanálisis están en el idioma inglés (67%), lo que supone un área de oportunidad para legua en español.
- La investigación más reciente se realizó hace siete años, lo que señala la necesidad de sintetizar la información más actual.
- En cuanto los criterios de inclusión, éstos han considerado mayormente a las muestras adolescentes e infantiles, dejando de lado a otras muestras como son las mujeres adultas.

En cuanto los hallazgos de los estudios, se identifica lo siguiente:

- De manea general, se observa que en niños y adolescentes la terapia con mayor efectividad es la fundamentada en un enfoque cognitivo-conductual, ya que ésta permite reestructurar el pensamiento de la víctima de VS.
- Los autores concluyeron que mayor número de sesiones terapéuticas permiten mejores resultados.
- Finalmente, las sesiones de mayor tiempo (60-90 minutos) fueron más efectivas que aquéllas más breves.

## **Capítulo III.**

### **Método**

#### **3.1 Planteamiento del problema**

La violencia sexual (VS) es cualquier conducta que trasgreda física o psicológicamente la libertad sexual de la víctima o las personas cercanas a ella (Eusko et al., 2011). Además, la VS constituye un grave problema en la región de Latinoamérica y el Caribe (Sexual Violence y Research Initiative, 2010), no obstante, cada cultura tienen creencias, normas e instituciones sociales que legalizan la violencia –especialmente–, contra las mujeres. Existe evidencia de que la VS puede dejar secuelas en el ámbito familiar, social y mental (Cortés, Cantón-Cortés y Cantón, 2011; Pereda, 2009). Al respecto, las víctimas de VS consideran que las consecuencias psicológicas del abuso son más graves que sus efectos físicos, situación que coloca a las víctimas en una situación de vulnerabilidad para el desarrollo diversos problemas de salud mental, por ejemplo: depresión, trastorno de estrés post-traumático, ideación suicida, así como el abuso de alcohol y drogas (Pérez y Mestre, 2013; Heise et al. 1999).

Debido a lo anterior, las víctimas de VS requieren del apoyo de diversos profesionales que las guíen en los procesos necesarios (Vallejo y Córdoba, 2012), lo que convierte a la VS en un campo de investigación importante para la psicología de la salud. Al respecto, las investigaciones sobre VS han estado enfocadas, principalmente, a investigar sobre las consecuencias físicas y



psicológicas de la VS en niños (Pereda, 2009; Pereda, 2010), características psicológicas del abusador sexual infantil (Pérez y Caricote, 2014), prevención de la VS (Morrillo, Montero y Colmenares, 2012), afrontamiento y ajuste psicológico (Cantón y Justicia, 2008), caracterización psicológica del adulto que sufrió VS en la infancia (Santana y Machin, 2005) así como tratamientos psicológicos para la VS, principalmente en niños (Rodríguez y Leonardo, 2003) o en adultos víctimas de VS durante la infancia (Gorey, Richtera y Sniderb, 2001; Quintero y Andrade, 2012; Sarasua, Zubizarreta, de Corral y Echeberúa, 2013).

Con base en la diversidad de los estudios existentes, Taylor y Harvey (2009) enfatizaron en la necesidad de realizar revisiones sistemáticas que resuman los resultados de intervenciones psicológicas evaluadas en víctimas de VS. Al momento, se han identificado dos estudios orientados a este fin.

En primera instancia, Rull y Pereda (2011) realizaron una revisión sistemática de intervenciones dirigidas a mujeres adultas que sufrieron VS en la infancia. Se identificaron 19 estudios que tienen resultados favorables para el tratamiento, contando con pretest, posttest y seguimiento.

En segundo lugar, Taylor y Harvey (2009) recabaron información sobre tratamientos de mujeres adultas víctimas de abuso sexual con el fin de recabar información sobre las evaluaciones efectivas. No obstante, este estudio abarcó investigaciones realizadas hasta el 2007, lo que supone un área de oportunidad para identificar y sistematizar los resultados de investigaciones desde 2008 a la fecha, ya que se requiere una investigación continúa en cuanto a la efectividad de los tratamientos.

Con base en las oportunidades metodológicas anteriormente expuestas, el propósito de la presente investigación es realizar una revisión sistemática sobre tratamientos psicológicos que han sido evaluados en mujeres adultas víctimas de VS, durante el período 2007 a 2017.

### **3.2 Procedimiento**

Se realizó una búsqueda en la base de datos PsycINFO del periodo 2007 a 2017 utilizando las siguientes palabras clave *sexual assault* o *rape*, combinadas con *treatment* o *therapy* o *intervention*, y *outcome*, encontrándose 66 artículos. Los criterios de inclusión fueron: a) artículos publicados en revistas científicas revisadas por pares; b) investigaciones con muestras de mujeres víctimas de abuso sexual; c) que las investigaciones comprendan la evaluación de intervenciones psicológicas de mujeres víctimas de abuso sexual; además, d) de las investigaciones en el que el abuso sexual sea una de las variables, sólo se seleccionarán aquellas dirigidas a mujeres adultas víctimas de abuso sexual.

A continuación, en la figura 1 se muestra el flujo de selección de los artículos.

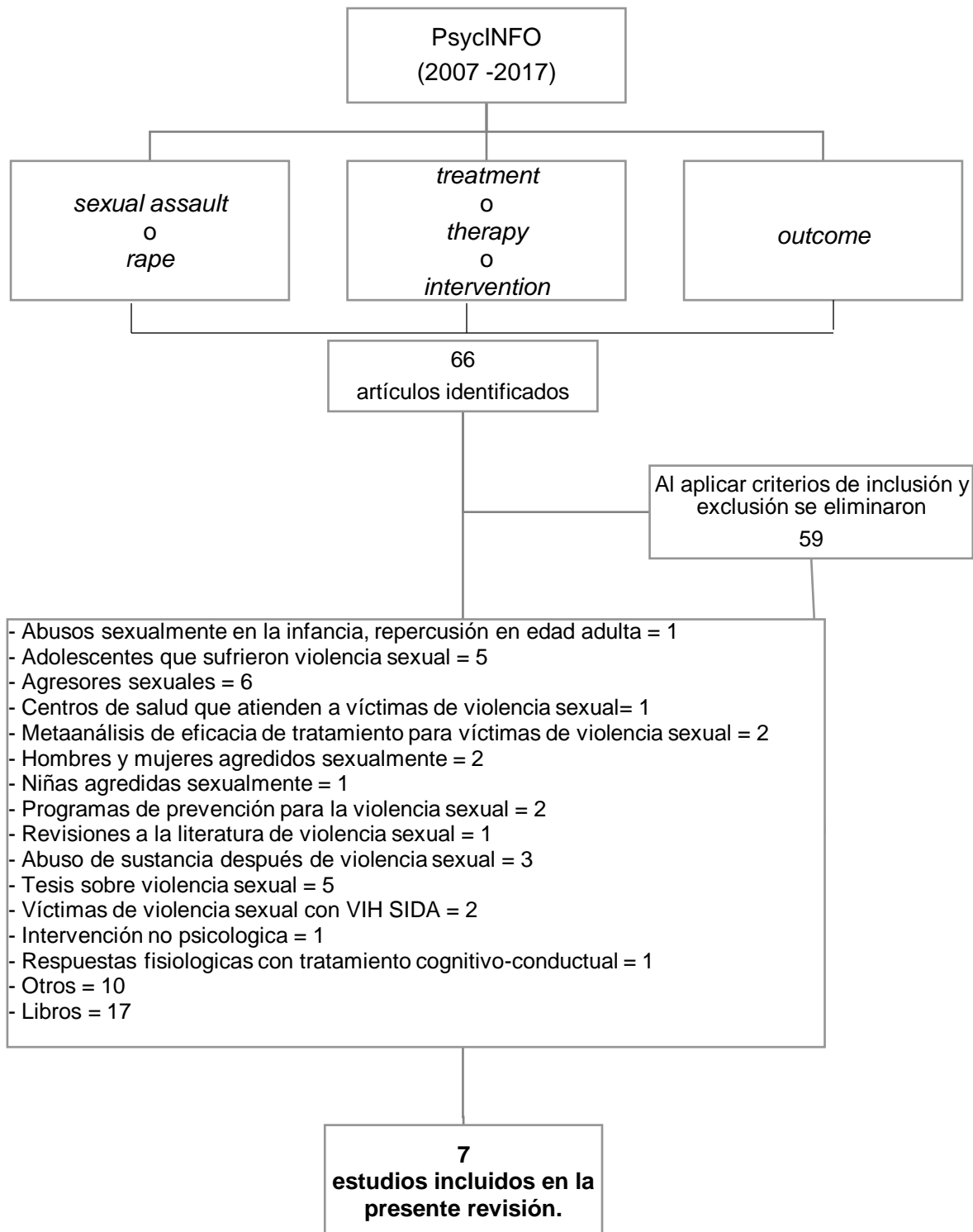


Figura 1.

Flujo de selección de los artículos

## **Capítulo IV.**

### **Resultados**

En la búsqueda realizada se localizaron 66 artículos con las palabras clave antes mencionadas, publicados en el periodo 2007 a 2017. Al aplicar los criterios de inclusión y exclusión se identificaron 7 artículos para la presente revisión.

#### **4.1 Características de los estudios**

##### **4.1.1 Año.**

Los artículos fueron publicados entre 2008 y 2015, siendo los años de 2012 (Leiner, Kearns, Jackson, Astin y Rothbaum, 2012; Resick, Williams, Suvak, Monson y Gradus, 2012) y 2015 (Allon, 2015; Gray, Hassija, Jaconis, Barrett, Zheng, Steinmetz y James, 2015) en donde se publicaron 57% de las intervenciones.

##### **4.1.2 País.**

En cuanto al país de publicación, es interesante observar que 85% fueron realizados en el continente americano, específicamente en Estado Unidos (Gray, Hassija, Jaconis, Barrett, Zheng, Steinmetz y James, 2015; Clarke, Rizvi y Resick, 2008; Leiner et al., 2012; Resick et al., 2012; Finn, Garner y Wilson, 2011; Rizvi,

Vogt y Resick, 2009). El estudio restante se desarrolló en República Democrática del Congo (Allon, 2015).

#### **4.1.3 Participantes.**

Las muestras que se presentan en los artículos varían en la cantidad de participantes, desde 21 (Gray et al. 2015) hasta 20023 participantes (Finn et al. 2011). Cabe mencionar que este último consistió en llamadas telefónicas que proporcionaban atención de primer grado. Debido al criterio de inclusión, todas las investigaciones trabajaron con víctimas de abuso sexual durante la edad adulta.

#### **4.1.4 Criterios de inclusión.**

Los criterios de inclusión con mayor relevancia fueron; a) haber experimentado una violación tres o más meses antes del estudio (Clarke et al., 2008; Leiner et al., 2012; Resick et al., 2012; Rizvi et al., 2009); b) diagnóstico de Trastorno de estrés postraumático (Clarke et al., 2008; Resick et al., 2012; Rizvi et al., 2009); c) mujeres abusada sexualmente (Allon, 2015; Gray et al., 2015); d) participantes con dosis de medicamentos, éstos tenían que ser establecidos por consultas psiquiátricas y debían de abstenerse de otra terapia de apoyo (Resick et al., 2012); y e) mujeres dependientes de sustancias que hubieran estado en abstinencia por seis meses (Rizvi et al., 2009). Finalmente, se identificó un estudio sin criterios de inclusión (Finn et al. 2011).

#### **4.1.5 Criterios de exclusión.**

En cuanto a los criterios de exclusión, los de mayor relevancia fueron; a) psicosis actual, b) dependencia actual de drogas y alcohol; c) intento suicida (Clarke et al., 2008; Resick et al., 2012; Rizvi et al., 2009); d) analfabetismo (Clarke et al., 2008; 2012; Resick et al., 2012; Rizvi et al. 2009); e) no se tenía que incluir la participación actual en una relación abusiva (Clarke et al., 2008; Resick et al., 2012).; f) Para finalizar la automutilación no estaba permitida (Resick et al., 2012).

#### **4.1.6 Variables evaluadas.**

Como puede apreciarse en la tabla 4, las variables consideradas para evaluar la efectividad de las intervenciones fueron las siguientes:

##### ***Trastorno de estrés postraumático.***

Esta variable fue evaluada en todos los estudios, excepto en uno (Finn et al. 2011).

##### ***Depresión.***

Sorprendentemente, la depresión fue evaluada únicamente en cuatro (57%) de los estudios (Clarke et al., 2008; Rizvi et al., 2009; Resick et al., 2012; Gray et al., 2015).

### ***Otras variables.***

Es importante destacar que los investigadores consideraron otras variables, aunque éstas no coinciden entre los estudios, por ejemplo factores asociados con estrategias de afrontamiento (Leiner et al., 2012); características del trastorno de la personalidad y secuelas psicológicas de eventos traumáticos (Clarke et al., 2008); inteligencia, ira y culpa (Rizvi et al., 2009); trastornos del estado de ánimo, trastorno de pánico y trastorno por uso de sustancias (Resick et al., 2012); distrés (Allon, 2015); y, satisfacción con el tratamiento (Gray et al., 2015). Finalmente, cabe destacar que en un estudio no evaluó el efecto de su intervención (Finn et al., 2011).

### **4.1.7 Instrumentos.**

#### ***Trastorno de estrés postraumático.***

Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS). Esta escala se aplicó solamente en la tres (43%) de los estudios (Clarke et al., 2008; Rizvi et al., 2009; Resick et al., 2012). La CAPS es una entrevista estructurada, desarrollada por Blake et al. (1990) que mide los síntomas de estrés postraumático en dos apartados, el primero desde la naturaleza del acontecimiento traumático y el segundo desde la repercusión en el sujeto. Esta última contiene 17 ítems tipo Likert, con escala de cinco puntos que puntúan de 0 a 4, los cuales miden los síntomas del trastorno de estrés postraumático con base en los criterios del DSM-IV. En la traducción española, se identificó que la CAPS es una medida válida y confiable, ya que tiene

alta consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.94) y confiabilidad test – retest, tanto para el primer apartado ( $r = 0.90 - 0.98$ ) como para el segundo ( $r = 0.70 - 0.96$ ) (Bustamante, Page, Zayas-Bazan y Mellman, 1997). Asimismo, la puntuación total de la CAPS correlaciona alto con la puntuación de la Mississippi Scale for Combat-related ( $r = 0.91$ ) y moderadamente con la escala de Trastorno de Estrés Postraumático de Keane (PK) del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota ( $r = 0.77$ ).

The PTSD Symptom Scale (PSS; Foa et al., 1993) fue aplicada en el estudio de Gray (2015). La PSS es una escala de 17 ítems que miden los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático. Esta evaluación se realiza a partir de todos los criterios diagnósticos con base en el DSM-IV. Esta escala tiene alta consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.93).

The Impact of Events Scale (IES; Horowitz et al., 1979). La IES es una escala de 15 ítems de tipo Likert que fue utilizada en un estudio (Allon, 2015) para medir los síntomas del trastorno de estrés postraumático. Los primeros siete reactivos miden síntomas intrusivos, por ejemplo, pensamiento y sentimientos intrusivos, pesadillas, pesadillas e imágenes; mientras que los ítems restantes evalúan los síntomas de evitación, como son la incapacidad de respuesta, la evitación de sentimientos, de situaciones e ideas.



## ***Depresión.***

Inventario de depresión de Beck (IDB; Beck, Steer y Carbin, 1988). El IDB fue desarrollado para medir la severidad de los síntomas de depresión en muestras clínicas y no clínicas, a través de 20 ítems. En México, Jurado et al. (1998) encontraron que el IDB tiene una confiabilidad total de 0.87; además de validez concurrente con la escala de depresión de Zung y con la escala de depresión del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota. Este instrumento fue utilizado en tres estudios (43%, Clarke et al., 2008; Rizvi et al., 2009; Resick et al., 2012).

Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D; Radloff, 1977). El CES-D es un instrumento breve que fue desarrollado para evaluar la sintomatología depresiva a nivel poblacional. La CES-D se conforma de 20 ítems tipo Likert de 1 a 4 puntos (donde 1 = rara vez y 4 = en la mayoría de los casos) que evalúan diversos componentes de la depresión, por ejemplo, el estado de ánimo depresivo, sentimientos de inutilidad y desesperanza, pérdida de apetito. Puntuaciones superiores a 16 indican una posible presencia de depresión clínicamente significativa. El CES-D es un instrumento válido y confiable, ya que cuenta con alta consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.85 – 0.90) y confiabilidad test – retest. Este instrumento fue aplicado en uno de los estudios (Gray et al., 2015).

### ***Estrategias de afrontamiento.***

Coping Strategies Inventory Disengagement subscale (CSI-D; Tobin, Holroyd, Reynold y Wigal, 1989). Se trata de un instrumento de autoinforme. El CSI-D tiene 72 ítems tipo Likert que se agrupan en once subescalas, divididas en primarias y secundarias. Asimismo, este instrumento ha mostrado buena consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.89) y confiabilidad de test-retest. Leiner et al. (2012) utilizaron únicamente la subescala de Disengagement, la cual está conformada por 36 ítems para medir las estrategias de afrontamiento, que se asocian con la evitación de factores estresantes, iniciar comportamientos que podrían cambiar la situación que provoca el estrés, así como ilusiones y fantasías (Tobin et al., 1989). Cabe destacar que esta escala ya fue adaptada para población mexicana por Rodríguez-Díaz, Estrada-Pineda, Rodríguez-Franco y Bringas-Molleda, (2014) quienes identificaron una consistencia interna de 0.75.

### ***Características del trastorno de la personalidad.***

Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP; Clark, 1993). El SNAP es un inventario que permite evaluar características del trastorno de personalidad. El SNAP cuenta con una escala que, con base en 28 ítems, mide el trastorno límite de personalidad, donde una puntuación  $\geq 15$  o mayor indica una psicopatología.

### ***Secuelas psicológicas de eventos traumáticos.***

Trauma Symptom Inventory (TSI), desarrollada por Briere (1995). La TSI es una medida que consta de 100 ítems que evalúan las secuelas psicológicas de eventos traumáticos. Este instrumento se divide en 10 subescalas que evalúan, ira, irritabilidad, experiencias intrusivas, depresión, excitación ansiosa, evitación defensiva, disociación, preocupación y disfuncional sexual, alteración de la autoreferencia y reducción de la tensión en el comportamiento. La TSI tiene consistencia interna adecuada (alfa de Cronbach = 0.84 – 0.87; Gutiérrez, Cosden y Bernal, 2011).

### ***Inteligencia.***

Quick Test (QT) es una prueba de inteligencia general, que contiene 50 ítems, los cuales no se requiere, escribir, leer o hablar, el único indicativo es indicar que dibujo ilustra mejor el significado de las palabras. Cabe mencionar que el QT se ha correlacionado con la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos (WAIS) en información ( $r = 0.82$ ) y vocabulario ( $r = 0.89$ ) (Maloney, Steger y Ward, 1973).

### ***Ira.***

State Trait Anger Expression Inventory (STAXI; Spielberger y Sydeman, 1994) es un instrumento que contiene escalas que evalúan la experiencia, control y expresión de la ira, con un total de 44 ítems tipo Likert, con una alta consistencia

interna (alpha de Cronbach = 0.73 – 0.93) y test–retest. En cuanto a la adaptación que tiene al idioma español se mostró que la STAXI tiene una buena consistencia interna (0.66 – 0.88) manteniendo sus propiedades psicométricas (Leibovich de Figueroa y Schmidt, 2001).

### ***Culpa.***

Trauma Related Guilt Inventory (TRGI; Kubany et al. (1996), es un inventario que consta de 32 ítems, gracias a la ayuda de sus escalas, el TRGI puede evaluar culpa y cogniciones de culpa, encontrándose que mantiene una alta consistencia interna (alpha de Cronbach = 0.89 – 0.91).

### ***Trastornos del estado de ánimo, trastorno de pánico y trastorno por uso de sustancias.***

The Structure Clinical interview for DSM-IV (SCID; First et al., 1996). Es una entrevista de diagnóstico basada en los criterios del DSM-IV. La SCID es una entrevista semiestructurada para los trastornos del eje I, fue desarrollada para que un profesional de la salud mental pudiera llevarla a cabo, actualmente existe la adaptación en lengua española.

### ***Distrés.***

The Subjective units of Disturbance scale (SUD; Wolpe, 1969). La SUB es utilizada para evaluar la intensidad subjetiva de la perturbación o angustia experimentada, con una escala tipo Likert (0 – 10). Se confirmó la validez que tiene la SUD donde se refleja la gravedad de los síntomas de los pacientes que toman la terapia EMDR (Kim, Bae y Park, 2008).

### ***Satisfacción con el tratamiento.***

The Wyoming Telehealth Trauma clinic Client Satisfaction scale (WTTCCSS), se desarrolló para evaluar la opinión del cliente, así como sus reacciones en cuanto al tratamiento basado en videoconferencias. La WTTCCSS consta de 11 ítems con escala tipo Likert para poder calificar la experiencia que tuvieron con el tratamiento de telesalud que van de un total de 11 (satisfacción deficiente) a 55 (alta satisfacción). Se evaluaron la satisfacción del consultante en cuanto al sonido, calidad de video, facilidad del uso de los equipos cómputos, confidencialidad, amabilidad y sensibilidad del terapeuta, programación de las sesiones, puntualidad de las mismas (Gray et al., 2015).

#### **4.1.8 Diseño metodológico.**

Con base en la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista (2010) se identificaron los siguientes diseños de investigación:

### ***Preexperimento.***

Estos diseños se caracterizan por tener un grado de control mínimo ya que se administra un tratamiento a un grupo para posterior aplicar una medición de una o más variables y observar los resultados de las variables en el grupo. Este diseño se utilizó en un estudio (Finn et al., 2011) ya que existió un grupo experimental que fue evaluado después de la intervención.

### ***Cuasiexperimento, pretest-postest.***

Estos diseños se caracterizan por manipular, al menos, una variable independiente, para observar el efecto con una o más variables dependientes, este tipo de diseño difiere con el diseño experimental ya que, los participantes no son asignados al azar a los grupos sino que estos ya son grupos intactos. Este diseño se utilizó en dos estudios (Allon, 2015; Gray et al., 2015) quienes tuvieron dos grupos experimentales y evaluación pretest-postest. En este caso, ninguno de los estudios asignó de manera aleatoria a sus participantes a alguna de la modalidad de intervención. Específicamente, Allon, (2015) asignó a sus participantes a terapia individual o grupal, o bien., algunos participantes recibieron terapia grupal seguida de la terapia individual. Cabe destacar que este estudio no contempló una comparación entre las modalidades de intervención. Por su parte, Gray et al. (2015) comparó violencia doméstica, agresión sexual y relación abusiva.

### ***Experimental, pretest-posttest y seguimiento.***

Estos diseños se caracterizan por manipular variables independientes, para poder observar los efectos que se tiene en las variables dependientes, en una situación de control, esto es llevado a cabo para que los investigadores puedan establecer un posible efecto de una variable que es manipulada. Este diseño se utilizó en cuatro estudios (Clarke et al. 2008; Leiner et al., 2012; Rizvi et al., 2009; Resick et al., 2012), ya que los autores tuvieron dos grupos experimentales y uno en lista de espera. En todos los casos, al finalizar la investigación, los participantes fueron asignados de manera aleatoria a una de las intervenciones que recibieron los grupos experimentales. Finalmente, cabe mencionar que un estudio no consideró evaluación de seguimiento (Leiner et al., 2012) mientras que dos estudios tuvieron un seguimiento a los tres y nueve meses (Clarke et al. 2008; Rizvi et al., 2009). Finalmente, un estudio presenta una evaluación de seguimiento a los nueve meses, no contemplada en un primer estudio (Resick et al., 2012).

Tabla 4

Características metodológicas de los estudios

Estudio	<i>n</i>	Edad años	Diseño	Criterios inclusión	Criterios exclusión	Instrumentos	Variables medidas
Clarke et al. (2008)	131	<i>M</i> = 32	RG <sub>1</sub> O <sub>1</sub> X <sub>1</sub> O <sub>2</sub> O <sub>3</sub> O <sub>4</sub> RG <sub>2</sub> O <sub>5</sub> X <sub>2</sub> O <sub>6</sub> O <sub>7</sub> O <sub>8</sub> RG <sub>3</sub> O <sub>10</sub> -- O <sub>11</sub> O <sub>12</sub> O <sub>13</sub> R X <sub>1</sub> /X <sub>2</sub>	PTSD  Haber experimentado una violación sexual tres o más meses antes del estudio	Participación actual en una relación abusiva  Ser acosado  Psicosis  Serio intento suicida  Comportamiento parasuicida  Analfabetismo  Dependencia actual de drogas o alcohol	SNAP  CAPS  IDB  TSI	Características del trastorno de la personalidad  Síntomatología general de PTSD: excitación ansiosa, depresión, preocupaciones sexuales, comportamiento de la disfunción sexual, deterioro de la autorreferencia y reducción de la tensión en el comportamiento  Síntomas actuales de la depresión  Secuelas psicológicas de eventos traumáticos

Continúa...



Tabla 4

*Características metodológicas de los estudios (Continuación)*

Estudio	<i>n</i>	Edad años	Diseño	Criterios inclusión	Criterios exclusión	Instrumentos	Variables medidas
Rizvi et al. (2009)	145	<i>M</i> = 31	RG <sub>1</sub> O <sub>1</sub> X <sub>1</sub> O <sub>2</sub> O <sub>3</sub> O <sub>4</sub> RG <sub>2</sub> O <sub>5</sub> X <sub>2</sub> O <sub>6</sub> O <sub>7</sub> O <sub>8</sub> RG <sub>3</sub> O <sub>10</sub> -- O <sub>11</sub> O <sub>12</sub> O <sub>13</sub> R X <sub>1</sub> /X <sub>2</sub>	Experimental una agresión sexual completa (oral, anal o vaginal)  Diagnóstico de PTSD  Al menos tres meses antes de su agresión  Se incluyeron mujeres dependientes de sustancias que hubieran estado en abstinencia por seis meses	Psicosis aparente actual  Intento suicida  Comportamiento auto perjudicial actual  Dependencia de sustancias actual  Analfabetismo  Trauma continuo	CAPS   QT  IDB  STAXI  TRGI	Trastorno de estrés postraumático.   Inteligencia  Síntomas de depresión  Ira  Culpa

*Continúa...*

Tabla 4

Características metodológicas de los estudios (Continuación)

Estudio	<i>n</i>	Edad años	Diseño	Criterios inclusión	Criterios exclusión	Instrumentos	Variables medidas
Finn et al. (2011)	20023	NE	G <sub>1</sub> X <sub>1</sub> O <sub>1</sub>	NE	NE	Formulario de encuesta  Formulario de encuesta para voluntarios	NE
Leiner et al. (2012)	62	M = 34	RG <sub>1</sub> O <sub>1</sub> X <sub>1</sub> O <sub>2</sub> RG <sub>2</sub> O <sub>3</sub> X <sub>2</sub> O <sub>4</sub> RG <sub>3</sub> O <sub>5</sub> .. O <sub>6</sub> R X <sub>1</sub> / X <sub>2</sub>	Haber experimentado una violación tres meses antes del estudio	NE	PSS-SR  CSI-D	Trastorno de estrés postraumático  Estrategias de afrontamiento

Continúa...

Tabla 4

Características metodológicas de los estudios (*Continuación*)

Estudio	<i>n</i>	Edad años	Diseño	Criterios inclusión	Criterios exclusión	Instrumentos	Variables medidas
Resick et al. (2012)	171	NE	RG <sub>1</sub> O <sub>1</sub> X <sub>1</sub> O <sub>2</sub> RG <sub>2</sub> O <sub>3</sub> X <sub>2</sub> O <sub>4</sub> RG <sub>3</sub> O <sub>5</sub> -- O <sub>6</sub> R X <sub>1</sub> / X <sub>2</sub>	Haber experimentado una violación tres meses antes del estudio.  Diagnóstico de PTSD  Participantes con medicamentos fueron estabilizados por consultas psiquiátricas  Abstenerse de otra terapia de apoyo	Psicosis actual  Intención suicida  Conducta activa de mutilación  Dependencia actual de drogas o alcohol  Analfabetismo  Participantes que denunciaron acoso o participación de una relación abusiva  En el caso de la violación marital, los participantes deben haber estado fuera de la relación por lo menos 6 mees	CAPS PSS  IDB  SCID	Trastorno de estrés postraumático  Depresión  Trastornos del estado de ánimo, trastorno de pánico y trastorno por uso de sustancias

*Continúa...*

Tabla 4

Características metodológicas de los estudios (Continuación)

Estudio	<i>n</i>	Edad años	Diseño	Criterios inclusión	Criterios exclusión	Instrumentos	Variables medidas
Allon (2015)	37	NE	G <sub>1-6</sub> O <sub>1</sub> X <sub>1</sub> O <sub>2</sub> G <sub>4</sub> O <sub>3</sub> X <sub>2</sub> O <sub>4</sub> X <sub>1</sub>	Mujeres agredidas sexualmente	NE	IES  SUD	Trastorno de estrés postraumático  Distrés
Gray et al. (2015)	21	<i>M</i> = 32	G <sub>1</sub> O <sub>1</sub> X <sub>1</sub> O <sub>2</sub> G <sub>2</sub> O <sub>3</sub> X <sub>2</sub> O <sub>4</sub>	Violencia doméstica  Agresión sexual  Relación abusiva	NE	PTSD symptom severity  CES-D  WTTCCSS	Trastorno de estrés postraumático  Depresión  Satisfacción con el tratamiento

*Nota:* *n* = número de la muestra, *M* = puntuación media, *PTSD* = trastorno de estrés postraumático, *SNAP* = Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality, *CAPS* = Clinician-Administered PTSD Scale, *IDB* = Inventario de Depresión de Beck, *TSI* = Trauma Symptom Inventory, *QT* = Quick Test. *STAXI* = State Trait Anger Expression Inventory, *TRGI* = Trauma Related Guilt Inventory, *PSS-SR* = Scale–Self-Report, *CSI-D* = Strategies Inventory Disengagement subscale, *PSS* = The PTSD Symptom Scale, *SCID* = Entrevista para DSM-IV, *IES* = The Impact of Events Scale, *SUD* = The Subjective Units of Disturbance Scale, *CES-D* = Center for Epidemiological Studies Depression Scale, *WTTCCSS* = The Wyoming Telehealth Trauma Clinic Client Satisfaction Scale.

## **4.2 Características de las intervenciones**

A continuación, se describen las intervenciones que se implementaron para cada uno de los estudios (ver tabla 5).

### **4.2.1 Enfoque teórico.**

Cabe mencionar que los tratamientos propuestos para las intervenciones psicológicas, en su mayoría, tienen un enfoque cognitivo conductual combinada con terapia de exposición prolongada (Clarke et al., 2008; Resick et al., 2012; Rizvi et al., 2009). Es importante hacer hincapié que sólo uno de los tratamientos utilizó la terapia exposición prolongada y técnica de desensibilización y reprocesamiento con movimientos oculares (EMDR, por sus siglas en inglés) (Leiner et al., 2012). Asimismo, se puede identificar la implementación de la terapia estándar EMDR (Allon, 2015). A continuación se describen dichos enfoques.

#### ***Terapia cognitivo – conductual.***

El enfoque terapéutico cognitivo-conductual surge en los años setenta, por medio de la creación de nuevas terapias y fue teniendo un desarrollo óptimo. Esta terapia se basa en la reestructuración de pensamiento ya que las cogniciones juegan un papel fundamental en la conducta, por lo que es a través de pensamientos automáticos o involuntarios que tiene el consultante, donde el terapeuta puede ayudar a reestructurarlos (Núñez y Tobón, 2005).

Uno de los estudios refiere que la terapia cognitivo-conductual fue implementado como un tratamiento combinado que implica exposición por escrito acerca del evento traumático, con base en el Manual de Resick y Schinecke (1993).

Esta terapia incluyó (Rizvi et al., 2009):

- *Primera fase*
  - psicoeducación
  - reestructuración cognitiva, respecto a las creencias que se tuvieron del evento traumático así como las implicaciones que tendrá en la vida de las víctimas de abuso sexual.
  
- *Segunda fase*
  - se pidió a los participantes que interrumpieran las creencias que tienen sobre: seguridad, confianza, poder, control, estima y el resultado de la intimidad después de la agresión

Características de la intervención (Resick et al., 2012).

- Duración total de la intervención: 13 horas
- Frecuencia de las sesiones: dos veces por semana (diez sesiones de 1 hora, dos sesiones de 90 minutos).

### ***Terapia exposición prolongada.***

La terapia de exposición prolongada tiene un proceso de reestructuración del miedo, por el cual las estructuras que rigen el miedo puedan ser modificadas. En este sentido, la estructura del miedo debe ser activada para posteriormente poder ser modificada, por lo tanto, la exposición a situaciones temidas reduce el miedo a través de la integración de la información (Foa y Kozak, 1986). Las personas con trastorno de estrés postraumático, evitan el estímulo que les provoca recordar el evento traumático, esto podría ayudar momentáneamente, pero no a largo plazo, la terapia ayuda a enfrentar sus miedos (Foa y Kozak, 1998).

Las características de las intervenciones bajo este enfoque son:

Leiner et al. (2012):

- Duración total de la intervención: 9 sesiones, 90 minutos cada una.
- Frecuencia de las sesiones: dos veces por semana.

Resick et al. (2012):

- Duración total de la intervención: 7 sesiones, 90 minutos cada una.
- Frecuencia de las sesiones: dos veces por semana
- Tareas: 90 minutos de tarea por día (45 minutos de escuchar las sesiones de exposición grabadas y 45 minutos de exposición en vivo).

Rizvi et al. (2009):

- Duración total de la intervención: 13 horas.
- Frecuencia de las sesiones: no específica

***Técnica de desensibilización y reprocesamiento con movimientos oculares (EMDR, por sus siglas en inglés).***

Esta técnica trabaja con cambios en el proceso de almacenamiento de recuerdos y en las respuestas físicas y emocionales, a través de movimientos oculares, esta técnica tiene una cobertura amplia para el abordaje de diversos trastornos psiquiátricos. Uno de los componentes que integran la técnica es el reprocesamiento para que el paciente logre almacenar la información de una manera adecuada con la experiencia del evento traumático (Gil, 2008).

Aunado a lo anterior, en uno de los estudios, se implementó esta técnica, con terapia individual con 2 sesiones, cabe rescatar que no se especifica la duración de cada sesión. Para finalizar, en la investigación de Leiner et al. (2012), la terapia consistió en 9 sesiones, dos veces por semana con una duración de 90 minutos por terapia.

**4.2.2 Recursos utilizados.**

En estas intervenciones se implementaron diversos recursos, por ejemplo, entrevistas semiestructuradas (Clarke et al., 2008; Resick et al., 2012), revisión de cintas de grabación de las entrevistas (Leiner et al., 2012) así como instrumentos



modificados ya que la mayoría de las mujeres evaluadas no podían escribir (Allon, 2015). Otros autores emplearon los siguientes recursos:

### ***Videoconferencias.***

Las videoconferencias son una posibilidad óptima para una intervención psicológica, es una alternativa factible para pacientes, sin embargo, esto debe estar dirigido por reglas y normas para que su funcionamiento sea adecuado ya que en algunos casos este es el único medio por el cual se puede brindar atención psicológica (Ruiz, 2005). Un estudio implementó esta técnica, donde los facilitadores eran maestros y alumnos del Doctorado en Psicología Clínica, quienes fueron previamente capacitados. Las videoconferencias se ofrecieron con tecnología segura cifrada, la duración de la terapia consistió en 12 sesiones, impartidas semanalmente con un tiempo de 60 a 90 minutos por sesión (Gray et al., 2015).

### ***Líneas telefónicas de emergencia.***

Las líneas telefónicas que están encargadas de proporcionar ayuda a víctimas de violencia sexual es un recurso útil, ya que en algunas ocasiones este es el único medio que tiene a víctima, las principales funciones de las líneas son: proporcionar información, ser un medio entre la víctima y centros de ayuda especializados y, por último, brindar los primeros auxilios psicológicos con programas de intervención en crisis (Díaz, S/F). Este recurso fue utilizado por un estudio (Finn et

al., 2011), en donde las participantes tenían acceso a líneas telefónicas de emergencia ante crisis de violación. Las personas que atendían estas líneas telefónicas eran voluntarios y las llamadas podían tener una duración de 10 a 90 minutos.

Tabla 5

Características de las intervenciones para la violencia sexual en mujeres adultas

Estudio	Tipo de tratamiento	Duración	Facilitador	Recursos utilizados
Clarke et al. (2008)	Cognitivo-conductual Exposición prolongada	NE	NE	Entrevistas semi-estructuradas
Rizvi et al. (2009)	Cognitivo- conductual Exposición prolongada	13 horas	Mujeres terapeutas con nivel Doctoral	NE
Finn et al. (2011)	Líneas telefónicas de emergencia ante crisis de violación	10 minutos (mínimas) 90 minutos (máximas)	Voluntarios	Llamadas telefónicas en línea
Leiner et al. (2012)	Exposición prolongada	9 sesiones	NE	Revisión del 25% de las cintas grabadas
Resick et al. (2012)	Cognitivo-conductual Exposición prolongada	9 sesiones		Entrevistas semi-estructuradas Entrevistas grabadas

Continúa...

Tabla 5

Características de las intervenciones para la violencia sexual en mujeres adultas (Continuación)

Estudio	Tipo de tratamiento	Duración	Facilitador	Recursos utilizados
Allon (2015)	Terapia estándar EMDR	2 sesiones (terapia grupal)	NE	Instrumentos modificados, para mujeres que no sabían escribir
	Procedimiento EMDR-IGTP, modificado	3 sesiones (terapia individual)		
Gray et al. (2015)	Terapia videoconferencias	12 sesiones	Terapeutas con nivel Maestría, trabajando para un doctorado en psicología clínica	Unidades de videoconferencia Polycom VSX3000 (monitos de pantalla plana)  Conexión a internet de alta velocidad

Nota: NE = No especifica.

### **4.3 Resultados de las intervenciones**

A continuación se describen los resultados de las intervenciones que se implementaron para cada uno de los estudios (Tabla 6).

Es importante hacer hincapié en uno de los estudios ya que los autores no evaluaron ninguna variable, debido al modelo de intervención que presenta la investigación (Finn et al., 2011).

#### **Trastorno de estrés postraumático.**

De los 7 estudios analizados el 71% ( $n = 5$ ) evaluaron el trastorno de estrés postraumático, de los cuales todos estos refieren una disminución significativa en el resultado de la intervención (Clarke et al., 2008; Rizvi et al., 2009; Resick et al., 2012; Allon, 2015; Gray et al., 2015).

#### **Trastorno del estado de ánimo.**

Fue evaluada en un solo estudio y se observó una disminución en la sintomatología (Resick et al., 2012).

#### **Trastorno de pánico.**

Fue evaluado en un solo estudio y se observó una disminución en la sintomatología (Resick et al., 2012).

### **Trastorno de la personalidad.**

Si bien esta variable fue evaluada por un estudio y no se informó un cambio significativo (Clarke et al., 2008).

### **Trastorno por uso de sustancias.**

Fue evaluado en un solo estudio y se observó una disminución en la sintomatología (Resick et al., 2012).

### **Distrés.**

Fue evaluado en un solo estudio y se observó una disminución en la sintomatología (Allon, 2015).

### **Depresión.**

Por otra parte, de los 7 estudios analizados, el 57% ( $n = 4$ ) evaluaron la depresión y sus derivaciones, de los cuales el 75% demostraron una disminución significativa de la intervención recibida (Clarke et al., 2008; Resick et al., 2012; Gray et al., 2015). Sin embargo, en el estudio de Rizvi et al. (2009) se informó un incremento en la sintomatología depresiva. Es importante referir que el último estudio corresponde a una evaluación de seguimiento, lo que indica que el efecto de la intervención no es estable a lo largo del tiempo.

### **Secuelas psicológicas de eventos traumáticos.**

Fue evaluado en un solo estudio y se observó una disminución en las secuelas psicológicas de eventos traumáticos (Clarke et al., 2008).

### **Inteligencia.**

Esta variable fue evaluada en un solo estudio y no se identificaron cambios (Rizvi et al., 2009).

### **Ira.**

Esta variable fue evaluada en un estudio y se informó un incremento significativo (Rizvi et al., 2009).

### **Culpa.**

Esta variable fue evaluada en un estudio y se informó una disminución significativa (Rizvi et al., 2009).

### **Estrategias de afrontamiento.**

Las estrategias de afrontamiento fueron valoradas en un estudio y se observó un incremento en las estrategias implementadas por las víctimas de VS (Leiner et al., 2012).

### **Satisfacción con el tratamiento.**

Para finalizar, la satisfacción con el tratamiento se evaluó en un estudio (Gray et al., 2015) donde las participantes refirieron satisfacción del tratamiento, ya que el modelo empleado fue diferente a los demás estudios.



Tabla 6

Resultados de las intervenciones evaluadas

Estudio	Trastorno de estrés posttraumático	Trastornos del estado de ánimo	Trastorno de pánico	Trastorno de la personalidad	Trastorno por uso de sustancia	Distrés	Depresión	Secuelas psicológicas de eventos traumáticos	Inteligencia	Ira	Culpa	Estrategias de afrontamiento	Satisfacción con el tratamiento
Clarke et al. (2008).	↓	--	--	No	--	--	↓	↓	--	--	--	--	--
Rizvi et al. (2009).	↓	--	--	--	--	--	↑	--	No	↑	↓	--	--
Finn et al. (2011).	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Leiner et al. (2012).	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	↑	--
Resick et al. (2012).	↓	↓	↓	--	↓	--	↓	--	--	--	--	--	--
Allon (2015).	↓	--	--	--	--	↓	--	--	--	--	--	--	--
Gray et al. (2015).	↓	--	--	--	--	--	↓	--	--	--	--	--	●

Nota: No = Sin cambios, ↓ = Disminuyó puntuación, ↑ = Incremento puntuación, ● = Se obtuvieron buenos resultados.

## Conclusiones

El presente trabajo tuvo como propósito realizar una revisión sistemática sobre intervenciones psicológicas que han sido evaluadas en mujeres adultas víctimas de violencia sexual.

En cuanto al país de origen de los resultados de los estudios analizados, llama la atención que la mayoría fueron realizados en Estados Unidos y sólo un estudio en República del Congo, lo que representa un área de oportunidad para investigaciones en América Latina, a fin de contar con evidencia empírica en otros contextos.

En lo que compete a la selección del fundamento teórico de las intervenciones, se observó que aquellas basadas en terapia Cognitivo-Conductual y en la terapia de Exposición prolongada, en comparación con las terapias alternativas, son las que promovieron cambios más favorables en cuanto: 1) disminución de síntomas de trastornos psicológicos (p. e. estrés postraumático, estado de ánimo, pánico, uso de sustancias, depresión); 2), reducción de secuelas psicológicas de eventos traumáticos; 3) sentimientos; y, 4) las estrategias de afrontamiento de las víctimas. Es importante que los profesionales de la salud reconozcan estos hallazgos a fin de tomar decisiones basadas en la evidencia empírica.

Una de las variables más consideradas para medir el efecto de las intervenciones, fue la sintomatología del trastorno por estrés postraumático, probablemente porque es una de las principales consecuencias psicológicas de la VS.

Por otro lado, se identificó, que la mayoría de los estudios examinados tienen criterios de inclusión y exclusión muy delimitados, lo que indica la necesidad de considerar otras características sociodemográficas de las participantes.

Asimismo, es importante que las investigaciones consideren entre sus instrumentos de medición la Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS), ya que al ser una entrevista semiestructurada ayudará a los clínicos a tener un diagnóstico con mayor veracidad. Asimismo, se recomienda el uso de PTSD Symptom scale (PSS) por su alta consistencia interna, ya que mide los síntomas del trastorno de estrés postraumático, partiendo del diagnóstico del DSM. A nuestro saber, estos instrumentos no cuentan con datos psicométricos en México, lo que representa un área de oportunidad para futuros estudios. Asimismo, se sugiere que las investigaciones realizadas en nuestro contexto evalúen:

- Trastorno de estado de ánimo
- Trastorno de pánico
- Trastorno de la personalidad
- Secuelas psicológicas de eventos traumáticos
- Culpa
- Ira
- Depresión
- Estrategias de afrontamiento

Finalmente, es recomendable que se tengan evaluaciones de seguimiento, ya que ello permitirá identificar si los cambios prevalecen en el tiempo o si son un efecto inmediato a la intervención. Asimismo, es importante que las víctimas de VS reciban atención psicológica adecuada, eficaz y en un lapso de tiempo oportuno para disminuir y contrarrestar las consecuencias que se desencadenan a partir del suceso traumático. Además, es necesario que la atención involucre tanto en el ámbito psicológico, como el médico y legal (Rodríguez y Leonardo, 2003).

## **Fortalezas**

En el presente estudio se pueden identificar las siguientes fortalezas:

- La revisión de la literatura proporciona evidencia de las investigaciones más recientes, lo cual supone una guía para orientar las intervenciones psicológicas para víctimas de VS.
- La información se concentró en idioma español, por lo que es de fácil acceso para la comunidad hispanohablante.
- Se consideraron las intervenciones dirigidas a mujeres adultas, ya que la mayoría de los estudios se han realizado en muestras más jóvenes.

## **Limitaciones**

Se identifican las siguientes limitaciones:

- A fin de replicar el estudio de Taylor y Harvey (2009) la investigación sólo consideró una base de datos, dejando de lado otras fuentes de información (p. e. PubMed, Scielo, Redalyc, Dialnet, etc.).
- Asimismo, sólo se retomaron artículos de investigación, por lo que se descartaron otros tipos de estudios (p. e. tesis, congresos, etc.)

## Referencias

- Allon, M. (2015). EMDR group therapy with women who were sexually assaulted in the Congo. *EMDR International Association*, 9(1), 28-34. doi: 10.1891/1933-3196.9.1.28
- Amnistía Internacional. (2006). *Jamaica violencia sexual contra las mujeres y niñas en Jamaica: "sólo un poco de sexo"*. Recuperado de <http://www.amnesty.org>
- Aparicio, Á., & Muñoz, T. (2007). *Después del silencio cómo sobrevivir a una agresión sexual*. España: Paidós.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. doi: 10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Beloff, M., Bertinat, S., & Freedman, D. (2005). Corrupción de menores. *Pensamiento penal*, 2, 1-41.
- Beltrán, G. (2005). Revisiones sistemáticas de la literatura. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 20(1), 60-69.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Klauminzer, G., Charney, D. S., et al. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *The Behavior Therapist*, 13, 187–188.
- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory—Professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.

- Bustamante, V., Page, J., Zayas-Bazan, M., & Mellman, T. (1997). Escala para el trastorno de estrés postraumático administrada por el clínico (CAPS). Recuperado de <http://webs.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto>
- Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. (2017). *Código Penal Federal*. Disponible en [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/9\\_260617.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/9_260617.pdf)
- Cantón, D., & Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, 20(4), 509-515.
- Casado, J., Díaz, J. A., & Martínez C. (1997). *Niños maltratados*. Madrid: Diaz de Santos.
- Clark, L. A. (1993). *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP)*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Clarke, S. B., Rizvi, S. L., & Resick, P. A. (2008). Borderline personality Characteristics and treatment outcome in cognitive- behavioral treatments for PTSD in female rape victims. *Behavior Therapy*, 39(1), 72-78. doi: 10.1016/j.beth.2007.05.002
- Cortés, M. R., Cantón-Cortés, D., & Cantón, J. (2011). Consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil: Papel de la naturaleza y continuidad del abuso y del ambiente familiar. *Behavioral Psychology*, 19(1), 41- 56.
- Díaz, N. (S/F). Modelo de atención telefónica a mujeres que viven violencia familiar. Recuperado de <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/PAIMEF/TAB/tab08.pdf>
- Echeburúa, E., & de Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuad Med Forense*, 12(43-44), 75-82.

- Eusko, Jaurilaritza., & Gobierno, Vasco. (2011). *Agresiones sexuales cómo se viven, cómo se entienden y cómo se atienden*. Vasco: Autor
- Finn, J., Garner, M. D., Wilson, J. (2011). Volunteer and user evaluation of the National Sexual Assault Online Hotline. *Evaluation and program planning*, 34, 266-272.
- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM–IV (SCID)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986) Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35. doi: 10.1037/0033-2909.99.1.20
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459–473. doi:10.1002/jts.2490060405
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1998) Clinical applications of bioinformational theory understanding anxiety and its treatment. *Behavior Therapy*, 29, 675- 690. doi: 10.1016/S0005-7894(98)80025-7
- Gil, L. M. (2008). Desensibilización y reprocesamiento con movimientos oculares. *Psiquiat*, 37(1). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37s1/v37s1a17.pdf>
- Gray, M. J., Hassija, C. M., Jaconis, M., Barrett, C., Zheng, P., Steinmetz, S., & James, T. (2015). Provision of evidence-based therapies to rural survivors of domestic violence and sexual assault via telehealth: treatment outcomes



- and clinical training benefits. *Training and education in professional psychology*, 9(3), 235-241. doi: 10.1037/tep0000083
- Griffin, M. M, Resick, P. A., & Galovski, T. E. (2012). Does physiologic response to loud tones change following cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder?. *Journal of traumatic stress*, 25, 25-32. doi: [10.1002/jts.21667](https://doi.org/10.1002/jts.21667)
- Gorey, K. M., Richtera, N. L., & Sniderb. (2001). Guilt, isolation and hopelessness among female survivors of childhood sexual abuse: effectiveness of group work intervention. *Child Abuse & Neglect*, 25, 347–355.
- Gutiérrez, L., Cosden, M., & Bernal, G. (2011). Validation of the Spanish-Language trauma symptom inventory in Puerto Rico. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(1), 118–122. doi: [10.1037/a0021327](https://doi.org/10.1037/a0021327)
- Heise, L., Ellsberg, M., & Gottemoeller, M. (1999). Ending Violence against women, *Series L*, 11, 1 – 44.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGRAW-HILL.
- Herzel-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 y Neglect*, 3, 125-141. doi: [10.1016/j.chiabu.2006.10.007](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.10.007)
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209–218.

- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- INEGI, (2015). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/>
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2014). Estadísticas de violencia contra las mujeres en México. Recuperado de: [http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/temas\\_descripcion.php?IDTema=4](http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/temas_descripcion.php?IDTema=4)
- Institución Nacional de las Mujeres & Instituto Coahuilense de las Mujeres. (2010). *Protocolo para la atención de casos de hostigamiento y acoso sexual*. Recuperado de: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/protocolo\\_coah.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/protocolo_coah.pdf)
- Kim, E., Bae, H., & Park, Y. C. (2008). Validity of the subjective units of disturbance scale (SUDS) in EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(2), 67–72. doi: 10.1891/1933-3196.2.1.57
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Abueg, F. R., Manke, F. P., Brennan, J. M., & Stahura, C. (1996). Development and validation of the trauma-related guilt inventory (TRGI). *Psychological Assessment*, 8(4), 428–444. doi: [10.1037/1040-3590.8.4.428](https://doi.org/10.1037/1040-3590.8.4.428)
- Leibovich de Figueroa, N. B., & Schmidt, V. (2001). El inventario de expresión de enojo estado-rasgo (staxi) y su uso en diferentes poblaciones. *RIDEP*, 11(1), 55-74.

- Leiner, A. S., Kearns, M. C., Jackson, J. L., Astin, M. C., & Rothbaum, B. O. (2012). Avoidant coping and treatment outcome in rape-related posttraumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology, 80*(2), 317-321. doi: [10.1037/a0026814](https://doi.org/10.1037/a0026814)
- Maloney, M. P., Steger, H. G., & Ward, M. P. (1973). The quick test as a measure of general intelligence in an urban community psychiatric hospital. *Psychological Reports, 32*, 823–827. doi: [10.2466/pr0.1973.32.3.823](https://doi.org/10.2466/pr0.1973.32.3.823)
- Marín, F., Sánchez, J., & López, J. A. (2009). El metaanálisis en el ámbito de las Ciencias de la Salud: una metodología imprescindible para la eficiente acumulación del conocimiento. *Fisioterapia, 31*(3), 107-114. doi: [10.1016/j.ft.2009.02.002](https://doi.org/10.1016/j.ft.2009.02.002)
- Mayorga, J. L., Velasco, L., & Ochoa-Carrillo, F. J. (2015). Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia, cerrando la brecha entre el conocimiento científico y la toma de decisiones clínicas. *Gaceta Mexicana de Oncología, 14*(6), 329-334. doi: [10.1016/j.gamo.2015.12.005](https://doi.org/10.1016/j.gamo.2015.12.005)
- Mejía-Rodríguez, U., Bolaños-Cardozo, J. Y., & Mejía-Rodríguez, A. (2015). Delitos contra la libertad sexual. *Acta Med Per, 32*(4), 169-172.
- Morrillo, B., Montero, L., & Colmenares, Z. (2012). Conocimiento de los padres de la prevención del abuso sexual infantil. *Enfermería Global, 11*(1), 1- 7.
- National Sexual Violence Resource Center. (2012). *¿Qué es la violencia sexual?*. Centers for Disease Control and prevention. Recuperado de: [https://www.nsvrc.org/sites/default/files/Publications\\_NSVRC\\_Overview\\_Qu\\_e-es-la-Violencia-Sexual.pdf](https://www.nsvrc.org/sites/default/files/Publications_NSVRC_Overview_Qu_e-es-la-Violencia-Sexual.pdf)

- Núñez, A. C., & Tobón, S. (2005). *Terapia cognitivo – conductual el modelo procesual de la salud mental como camino para la integración, la investigación y la clínica*. España: Universidad de Manizales.
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 135-144.
- Pereda, N. (2010). Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil. *Pediatría Atención Primaria*, 12(46), 273-285.
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del psicólogo*, 31(2), 191-201.
- Pérez, F. & Mestre, M. (2013). Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta. *Papeles del Psicólogo*, 34(2), 144 – 149.
- Pérez, N. & Caricote, E. (2014). Concepción noémica del abusador sexual infantil. *Salus*, 18(3), 21- 26.
- Quintero, Y., & Andrade, P. (2012). Evaluación de un programa de intervención terapéutica en mujeres que han vivido abuso sexual infantil. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 14(1), 49-71.
- Ramos-Lira, L., Saldívar-Hernández, G., Medina-Mora, M. E., Rojas-Guiot, E., & Villatoro-Velázquez, J. (1998). Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud Pública México*, 40(3), 221-233.
- Ramos-Lira, L., Saltijeral-Méndez, M. T., Romero-Mendoza, M., Caballero-Gutiérrez, M. A., & Martínez-Vélez, N. A. (2000). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública de México*, 43(3), 182-19.

- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385–401. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Reeker, J., Ensing, D., & Elliott, R. (1997). A meta-analytic investigation of group treatment outcomes for sexually abused children. *Child Abuse & Neglect, 21*(7), 669-680.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park: Sage Publications, Inc.
- Resick, P. A., Williams, L. F., Suvak, M. K., Monson, C. M., & Gradus, J. L. (2012). Long-term outcomes of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder among female rape survivors. *Journal of consulting and clinical psychology, 80*(2), 201-210. doi: [10.1037/a0026602](https://doi.org/10.1037/a0026602)
- Rizvi, S. L., Vogt, D. S., & Resick, P. A. (2009). Cognitive and effective predictors of treatment outcome in cognitive processing therapy and prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 737-743. doi: [10.1016/j.brat.2009.06.003](https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.06.003)
- Rodríguez, C., Leonardo, A. (2003). Intervención interdisciplinaria en casos de abuso sexual infantil. *Universidad Psychologica, 2*(1), 57-60.
- Rodríguez, Y., Aguiar, B. A., & García, I. (2012). Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil. *Eureka, 9*(1), 58-68.
- Rodríguez-Díaz, f. J., Estrada-Pineda, C., Rodríguez-Franco, F., & Bringas-Molleda, C. (2014). Adaptación del inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) a la población penitenciaria de México. *Psicología: Reflexão e Crítica, 27*(3), 415-423. doi: [10.1590/1678-7153.201427301](https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427301)

- Ruiz, F. J. (2005). Claves para la comunicación: la intervención a través de internet. *Comunicar*, 24, 188-191.
- 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.
- 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.
- Santana, L., & Machin, R. (2005). El sufrimiento del adulto abusado sexualmente en la infancia. Una aproximación clínica. *Revista Latinoamérica de Psicología Fundamental*, 8(4), 679 – 693. doi: 10.1590/1415-47142005004007
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Corral, P., & Echeburúa, E. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. *Anales de psicología*, 29(1), 29-37. doi: 10.6018/analesps.29.1.145281
- Sexual Violence, & Research Initiative. (2010). *Violencia sexual en Latinoamérica y El Caribe: Análisis de datos secundarios*. Recuperado de <http://www.oas.org/>
- Secretaría de Gobernación y Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. (2017). *Incidencia delictiva del fuero común 2016*. Recuperado de:

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/247814/Cieisp2016\\_052017.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/247814/Cieisp2016_052017.pdf)

- Silovsky, J. F., & Hembree-Kigin, T. L. (1994). Family and Group treatment for sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 3(3), 1-20. doi: 10.1300/J070v03n03\_01
- Spielberger, C. D., & Sydeman, S. J. (1994). State-trait anxiety inventory and state-trait anger expression inventory. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Taylor, J. E., & Harvey, S. T. (2009). Effects of psychotherapy with people who have been sexually assaulted: a meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 273- 285. doi: 10.1016/j.avb.2009.03.006
- Texas Association Against Sexual Assault. (2014). Incesto abuso sexual dentro de la familia. Recuperado de: [http://taasa.org/wp-content/uploads/2015/05/BR\\_Incest\\_SPAN\\_2014.pdf](http://taasa.org/wp-content/uploads/2015/05/BR_Incest_SPAN_2014.pdf)
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., & Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 343–361. doi:10.1007/BF01173478
- Unicef. (2016). Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos. Recuperado de: [https://www.unicef.org/argentina/spanish/proteccion/AbusoSexual\\_contra\\_NNyA-2016.pdf](https://www.unicef.org/argentina/spanish/proteccion/AbusoSexual_contra_NNyA-2016.pdf)
- Vallejo, Á. R., & Córdoba, M. I. (2012). Abuso sexual: tratamientos y atención. *Revista de Psicología*, 30(1), 19-46.

Viviano, T. (2012). *Abuso sexual estadísticas para la reflexión y pautas para la prevención*. Perú: Ministerios de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.