

GRADO EN PSICOLOGÍA

Trabajo Fin de Grado

**La eficacia de los tratamientos psicológicos para adultos
con TEPT víctimas de abuso en la infancia: una revisión
sistemática con metaanálisis**

Presentado por: Alicia Casañ Sanfrutos

Director:

Carlos López Pinar

Curso: 2023/2024

Convocatoria: Ordinaria

ÍNDICE

Resumen	1
Abstract	2
1. Introducción	3
1.1 ¿Qué es el Trastorno de Estrés Postraumático?	3
1.2 Abuso en la infancia: Tipos	3
1.3 Diferencias entre TEPT y TEPT por abuso en la infancia	4
1.4 ¿Por qué es importante estudiar este tema?	5
1.5 Consideraciones metodológicas	5
1.6 ¿Qué aporta este estudio que no hayan aportado otros?	6
1.7 Objetivo e hipótesis	6
2. Método	7
2.1 Criterios de elegibilidad	7
2.3 Codificación	8
2.4 Análisis de datos	8
3. Resultados	9
3.1 Selección de estudios	9
Figura 1. <i>Diagrama de flujo PRISMA</i>	9
3.2 Características de los estudios	10
Tabla 1. <i>Resumen de los estudios incluidos</i>	10
Tabla 2. <i>Efecto del tratamiento sobre la sintomatología TEPT</i>	12
Figura 2. <i>Forest Plot del post-tratamiento</i>	13
Figura 3. <i>Forest Plot del seguimiento</i>	14
3.3 Evaluación de los sesgos de publicación	14
3.4 Análisis por subgrupos	15
Tabla 3. <i>Análisis por subgrupos: Efecto del tratamiento por tipo de intervención</i>	15
Tabla 4. <i>Análisis por subgrupos: Grupo control</i>	15
4. Discusión	16
4.1 Análisis por subgrupos de tratamiento	17
4.2 Factores moderadores de la eficacia del tratamiento	18
4.3 Implicaciones clínicas y recomendaciones para profesionales de la salud	19
5. Limitaciones y líneas futuras	19
6. Conclusión	20
7. Objetivos de desarrollo sostenible	21
Referencias	23

Resumen

El trastorno de estrés postraumático es un trastorno psicológico frecuente en personas expuestas a eventos traumáticos significativos, como un abuso en la infancia, y que afecta de manera grave a la calidad de vida de las personas que lo padecen. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de los tratamientos existentes para TEPT en esta población concreta. El resultado de la búsqueda en diversas bases de datos (MedLine, Web of Science y Scopus) arrojó un total de 27 ensayos controlados aleatorizados que cumplían los criterios de inclusión establecidos. Los resultados mostraron que las terapias psicológicas son efectivas para la reducción de la sintomatología tanto en el postratamiento (SMD = 0,516), como en el seguimiento (SMD = 0,350), especialmente la terapia cognitivo-conductual (CBT) y la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR), con la CBT demostrando una mayor eficacia y con un número notablemente mayor de estudios. No obstante, EMDR también presentó resultados prometedores. La alta heterogeneidad entre los estudios subraya la necesidad de más investigaciones para confirmar estos hallazgos. Se concluye que las terapias psicológicas son esenciales para mejorar el bienestar y la calidad de vida de las víctimas de abuso infantil con TEPT, resaltando la necesidad de enfoques terapéuticos personalizados y estudios longitudinales adicionales para evaluar los efectos a largo plazo, y confirmando los resultados de metaanálisis anteriores que destacan la eficacia de las terapias centradas en el trauma para esta problemática concreta.

Palabras clave: *Trastorno de estrés postraumático, Abuso en la infancia, Terapia cognitivo conductual, EMDR.*

Abstract

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a common psychological disorder in people exposed to significant traumatic events, such as childhood abuse, that severely affects the quality of life of those who suffer from it. The aim of this study is to evaluate the efficacy of existing treatments for PTSD in this particular population. The result of the search in various databases (MedLine, Web of Science and Scopus) yielded a total of 27 randomised controlled trials that met the established inclusion criteria. The results showed that psychological therapies are effective in reducing symptomatology at both post-treatment (SMD = 0.516) and follow-up (SMD = 0.350), especially cognitive behavioural therapy (CBT) and Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR), with CBT demonstrating greater efficacy. However, EMDR also showed promising results. The high heterogeneity between studies underlines the need for further research to confirm these findings. We conclude that psychological therapies are essential to improve the well-being and quality of life of child abuse victims with PTSD, highlighting the need for personalised therapeutic approaches and further longitudinal studies to assess long-term effects, and confirming the results of previous meta-analyses highlighting the efficacy of trauma-focused therapies for this particular problem.

Keywords: *Post-traumatic stress disorder, Childhood abuse, Cognitive behavioural therapy, Desensitisation and reprocessing by eye movements*

1. Introducción

1.1 ¿Qué es el Trastorno de Estrés Postraumático?

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un trastorno emocional que condiciona de manera significativa la calidad de vida de la persona que lo padece y que se caracteriza por presentar una alta comorbilidad con otras patologías como el abuso de sustancias o sintomatología depresiva y ansiosa (Martin et al., 2021). De hecho, el 80% de los pacientes con TEPT presentan uno o más diagnósticos del DSM-5 (Miao et al., 2018).

Este fenómeno tiene lugar tras la exposición a eventos significativamente estresantes (Miao et al., 2018) en los que se encuentra amenazada la vida, la salud o la integridad física propia o de otras personas (Cervinka et al., 2023).

La sintomatología de este trastorno está formada por cuatro grupos principales: la evitación, la hiperexcitación, el adormecimiento y la reexperimentación del suceso (Martin et al., 2021). También es característico del trastorno una distorsión de los recuerdos asociados al acontecimiento, así como una disminución de la afectividad, actividad social y la aparición de sentimientos de inferioridad, afectando de manera significativa al área personal, familiar, social y laboral del paciente (Cervinka et al., 2023).

La prevalencia de este trastorno puede variar según el grupo de pacientes, los métodos empleados para la medición, y el tipo de evento traumático experimentado. Dentro de los eventos traumáticos más comunes que desencadenan TEPT encontramos los accidentes de tráfico, donde según Lin et al., (2018) el 22,5% de las víctimas acaban desarrollando este trastorno. Por otro lado, entre los miembros y veteranos del servicio militar la tasa de prevalencia es del oscila entre 5.4 y 16.8% (Miao et al., 2018). Otro de los eventos más comunes que desencadenan TEPT es el abuso sexual/físico en la infancia, que suele estar perpetrado por un cuidador o tutor del menor y suele desencadenar la aparición de trastorno de estrés postraumático complejo, cuya sintomatología presenta una mayor gravedad, mayor carga psiquiátrica y niveles más bajos de bienestar general (Cloitre et al., 2019).

1.2 Abuso en la infancia: Tipos

El maltrato en la infancia está directamente relacionado con una mayor probabilidad de padecer trastornos psicológicos, conductas de riesgo relacionadas con la salud y diversas enfermedades fisiológicas en la adultez (Rameckers et al., 2021). Según este estudio, la prevalencia de este abuso a nivel global resulta alarmante, con estimaciones de un 17,7% de abuso físico y 11,8% de abuso sexual. Dentro de las patologías de salud mental que pueden desarrollar estas víctimas se incluyen trastornos depresivos, ansiosos y trastorno de estrés postraumático (Adams et al., 2018). El nivel de gravedad de estas patologías está influenciado por las características específicas del abuso, su duración, su nivel de intensidad y la edad de inicio, cuanto más temprana sea la edad de

inicio del abuso, mayor gravedad de la sintomatología. Si el evento traumático tiene lugar de manera repentina resultará más dañino que uno que se desarrolla de manera gradual, este último permite un proceso de adaptación y genera un menor impacto (Adams et al., 2018).

Cuando el TEPT es generado por un trauma en la infancia se le denomina trastorno de estrés postraumático relacionado con la infancia (Rameckers et al., 2021). Encontramos tres elementos característicos de un evento traumático: la incontrolabilidad, su aparición de manera intensa e inesperada y la percepción de este como una experiencia negativa (Adams et al., 2018).

En cuanto al abuso sexual infantil, es un problema global que se define como toda práctica o interacción en la que se encuentre implicada una persona adulta con un menor de edad y cuyo objetivo sea la obtención de placer sexual del adulto (Maalouf et al., 2020). Según este estudio, presenta una prevalencia del 20% en niñas y 8% en niños. Dicho abuso puede tener lugar sin que necesariamente haya un contacto físico, ya que el punto principal es que se ejerza una relación de poder, amenaza o coacción sobre el menor que generalmente viene dada en el entorno intrafamiliar (Sprang et al., 2020). También estos autores indican que este abuso produce un profundo malestar biopsicosocial en la víctima tanto a corto como a largo plazo y un incremento del secretismo sobre el evento, que dificulta su prevención, intervención e investigación.

Una de las reacciones traumáticas más comunes al experimentar violencia sexual en la infancia es la reexperimentación del suceso, ya sea a través de pesadillas o de pensamientos, las cuales presentan cierta resistencia al tratamiento habitual del TEPT y se encuentran relacionadas con una probabilidad cinco veces mayor de presentar tendencias suicidas (Martin et al., 2021). De ahí, la necesidad de un tratamiento centrado en este síntoma en concreto.

1.3 Diferencias entre TEPT y TEPT por abuso en la infancia

La exposición a eventos traumáticos en la infancia presenta mayores tasas de desregulación emocional en la adultez (Dunn et al., 2018). Según este mismo autor, esta desregulación interfiere con el correcto desarrollo del funcionamiento social, generando una salud mental inestable y favoreciendo la aparición de trastornos psiquiátricos como la depresión o el trastorno de estrés postraumático.

Los traumas en la infancia no solo están relacionados con un peor desarrollo de la regulación de emociones, sino que también produce procesos de revictimización, concepto que según el modelo de Dinámica Traumagénica asocia los eventos traumáticos en la infancia, como el abuso sexual infantil, con un comportamiento sexual de riesgo y estrategias de afrontamiento deterioradas (Charak et al., 2020).

Por ello, comparado con el TEPT en la edad adulta, el TEPT después de un abuso en la infancia presenta una psicopatología de mayor gravedad, ya que esta afecta al desarrollo correcto de la regulación emocional y fomenta la aparición de procesos de revictimización (Dunn et al., 2018).

Muchos estudios excluyen a personas que presentan disociación, abuso de sustancias y conductas autolesivas/suicidas (Priebe et al., 2012). Sin embargo, estas características son representativas de un TEPT por abuso en la infancia y por tanto, en estos estudios quedan excluidas estas poblaciones específicas generando una falta de consenso acerca del mejor tratamiento para esta problemática.

1.4 ¿Por qué es importante estudiar este tema?

Encontramos una gran variabilidad de tratamientos empleados para el abordaje terapéutico del TEPT por abuso en la infancia. Entre otros, se han hecho propuestas como la terapia de grupo centrada en el trauma, terapia cognitivo conductual y EMDR (Fletcher et al., 2021). Pero, realmente, ¿cuál de todas estas terapias resulta más eficaz para personas con TEPT que han sido víctimas de abuso infantil?

Es importante destacar que el abuso en la infancia puede generar trastorno de estrés postraumático complejo. Este término fue introducido por la CIE-11 y contiene sintomatología característica del TEPT junto con desregulación afectiva, emociones negativas y alteraciones en la autoorganización. Por ello, requiere un abordaje distinto al trastorno de estrés postraumático generado por otro tipo de trauma (Haselgruber et al., 2021). Del mismo modo, como se ha mencionado anteriormente, encontramos ciertas particularidades en los supervivientes de estos abusos. Estos supervivientes presentan una sintomatología de complejidad y gravedad, síntomas internalizantes que incluyen miedo, evitación, problemas de socialización, depresión o comportamiento excesivamente controlador y síntomas externalizantes como conductas agresivas, comportamiento antisocial, e hiperactividad, entre otros (Caro et al., 2023).

1.5 Consideraciones metodológicas

Hay diversas limitaciones metodológicas en la investigación con población víctima de abusos sexuales infantiles. Por un lado encontramos la sensibilidad y secretismo del tema que hace más complicado encontrar una muestra significativa para el estudio, tanto de personas adultas como de menores de edad (Sprang et al., 2020). Además hay una falta de consenso en relación a la edad considerada para abuso infantil, considerándolo algunos autores antes de los 15 años, y otros antes de los 16, 17 e incluso 18 años de edad y muchas veces en diversos estudios centrados en el TEPT encontramos únicamente una muestra subrepresentada de abuso en la infancia, sin la investigación específica de esta población.

1.6 ¿Qué aporta este estudio que no hayan aportado otros?

Este metaanálisis pretende replicar la metodología y actualizar el publicado por Ehring et al. (2014). En su revisión, intentaron sintetizar toda la evidencia sobre la eficacia de los tratamientos para TEPT en víctimas de abuso sexual en la infancia. Otro metaanálisis realizado por Taylor y Harvey (2010) incluyó 44 estudios y los resultados arrojaron evidencia sobre la eficacia de la terapia cognitivo conductual, concretamente para el abordaje de síntomas internalizantes. El estudio también subrayó la influencia de variables como que el tratamiento se aplicara de manera individual, si se incluía trabajo fuera de las sesiones, la naturaleza del abuso y las propias características personales del paciente en los resultados de la intervención. Por otro lado, otro metaanálisis realizado por Lewis et al. (2020) investigó la eficacia de diferentes tratamientos para el TEPT en adultos, con un total de 114 ensayos controlados aleatorizados incluidos en el estudio cuantitativo, arrojando evidencia acerca de la eficacia clínica significativa de las terapias cognitivas conductuales y EMDR. Sin embargo, no se focalizó de manera concreta en el abuso sexual infantil.

Teniendo en cuenta toda la literatura existente, en este estudio se pretende actualizar los resultados acerca de la eficacia de intervenciones psicológicas en esta población específica.

1.7 Objetivo e hipótesis

El objetivo del presente trabajo es evaluar la eficacia de diferentes tratamientos psicológicos para el TEPT asociado al abuso en la infancia. Esto permitiría proporcionar una síntesis cuantitativa de los efectos de estas intervenciones, con el objetivo final de mejorar la calidad de vida, la atención clínica y el bienestar de esta población vulnerable.

Teniendo en cuenta esto, y la literatura previa sobre la materia, las hipótesis que se proponen son: (H1) Las terapias psicológicas reducen de manera significativa la sintomatología de TEPT en víctimas de abuso en la infancia (H2) Las terapias cognitivo-conductuales centradas en el trauma presentan mayor nivel de eficacia en la disminución de la sintomatología TEPT en esta población concreta, que es lo que encontraron estudios previos.

2. Método

2.1 Criterios de elegibilidad

Siguiendo un abordaje basado en PICOS (participantes, intervención, comparación, resultado (outcome en inglés) y diseño de estudios (study design en inglés), se incluyeron estudios:

- En los que los **participantes**, mayores de 18 años, hombres y mujeres, presentasen un diagnóstico de TEPT (de acuerdo al DSM o la CIE) o sintomatología del trastorno significativa medida a través de instrumentos validados. También se requirió que los participantes hubieran experimentado abuso sexual/físico en la infancia (antes de los 18 años de edad).
- En los que los participantes de al menos uno de los grupos experimentales fueran tratados con una **intervención** psicológica.
- En los que al menos uno de los grupos de **control** no recibiera ninguna intervención, estuviera en lista de espera, o empleara algún tipo de atención clínica que sirviese de control activo para el tratamiento psicológico (que estuvieran diseñados como un ensayo controlado y aleatorizado, comparados con controles activos o inactivos).
- En los que el se midiese como resultado (outcome) la gravedad de la sintomatología PTSD.
- En cuanto al diseño, se incluyeron sólo ensayos clínicos aleatorizados y controlados.

Como criterios adicionales, se requirió que estuvieran publicados en revistas científicas y que estuvieran escritos en castellano o inglés.

2.2 Búsqueda y selección de estudios

La búsqueda se realizó en varias bases de datos electrónicas. En concreto en MedLine (via Pubmed), Web of Science y Scopus. Para ello, en la ecuación de búsqueda se introdujeron los siguientes términos (en el abstract, título o las palabras claves):

- En cuanto a la intervención: therap*, psychotherap*, treatment*, intervention*, exposure, cognitive behavio*, EMDR, eye movement desen*, acceptance and commitment, dialectical behavio*, psychodynamic*.
- En cuanto a la población: sexual offen*, rape, childhood, abuse*, molestat*, PTSD, posttraumatic stress, post traumatic.

En primer lugar, tras eliminar los duplicados, se hizo un cribado de los resultados en base a la lectura del título y el abstract, por parte de ACS (ver Figura 1). Posteriormente, ACS y CLP, seleccionaron los estudios de manera independiente, en base a la lectura del texto completo, aplicando los criterios de elegibilidad enumerados anteriormente. Las discrepancias se resolvieron

por consenso. También se hizo, posteriormente, una búsqueda basada en la lectura de las referencias de los artículos relevantes.

2.3 Codificación

Del mismo modo, se codificaron características de la muestra y características de los tratamientos de cada uno de los estudios finalmente incluidos.

2.3.1 Codificación de las características de la muestra

Las características de la muestra se dividieron en tres variables. Una de estas variables consistía en determinar si los participantes habían recibido un diagnóstico de TEPT o no. Para codificar un estudio como diagnóstico de TEPT, este debía incluir una evaluación por parte de un profesional basada en los criterios del DSM o CIE. También se codificaron otras variables, como la edad media de la muestra, y el porcentaje de mujeres incluidas en el estudio.

2.3.2 Codificación de las características del tratamiento

Codificamos cuatro variables relativas a las características de la muestra. La primera codificaba el tipo de intervención recibida por la muestra del estudio. Entre estas intervenciones encontramos cognitive-behavioral therapy (CBT), que incluía diferentes tratamientos basados en la terapia cognitivo-conductual, variantes como el programa STAIR, o componentes de esta, como la terapia de exposición. También codificamos las intervenciones basadas en la terapia de reprocesamiento y desensibilización a través del movimiento ocular (EMDR). El resto fueron codificados como “otras”.

Del mismo modo, codificamos el canal de la intervención (terapia cara-a-cara, online o combinado), y el formato (individual, grupal o combinado). Para finalizar, también se codificó el grupo de comparación como activo (recibe alguna atención clínica) o inactivo (lista de espera o no tratamiento).

2.4 Análisis de datos

En primer lugar, se calculó el tamaño del efecto (diferencia de medias estandarizada, SMD por sus siglas en inglés) de cada uno de los estudios. La fórmula estaba basada en la diferencia entre las medias pre- y post- tratamiento (o seguimiento), divididos entre una combinación de la desviación típica de ambos grupos, y corregida con un parámetro para reducir el sesgo de muestras pequeñas.

Posteriormente, se calcularon los meta-análisis, mediante el método del inverso de la varianza. Se usó un modelo de modelos aleatorios, al predecir que la heterogeneidad entre los estudios iba a ser alta. Se calculó la heterogeneidad mediante la I^2 . Para evaluar las posibles fuentes de dicha heterogeneidad, se realizaron análisis de subgrupos para las variables codificadas. También se realizaron forest-plot para cada uno de los dos momentos (resultados post-tratamiento y

seguimiento). Así mismo, se evaluó el posible sesgo de publicación mediante tres métodos: la inspección visual de los funnel plot, el test de Egger y el test trim-and-fill. Para los análisis de datos, se utilizó el software SPSS (versión 29.0).

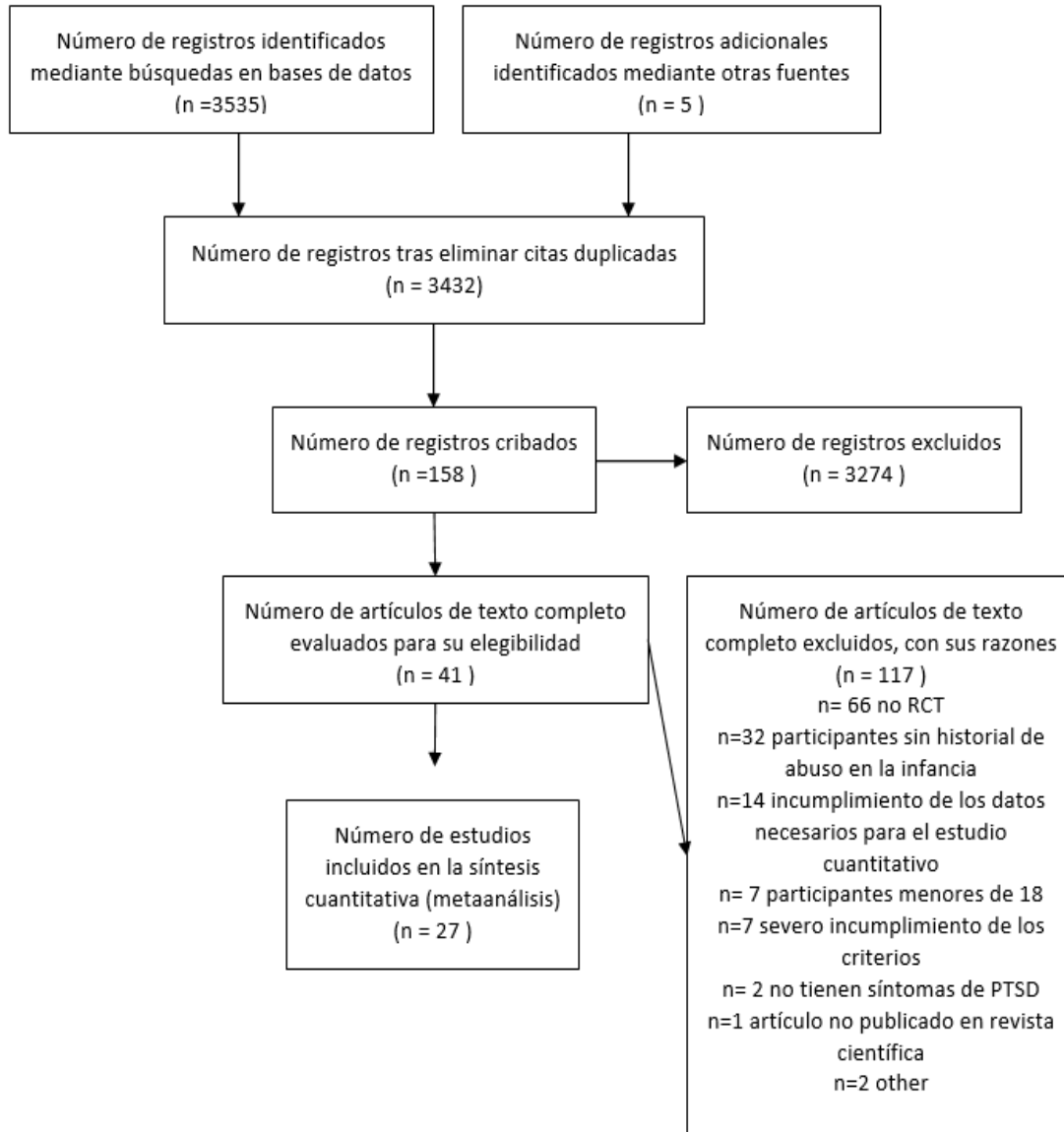
3.Resultados

3.1 Selección de estudios

La primera búsqueda arrojó un resultado total de 3.535 artículos. Tras la eliminación de artículos duplicados el total fue de 3.432 artículos. El primer cribado dejó un total de 158 artículos. La selección final de estudios, en base a la lectura del texto completó realizada por los dos evaluadores independientes, dejó 41 artículos que cumplían los criterios de inclusión. 66 artículos fueron excluidos por no presentar un diseño de ensayo controlado aleatorizado, 32 artículos se excluyeron debido a que sus participantes no habían experimentado abuso en la infancia, siete artículos excluidos debido a que incluía una muestra de participantes menores de edad, dos artículos debido a que los participantes del estudio no presentaban síntomas de TEPT, siete artículos por un incumplimiento de varios criterios de inclusión, un artículo debido a que no se publicó en una revista científica y dos artículos debido a otras causas. Finalmente, durante la extracción de los datos, se excluyeron 14 artículos debido a la falta de datos necesarios (media pre y post tratamiento y desviación típica), quedando así finalmente 27 estudios incluidos en el metaanálisis.

Figura 1

Diagrama de flujo PRISMA



3.2 Características de los estudios

Tabla 1

Resumen de los estudios incluidos

Estudio	Population	Edad media	% de mujeres	Intervención	Formato de intervención	Formato de intervención	Comparación
Baekkelund 2021	TEPT diagnóstico	39.15	84.3	Otras	Cara a cara	Combinado	Inactivo
Bohus 2013	TEPT diagnóstico	35.14	100	CBT	Cara a cara	Combinado	Activo
Bohus 2020	TEPT diagnóstico	36.3	100	CBT	Cara a cara	Individual	Activo
Bradley 2003	Sin diagnóstico	36.67	100	Otras	Cara a cara	Grupal	Inactivo
Chard 2005	TEPT diagnóstico	32.77	100	CBT	Cara a cara	Combinado	Inactivo
Classen 2021	TEPT diagnóstico	43.51	100	Otras	Cara a cara	Grupal	Inactivo
Cloitre 2002	TEPT diagnóstico	34	100	CBT	Cara a cara	Individual	Inactivo
Cloitre 2010	TEPT diagnóstico	33.2	100	CBT	Cara a cara	Individual	Activo
Dorrepaal 2012	TEPT diagnóstico	40.3	100	CBT	Cara a cara	Combinado	Activo
Duberstein 2018	Sin diagnóstico	36.27	100	Otras	Cara a cara	Individual	Activo
Echeburua 1996	TEPT diagnóstico	22	100	CBT	Cara a cara	Individual	Activo
Edmond 1999	Sin diagnóstico	35	100	EMDR	Cara a cara	Individual	Inactivo
Elkjaer 2021	Sin diagnóstico	34.3	100	Otras	Cara a cara	Grupal	Activo
Foa 2005	Sin diagnóstico	31.3	100	CBT	Cara a cara	Individual	Ambos
Jamshidi 2021	Sin diagnóstico	21.66	100	EMDR	Cara a cara	Individual	Inactivo
Jung 2013	TEPT diagnóstico	37.18	100	CBT	Cara a cara	Individual	Inactivo

Littleton 2016	TEPT diagnóstico	22	100	CBT	Online	Individual	Activo
McDonagh 2005	TEPT diagnóstico	39.8	100	CBT	Cara a cara	Individual	Inactivo
Morgan 1999	Sin diagnóstico	36.9	100	Otras	Cara a cara	Grupal	Inactivo
O'Cleirigh 2019	Sin diagnóstico	39.19	0	CBT	Cara a cara	Individual	Activo
Paivio 2010	Sin diagnóstico	45.62	53.4	CBT	Cara a cara	Individual	Activo
Price 2005	Sin diagnóstico	41	100	Otras	Cara a cara	Individual	Activo
Raabe 2022	TEPT diagnóstico	35.9	89	Otras	Combinado	Individual	Inactivo
Sele 2023	TEPT diagnóstico	42.9	74	CBT	Cara a cara	Combinado	Activo
Van Vliet 2021	TEPT diagnóstico	39.64	80	CBT	Cara a cara	Individual	Activo
Wagner 2024	Sin diagnóstico	54.46	76.3	CBT	Online	Individual	Inactivo
Zlotnick 1997	TEPT diagnóstico	39	100	Otras	Cara a cara	Individual	Inactivo

Nota. TEPT= Trastorno de estrés postraumático, CBT= Cognitive Behaviour Therapy, EMDR= Eye Movement Desensitization and Reprocessing

En la revisión se incluyeron 27 artículos que comprenden 33 condiciones de tratamiento. 21 recibieron terapia cognitivo conductual, tres terapia EMDR y nueve otro tipo de terapias. En la mayoría de estos artículos, (59%) incluían una muestra con un diagnóstico de TEPT. Con respecto al formato de intervenciones la mayoría de estas se hicieron cara a cara (88%), es decir, de manera presencial y en su mayoría la intervención fue aplicada en formato individual (66%). Asimismo, se observó una distribución equitativa entre los estudios que compararon el tratamiento con grupos de control activos (48%) e inactivos (48%).

3.2 Efectos del tratamiento sobre la sintomatología del trastorno de estrés postraumático

Tabla 2

Efecto del tratamiento sobre la sintomatología de trastorno de estrés postraumático

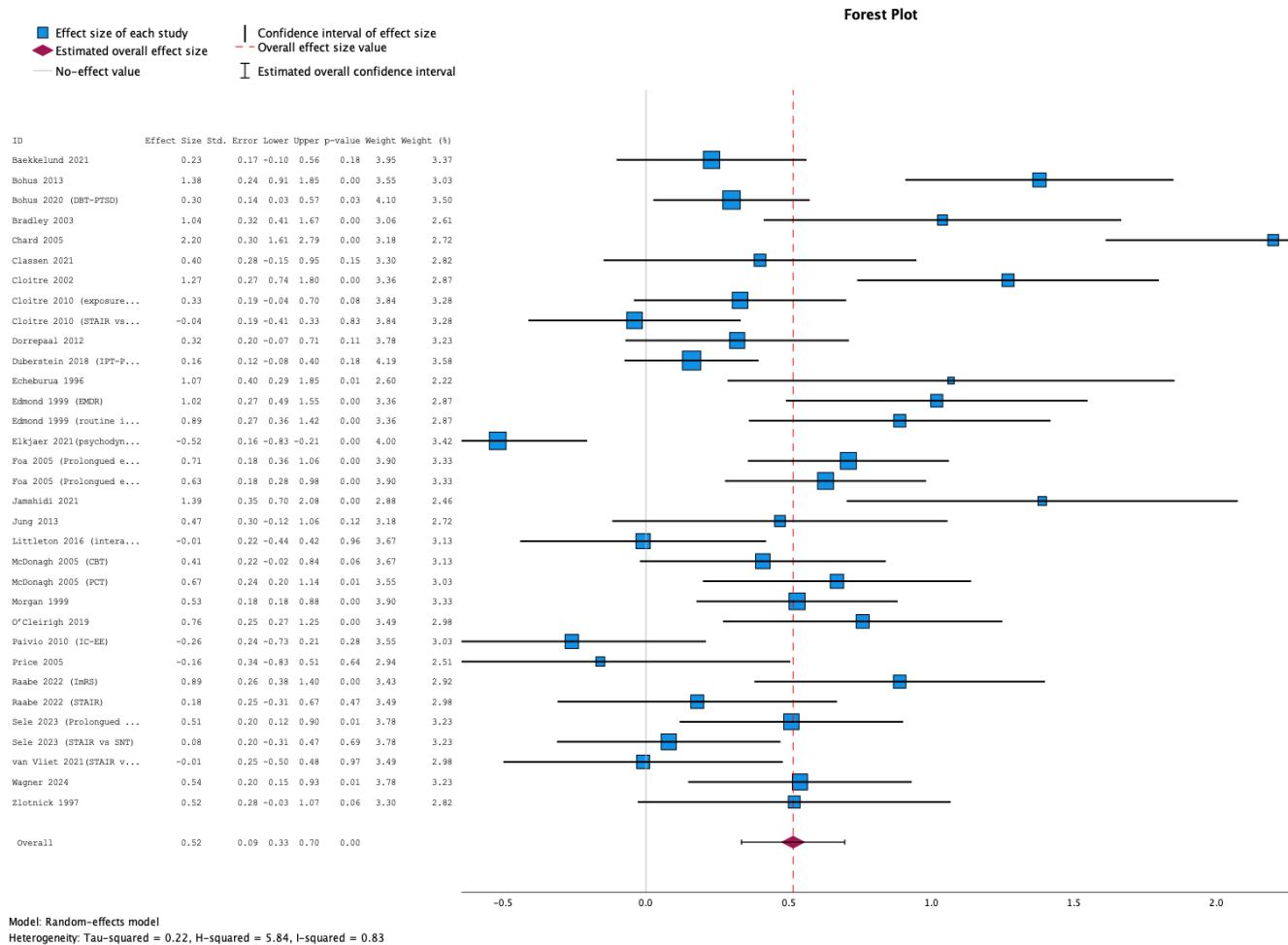
Outcome	Estudios	N	SMD	95% IC	Heterogeneidad (I^2)
TEPT post tratamiento	27	33	0,516	0,335-0,697	83%
TEPT seguimiento	12	15	0,350	0,111-0,589	76%

Nota. TEPT= Trastorno de estrés postraumático, SMD= Diferencia Estandarizada de Medidas, IC= Intervalo de confianza

Los resultados de los meta-análisis nos indican que hay un efecto estadísticamente significativo de los tratamientos psicológicos en la reducción de la sintomatología del TEPT, tanto en el postratamiento como en el seguimiento (ver Tabla 2 y Figuras 2 y 3). El tamaño del efecto bajó de moderado tras el tratamiento a pequeño-a-moderado en el seguimiento. Se puede observar una alta heterogeneidad entre los estudios en ambos casos.

Figura 2

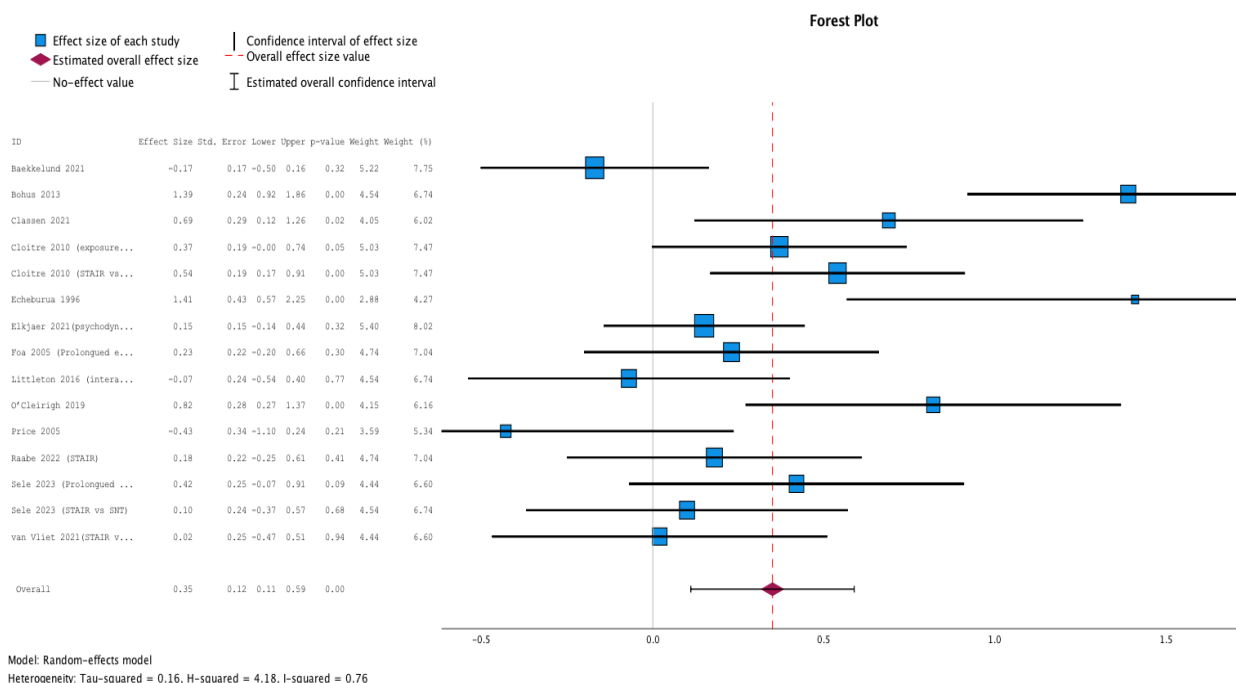
Forest Plot del post-tratamiento



Nota. En esta figura se pueden observar los tamaños del efecto en cada uno de los estudios del postratamiento, su intervalo de confianza, así como el tamaño del efecto medio y la heterogeneidad de los mismos.

Figura 3

Forest Plot del seguimiento



Nota. En esta figura podemos observar el tamaño del efecto de cada uno de los estudios de seguimiento, su intervalo de confianza, así como el tamaño de efecto medio y la heterogeneidad de los mismos.

3.3 Evaluación del sesgo de publicación

En el test de Egger es significativo en el post tratamiento ($p = <0,001$) pero no el seguimiento ($p = 0,183$). En contraste, en la inspección visual del Funnel Plot podemos observar que hay bastante simetría. Para finalizar, el test Trim and Fill no imputa ningún estudio en ninguno de los dos momentos. En conclusión, los análisis indican una ausencia de manera clara de sesgo de publicación, especialmente en el seguimiento.

3.4 Análisis por subgrupos

En la evaluación realizada en el postratamiento encontramos diferencias significativas en cuanto al tipo de intervención ($p = 0,01$) (ver Tabla 3). Los resultados indican que EMDR mostraba el tamaño del efecto más grande, seguido por la terapia cognitivo-conductual. No obstante, estos resultados se han de interpretar con cautela, teniendo en cuenta que el subgrupo de EMDR cuenta con únicamente dos estudios.

Tabla 3

Análisis por subgrupos: Efecto del tratamiento por tipo de intervención

Subgrupo de Intervención	SMD	Error Estándar	Z	Valor p	IC95%
CBT	0,544	0,121	4,462	< 0,001	0,305 a 0,782
EMDR	1,158	0,213	5,417	< 0001	0,739 a 1,577
Otros	0,354	0,142	2,489	0,013	0,075 a 0,632

Encontramos diferencias significativas en cuanto a las comparaciones con controles activos e inactivos, hallando unos mejores resultados en el caso de las comparaciones con un grupo de control activo (ver Tabla 4).

Tabla 4

Análisis por subgrupos: Grupo control

Subgrupo de Análisis	SMD	Error Estándar	Z	Valor p	IC95%
Control activo	0,271	0,118	2,280	0,023	0,038 a 0,504
Control inactivo	0,751	0,115	6,528	0,001	0,526 a 0,977

En el resto de análisis de subgrupos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Por otro lado, en relación al formato del tratamiento, la ausencia de diferencias significativas da a entender que el tratamiento es igual de eficaz independientemente del formato en el que se aplique (online o cara a cara, grupal o individual). Sin embargo, hay que destacar que en el caso de las terapias online, en esta revisión se han incluido únicamente tres estudios. Con respecto a la medición de seguimiento no hay diferencias significativas en ninguno de los subgrupos.

4. Discusión

El objetivo del presente metaanálisis es evaluar la eficacia de las intervenciones psicológicas para el TEPT en víctimas de abuso sexual/físico en la infancia realizando una síntesis cuantitativa de 27 estudios que cumplieron los criterios de inclusión.

Los resultados muestran que los diferentes tratamientos aplicados para este trastorno son efectivos, ya que redujeron de manera significativa la sintomatología tanto en el postratamiento como en el seguimiento, confirmando así la primera hipótesis (H1). Metaanálisis anteriores, como el realizado por Bisson et al. (2007) que incluía 38 ensayos controlados aleatorizados, apoyaron la eficacia de estas intervenciones, concretamente, la terapia cognitivo-conductual. Por otro lado, Watts et al. (2013), en su metaanálisis de 112 estudios, encontró datos que apoyan la eficacia de los tratamientos psicológicos, destacando la terapia cognitivo-conductual, y componentes de esta como la terapia de exposición, y también para EMDR, aunque con menos estudios. Estudios más recientes como los publicados por Kooistra et al. (2023) y Bosch et al. (2020) apoyan, en la misma línea, los resultados expuestos anteriormente, reafirmando la eficacia de las terapias psicológicas para pacientes con TEPT que han sido víctimas de abuso en la infancia.

En los resultados de este estudio se puede observar una elevada heterogeneidad entre los estudios. Esto podría deberse a características diferenciales de la muestra incluida en cada uno, la naturaleza de las intervenciones o la metodología empleada para la evaluación en cada uno de los estudios. Esta alta heterogeneidad sugiere que los resultados deben ser interpretados con cautela y que los factores específicos de cada estudio pueden influir en ellos. Sin embargo, estos siguen siendo significativos, y por tanto las intervenciones psicológicas, particularmente la terapia cognitivo-conductual, tienen un efecto robusto en la reducción de la sintomatología. Además, los análisis del riesgo de sesgo descartan en general la posible presencia de estudios no publicados con efectos nulos, lo cual refuerza la validez y fiabilidad de los resultados obtenidos.

4.1 Análisis por subgrupos de tratamiento

En cuanto a los análisis de subgrupos, encontramos que las terapias cognitivo-conductuales mostraron una mayor eficacia, respaldando la segunda hipótesis (H2). También EMDR consiguió tamaños de efecto grandes, pero estos resultados están basados en sólo tres estudios, lo que sugiere que se debe tener mucha cautela en la generalización de estos resultados. Por ello, son necesarias más investigaciones para apoyar la eficacia de este abordaje en esta población. Estos hallazgos concuerdan con los obtenidos en el estudio de Ehring et al. (2014). La terapia cognitivo-conductual mostró un tamaño del efecto moderado en la reducción de la sintomatología tanto en el postratamiento como en el seguimiento, destacando así la durabilidad de los efectos. Otros estudios anteriores como los publicados por Taylor y Harvey (2010) y Lewis et al. (2020) apoyan estos resultados, entre los cuales destaca la reducción de sintomatología internalizante por la terapia cognitivo-conductual y la eficacia de manera general del EMDR. Otro metaanálisis que respalda estos resultados es el realizado por Ourgin et al. (2011), que encontró que la terapia cognitivo-conductual (en concreto la terapia de exposición) y, EMDR son igualmente efectivas para el TEPT. Existe cierto consenso acerca de la eficacia y adherencia de las terapias centradas en el trauma para el TEPT. Todas estas terapias, incluidas la terapia cognitivo conductual y EMDR, producen efectos mayores que terapias no centradas en el trauma, implicando un procesamiento significativo de la memoria relacionada con el trauma (Jericho et al., 2022).

Concretamente la terapia cognitivo-conductual presenta una elevada eficacia en el abordaje de patrones cognitivos arraigados, los cuales favorecen sentimientos de angustia y conductas desadaptativas, ayudando a los pacientes a reconocer esas creencias negativas desarrolladas por el evento traumático (Theodoratou et al., 2023). La terapia cognitivo-conductual ayuda a los pacientes a darse cuenta de que las creencias formadas en el contexto del trauma pueden ser infundadas. Al resaltar las manifestaciones que representan distorsiones subyacentes, los pacientes pueden eliminar interpretaciones negativas de sus experiencias traumáticas (Kliethermes et al., 2017). Para el tratamiento de trastorno de estrés postraumático es habitual utilizar la técnica de exposición durante la terapia cognitivo-conductual. Esta técnica consiste en, de manera repetida, enfrentarse a estímulos que presentan alguna relación con el trauma. Se puede realizar una exposición imaginal, basada en la evocación de recuerdos o exposición en vivo, basada en situaciones asociadas al trauma. (Kooistra et al., 2023). Otro hallazgo relevante, es que los efectos de estas intervenciones mostraron un mantenimiento a largo plazo, por tanto los beneficios obtenidos persisten más allá del postratamiento.

Respecto al impacto del tipo de grupo control, los resultados indican mayor efectividad de los tratamientos en comparación con controles inactivos, pero también indican efectos significativos al compararlos con grupos de control activos. Esto es de especial relevancia, ya que apoya la idea de

que los efectos positivos de las intervenciones no se deben únicamente al efecto placebo, sino que indican una eficacia terapéutica específica. Continuando con el análisis por subgrupos, no se encontraron diferencias significativas en la eficacia según el formato (individual, grupal o combinado) ni según el modo de intervención (cara a cara, online o ambos). Esto se podría interpretar como que estas intervenciones pueden ser eficaces independientemente de la estructura del tratamiento, permitiendo una adaptación de las intervenciones a cada contexto y necesidad específica. No obstante, la eficacia del tratamiento online está basada en un número limitado de estudios (tres en total).

4.2 Factores moderadores de la eficacia del tratamiento

Otra línea que se podría investigar es la variabilidad de la eficacia de dichas intervenciones basándonos en características personales de cada paciente. Ambas intervenciones (terapia cognitivo-conductual y EMDR), como hemos podido observar en este estudio, presentan una alta eficacia. Aunque los resultados de EMDR están limitados por el pequeño tamaño muestral en comparación con la terapia cognitivo-conductual. Sin embargo, los pacientes con TEPT pueden variar mucho en su respuesta al tratamiento, generando unas tasas de abandono entre el 14% y 32%. Además, entre el 41% y 58% de los pacientes permanecen clínicamente angustiados después del tratamiento (Deisenhofer et al., 2018). En una revisión realizada por Schottenbauer et al. (2008) concluyeron que los pacientes, de manera individualizada, pueden responder de manera diferente a los tratamientos. Para una persona puede resultar altamente beneficioso, mientras que a otra puede no beneficiar o incluso resultar perjudicial.

Por ello, cada vez se busca un enfoque más individualizado en la investigación clínica, adaptándose a las características específicas de cada persona. De Rubeis et al. (2014) desarrolló un enfoque prescriptivo denominado Índice de Ventajas Personalizadas (PAI). El estudio realizado por Deisenhofer et al. (2018) se basó en el análisis de casos clínicos, incluyendo 317 pacientes, que buscaban tratamiento para TEPT en atención primaria en Inglaterra. Estos pacientes recibieron tratamientos seleccionados a partir del enfoque PAI y los resultados indican que los pacientes que recibieron la intervención en base a su modelo determinado presentaron un desarrollo más óptimo. En otro estudio, realizado por Keefe et al. (2018), se seleccionaron 20 posibles variables moderadoras. Entre ellas, encontramos la demografía, el historial interpersonal, la sintomatología TEPT, la sintomatología comórbida, las características de personalidad cognitiva, los delitos sexuales adicionales, la depresión, la ira, y la raza, entre otras. Los resultados de dicho estudio encontraron dos moderadores de abandono en relación a la terapia de exposición prolongada y la terapia de procesamiento cognitivo: la raza y el abuso en las relaciones. Toda esta literatura apoya la importancia de más investigaciones acerca de intervenciones adaptadas a características específicas de los pacientes.

4.3 Implicaciones clínicas y recomendaciones para profesionales de la salud

Como se ha mencionado anteriormente, el TEPT es un trastorno complejo que presenta una sintomatología variada. En particular, en víctimas de abuso infantil, esta se agrava y se vuelve más compleja con problemas de regulación emocional y revictimización. También presenta un alto grado de comorbilidad con otras patologías, generando mayor dificultad en el abordaje terapéutico. Estudios como el de Cloitre et al. (2019) destacan la importancia de terapias adaptadas a este tipo de pacientes concretos, requiriendo un abordaje terapéutico integral.

Los pacientes afectados por una experiencia traumática deben recibir el apoyo de manera respetuosa, comprensiva y paciente, en un entorno seguro, generando confianza y validación de sus propios sentimientos a través de una escucha activa y exenta de prejuicios (Theodoratou et al., 2023). La guía clínica desarrollada por la Asociación Americana de Psicología, publicada en 2017, nos proporciona información acerca del tratamiento de pacientes con TEPT, recomendando la terapia cognitivo-conductual, terapia de exposición prolongada o terapia de procesamiento cognitivo (Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD in Adults, American Psychological Association, 2019).

Además, son necesarias más investigaciones enfocadas en la prevención y psicoeducación, explorando estrategias cognitivas para una mejor adaptación a las experiencias traumáticas y ayudando al paciente a lidiar con la angustia. Dotar a los pacientes de información ayuda a entender sus respuestas físicas, emocionales y cognitivas, cambiando el concepto negativo o culpabilizador de síntomas como la hipervigilancia o la evitación y entendiéndolo como un mecanismo de protección. Comprender que todas estas repuestas presentan una función adaptativa, ayuda a las personas a ser más empáticos consigo mismos y promueve un camino resiliente hacia la recuperación (Theodoratou et al., 2023).

5. Limitaciones y líneas futuras

Cabe destacar una serie de limitaciones que se han de tener en cuenta al interpretar los resultados. Respecto a la búsqueda de artículos, encontrar una muestra de estudios significativos centrados únicamente en abuso sexual en la infancia fue muy complejo, por lo que se amplió la búsqueda y se modificaron los criterios de inclusión, incluyendo a personas con TEPT derivado de cualquier abuso sufrido en la infancia (principalmente abuso sexual/físico). También fue habitual encontrar estudios que se centraban en el TEPT de manera general, mencionando el abuso en la infancia junto con más tipologías de víctimas. Por lo tanto, presentaban falta de especificidad. Por otro lado, hay falta de consenso por parte de los investigadores acerca de la edad en la que se considera que el abuso tuvo lugar en la infancia (antes de los 16,17 o 18 años), lo cual limitaba la búsqueda de estudios. En el caso de este estudio, los criterios consideraban que el abuso tuvo

lugar en la infancia cuando estos habían pasado antes de los 18 años. Otro punto importante a destacar dentro de la metodología fue la extracción de los datos destinados al análisis estadístico. Muchos de los estudios presentaban procesos o datos estadísticos que no incluían los requeridos para nuestro análisis, lo que nos llevó a la exclusión de los mismos y a una reducción de la muestra de estudios. La alta heterogeneidad de los estudios sugiere variabilidad en los diseños, ya sea en las muestras o en las intervenciones utilizadas, pudiendo afectar a la generalización de los resultados. Además, la falta de datos más específicos sobre el tipo de abuso limita la capacidad de realizar análisis más precisos sobre la influencia del tipo de abuso en la efectividad de las intervenciones. Por último, destacar la falta de una medida de seguimiento en muchos de los estudios. De una muestra inicial de 27 estudios, únicamente 13 lo hicieron. Del mismo modo, el pequeño tamaño muestral de muchos de los subgrupos limita la interpretación de dichos análisis.

Para abordar las limitaciones de este estudio se sugiere la realización de investigaciones con diseños más rigurosos y muestras más representativas. Por un lado, respecto a la alta heterogeneidad en el tamaño del efecto tanto en terapia cognitivo-conductual como en EMDR, futuros estudios podrían explorar las condiciones bajo las cuales cada tratamiento es más efectivo. Asimismo, es necesario la realización de investigaciones que se centren en evaluar el papel de factores moderadores, como los anteriormente mencionados (características demográficas, gravedad de la sintomatología, historial de abusos, sintomatología comórbida, entre otros). Estos factores pueden alterar tanto la eficacia como la adhesión de los pacientes al tratamiento, influyendo en los resultados. También resultaría beneficioso estudiar las diferencias de la eficacia de cada tratamiento dependiendo del tipo de víctima y el tipo de abuso experimentado, para poder implementar una práctica clínica aún más específica.

Otra cuestión interesante para abordar tiene que ver con la eficacia de las terapias online. En este estudio se sugiere que no hay diferencias significativas en la eficacia de las intervenciones dependiendo de si la terapia se aplica de manera presencial u online. Sin embargo, estos resultados requieren de más investigación debido a la limitada cantidad de estudios online incluidos. Por ello, puede ser una buena línea de investigación para las terapias de pacientes TEPT víctimas de abuso en la infancia y su aplicación en la práctica clínica. Por último, destacar la necesidad de estudios longitudinales más prolongados, que evalúen los efectos de los tratamientos a largo plazo, incluyendo la investigación del papel de factores predictivos y moderadores.

6. Conclusión

Para concluir, es importante enfatizar la visión integral de la eficacia sobre las intervenciones psicológicas para el TEPT en víctimas de abuso en la infancia que ofrece este metaanálisis,

apoyando la efectividad para la reducción de la sintomatología, tanto en el postratamiento como en el seguimiento. La intervención sobre la que la evidencia es más sólida es la terapia cognitivo-conductual, en sus diferentes variantes, seguida por EMDR que ofrece resultados prometedores, aunque aún limitados por el bajo tamaño muestral. Esta evidencia apoya la importancia de abordar de manera activa la sintomatología del TEPT en esta población, ya que produce una mejora en el bienestar y en la calidad de vida de los pacientes. Al mismo tiempo, el alto grado de heterogeneidad sugiere la necesidad de más investigación, pudiendo así mejorar las estrategias terapéuticas para esta población, alineándose con los objetivos planteados en este estudio y corroborando las hipótesis. En última instancia, este metaanálisis ha proporcionado una base sólida para la futura aplicación de la práctica clínica en este tipo de pacientes. Asimismo, también se destaca la importancia de seguir investigando para profundizar en el conocimiento del impacto de variables como la modalidad de la terapia, la adecuación de la intervención al tipo de trauma en concreto, o la comparación entre diferentes abordajes terapéuticos.

7. Objetivos de desarrollo sostenible

La presente revisión sistemática con metaanálisis sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos para pacientes con TEPT víctimas de abuso en la infancia se puede relacionar con los siguientes objetivos de desarrollo sostenible:

ODS nº 3: Salud y bienestar

Este objetivo de desarrollo sostenible busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para toda la población y por ello se encuentra directamente relacionado con el TEPT en adultos víctimas de abuso en la infancia. Busca lograr una cobertura sanitaria de carácter universal, implicando a todas las personas e incluyendo a los pacientes con problemas de salud mental. El tratamiento para este tipo de pacientes víctimas de abuso en la infancia requiere de una atención más especializada, garantizando el acceso a psicoterapia y otros tipos de tratamientos enfocados en el TEPT. También resulta de gran importancia que los profesionales del ámbito sanitario estén especializados en el manejo de este tipo de traumas y de intervenciones como CBT y EMDR. Para finalizar, este objetivo también menciona la reducción de desigualdades en el acceso a una correcta asistencia sanitaria, fundamental especialmente para víctimas de abuso en la infancia, ya que pueden presentar ciertas barreras adicionales.

ODS nº4: Educación de calidad

Este objetivo lo podemos relacionar de manera preventiva con el TEPT por abuso en la infancia. Establecer programas de salud mental, medidas de identificación, prevención y asistencia a

menores que sufren abusos es vital para evitar el posible desarrollo de patologías o problemas interpersonales en la edad adulta. Los conocimientos y habilidades adquiridos a través de una educación de calidad pueden empoderar a las víctimas de abuso, dándoles herramientas para gestionar y superar su trauma. Además, educar en valores que respetan la salud mental genera sensibilización de la población acerca de la misma y un entorno de confianza y seguridad para aquellas personas que padecen diferentes patologías, entre ellas el TEPT.

ODS nº5: Igualdad de género

Un alto porcentaje de abusos en la infancia van dirigidos a las mujeres. Promover la igualdad de género contribuye a la creación de sociedades con valores más inclusivos y saludables, lo que a su vez apoya el bienestar individual de las personas afectadas por el TEPT y facilita el bienestar general de la sociedad. También actúa de manera preventiva a esta población de riesgo esencial para romper el ciclo de abuso y trauma. Por otro lado, también fomenta un acceso equitativo a los servicios de salud mental, recibiendo la atención médica necesaria para su recuperación.

ODS nº10: Reducción de desigualdades

Reducir la desigualdad, como se describe en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 10, es esencial para promover el desarrollo económico y social equitativo a largo plazo y luchar contra la pobreza. Para los adultos con trastorno de estrés postraumático (TEPT) debido al abuso infantil, la desigualdad puede exacerbar su dolor al dificultar el acceso a recursos y servicios de salud mental adecuados. La falta de acceso equitativo a la atención de salud mental puede prolongar el ciclo del trauma y afectar negativamente su recuperación. Por lo tanto, abordar la desigualdad es fundamental para garantizar que todos tengan acceso a la atención de salud mental que necesitan para sanar y reconstruir sus vidas después de un trauma infantil.

ODS nº16: Paz, justicia e instituciones sólidas

El Objetivo de Desarrollo Sostenible 16 tiene como objetivo promover sociedades pacíficas, justas e inclusivas y crear acceso a la justicia para todos. En el contexto del tratamiento psicológico de adultos con trastorno de estrés postraumático (TEPT) debido a violencia infantil, esta tarea adquiere especial importancia. Esto implica crear un entorno seguro y pacífico para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático, garantizar la igualdad de acceso a la justicia y la compensación por el daño causado, y prevenir procesos relacionados con las víctimas secundarias (los cuales muchas veces generan un trauma mayor que el propio delito). Asimismo, el buen acceso a la justicia motivará las denuncias por parte de las víctimas, acabando con el secretismo y

cifra negra asociada a esta tipología delictiva y generando más información para una buena prevención e intervención.

Referencias

- Adams, J., Mrug, S., & Knight, D. C. (2018). Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child Abuse and Neglect*, *86*, 167-177. Scopus.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.019>
- Baekkelund, H., Karlsrud, I., Hoffart, A., & Arnevik, E. A. (2021). Stabilizing group treatment for childhood-abuse related PTSD: A randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1), 1859079. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1859079>
- Bisson, J. (2007). *Tratamientos psicológicos para el estrés postraumático crónico Trastorno* | *Revista Británica de Psiquiatría* | Núcleo de Cambridge.
- Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedtfeld, I., & Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *82*(4), 221-233.
<https://doi.org/10.1159/000348451>
- Bohus, M., Kleindienst, N., Hahn, C., Müller-Engelmann, M., Ludäscher, P., Steil, R., Fydrich, T., Kuehner, C., Resick, P. A., Stiglmayr, C., Schmahl, C., & Priebe, K. (2020). Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared With Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, *77*(12), 1235-1245.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2148>
- Bosch, J., Mackintosh, M.-A., Wells, S. Y., Wickramasinghe, I., Glassman, L. H., & Morland, L. A. (2020). PTSD treatment response and quality of life in women with childhood trauma

histories. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 12(1), 55-63.
<https://doi.org/10.1037/tra0000468>

Bradley, R. G., & Follingstad, D. R. (2003). Group therapy for incarcerated women who experienced interpersonal violence: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 16(4), 337-340.
<https://doi.org/10.1023/A:1024409817437>

Caro, P., Turner, W., Caldwell, D. M., & Macdonald, G. (2023). Comparative effectiveness of psychological interventions for treating the psychological consequences of sexual abuse in children and adolescents: A network meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6), CD013361. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013361.pub2>

Cervinka, D., Vondráčková, L., Sulíková, B., & Adamovská, E. (2023). Posttraumatic Stress Disorder After a Car Accident in the Czech Population: Prevalence and Risk Factors For Its Development. *Transactions on Transport Sciences*, 14(3), 16-24. Scopus.
<https://doi.org/10.5507/tots.2023.014>

Charak, R., Vang, M. L., Shevlin, M., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., & Hyland, P. (2020). Lifetime Interpersonal Victimization Profiles and Mental Health Problems in a Nationally Representative Panel of Trauma-Exposed Adults From the United Kingdom. *Journal of Traumatic Stress*, 33(5), 654-664. Scopus. <https://doi.org/10.1002/jts.22527>

Chard, K. M. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 965-971. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.965>

Classen, C. C., Hughes, L., Clark, C., Hill Mohammed, B., Woods, P., & Beckett, B. (2021). A Pilot RCT of A Body-Oriented Group Therapy For Complex Trauma Survivors: An Adaptation of Sensorimotor Psychotherapy. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 22(1), 52-68.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1760173>

- Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2019). ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in the United States: A Population-Based Study. *Journal of Traumatic Stress, 32*(6), 833-842.. <https://doi.org/10.1002/jts.22454>
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(5), 1067-1074. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.5.1067>
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Nooner, K., Zorbass, P., Cherry, S., Jackson, C. L., Gan, W., & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry, 167*(8), 915-924. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09081247>
- Deisenhofer, A.-K., Delgadillo, J., Rubel, J. A., Böhnke, J. R., Zimmermann, D., Schwartz, B., & Lutz, W. (2018). Individual treatment selection for patients with posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety, 35*(6), 541-550. <https://doi.org/10.1002/da.22755>
- DeRubeis, R. J., Cohen, Z. D., Forand, N. R., Fournier, J. C., Gelfand, L. A., & Lorenzo-Luaces, L. (2014). The Personalized Advantage Index: Translating research on prediction into individualized treatment recommendations. A demonstration. *PloS One, 9*(1), e83875. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083875>
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Smit, J. H., van Balkorn, A. J. L. M., Veltman, D. J., Hoogendoorn, A. W., & Draijer, N. (2012). Stabilizing Group Treatment for Complex Posttraumatic Stress Disorder Related to Child Abuse Based on Psychoeducation and Cognitive Behavioural Therapy: A Multisite Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and psychosomatics, 81*(4), 217-225. <https://doi.org/10.1159/000335044>

- Duberstein, P. R., Ward, E. A., Chaudron, L. H., He, H., Toth, S. L., Wang, W., Van Orden, K. A., Gamble, S. A., & Talbot, N. L. (2018). Effectiveness of Interpersonal Psychotherapy-Trauma for Depressed Women With Childhood Abuse Histories. *Journal of consulting and clinical psychology, 86*(10), 868-878. <https://doi.org/10.1037/ccp0000335>
- Dunn, E. C., Nishimi, K., Gomez, S. H., Powers, A., & Bradley, B. (2018). Developmental timing of trauma exposure and emotion dysregulation in adulthood: Are there sensitive periods when trauma is most harmful? *Journal of Affective Disorders, 227*, 869-877.. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.045>
- Echeburua, E., deCorral, P., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (1996). Treatment of acute posttraumatic stress disorder in rape victims: An experimental study. *Journal of Anxiety Disorders, 10*(3), 185-199. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(96\)89842-2](https://doi.org/10.1016/0887-6185(96)89842-2)
- Edmond, T., Rubin, A., & Wambach, K. G. (1999). The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse. *Social Work Research, 23*(2), 103-116. <https://doi.org/10.1093/swr/23.2.103>
- Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J., & Emmelkamp, P. M. G. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clinical Psychology Review, 34*(8), 645-657. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.10.004>
- Elkjaer, H. K., Lau, M., Mortensen, E. L., Kristensen, E., & Poulsen, S. (2021). Psychodynamic and systemic group treatment for women with a history of childhood sexual abuse: Five-year follow-up of a randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology, 12*(1), 1855887. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1855887>
- Fletcher, S., Elklit, A., Shevlin, M., & Armour, C. (2021). Predictors of PTSD Treatment Response Trajectories in a Sample of Childhood Sexual Abuse Survivors: The Roles of Social

Support, Coping, and PTSD Symptom Clusters. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(3-4), 1283-1307.. <https://doi.org/10.1177/0886260517741212>

Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A. M., Riggs, D. S., Feeny, N. C., & Yadin, E. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 953-964.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.953>

Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD in Adults, American Psychological Association. (2019). Summary of the clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. *The American Psychologist*, 74(5), 596-607.
<https://doi.org/10.1037/amp0000473>

Haselgruber, A., Knefel, M., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2021). Foster children's complex psychopathology in the context of cumulative childhood trauma: The interplay of ICD-11 complex PTSD, dissociation, depression, and emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*, 282, 372-380. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.116>

Jamshidi, F., Rajabi, S., & Dehghani, Y. (2021). How to heal their psychological wounds? Effectiveness of EMDR therapy on post-traumatic stress symptoms, mind-wandering and suicidal ideation in Iranian child abuse victims. *Counselling & Psychotherapy Research*, 21(2), 412-421. <https://doi.org/10.1002/capr.12339>

Jericho, B., Luo, A., & Berle, D. (2022). Trauma-focused psychotherapies for post-traumatic stress disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 145(2), 132-155. <https://doi.org/10.1111/acps.13366>

Jung, K., & Steil, R. (2013). A randomized controlled trial on cognitive restructuring and imagery modification to reduce the feeling of being contaminated in adult survivors of childhood

sexual abuse suffering from posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 213-220. <https://doi.org/10.1159/000348450>

Keefe, J. R., Wiltsey Stirman, S., Cohen, Z. D., DeRubeis, R. J., Smith, B. N., & Resick, P. A. (2018). In rape trauma PTSD, patient characteristics indicate which trauma-focused treatment they are most likely to complete. *Depression and Anxiety*, 35(4), 330-338. <https://doi.org/10.1002/da.22731>

Kliethermes, M. D., Drewry, K., & Wamser-Nanney, R. (2017). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. En M. A. Landolt, M. Cloitre, & U. Schnyder (Eds.), *Evidence-Based Treatments for Trauma Related Disorders in Children and Adolescents* (pp. 167-186).. https://doi.org/10.1007/978-3-319-46138-0_8

Kooistra, M. J., Hoeboer, C. M., Oprel, D. A. C., Schoorl, M., van der Does, W., Heide, J. J. ter, van Minnen, A., & Kleine, R. A. de. (2023). Changes in trauma-related cognitions predict subsequent symptom improvement during prolonged exposure in patients with childhood abuse-related PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 163, 104284. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104284>

Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J. I. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1729633. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633>

Lin, W., Gong, L., Xia, M., & Dai, W. (2018). Prevalence of posttraumatic stress disorder among road traffic accident survivors: A PRISMA-compliant meta-analysis. *Medicine*, 97(3), e9693. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000009693>

Littleton, H., Grills, A. E., Kline, K. D., Schoemann, A. M., & Dodd, J. C. (2016). The From Survivor to Thriver program: RCT of an online therapist-facilitated program for rape-related PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 41-51. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.07.010>

- Maalouf, O., Daigneault, I., Dargan, S., McDuff, P., & Frappier, J.-Y. (2020). Relationship between Child Sexual Abuse, Psychiatric Disorders and Infectious Diseases: A Matched-Cohort Study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 29(7), 749-768..
<https://doi.org/10.1080/10538712.2019.1709242>
- Martin, A., Naunton, M., Kosari, S., Peterson, G., Thomas, J., & Christenson, J. K. (2021). Treatment Guidelines for PTSD: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 10(18), 4175. <https://doi.org/10.3390/jcm10184175>
- McDonagh, A., Friedman, M., McHugo, G., Ford, J., Sengupta, A., Mueser, K., Demment, C. C., Fournier, D., Schnurr, P. P., & Descamps, M. (2005). Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 515-524. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.515>
- Miao, X.-R., Chen, Q.-B., Wei, K., Tao, K.-M., & Lu, Z.-J. (2018). Posttraumatic stress disorder: From diagnosis to prevention. *Military Medical Research*, 5(1), 32.
<https://doi.org/10.1186/s40779-018-0179-0>
- Morgan, T., & Cummings, A. L. (1999). Change experienced during group therapy by female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 28-36. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.1.28>
- O'Cleirigh, C., Safren, S. A., Taylor, S. W., Goshe, B. M., Bedoya, C. A., Marquez, S. M., Broughs, M. S., & Shipherd, J. C. (2019). Cognitive Behavioral Therapy for Trauma and Self-Care (CBT-TSC) in Men Who have Sex with Men with a History of Childhood Sexual Abuse: A Randomized Controlled Trial. *AIDS and Behavior*, 23(9), 2421-2431.
<https://doi.org/10.1007/s10461-019-02482-z>

- Ougrin, D. (2011). Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: Systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry, 11*, 200.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-200>
- Paivio, S. C., Jarry, J. L., Chagigiorgis, H., Hall, I., & Ralston, M. (2010). Efficacy of two versions of emotion-focused therapy for resolving child abuse trauma. *Psychotherapy Research, 20*(3), 353-366. <https://doi.org/10.1080/10503300903505274>
- Price, C. (2005). Body-oriented therapy in recovery from child sexual abuse: An efficacy study. *Alternative Therapies in Health and Medicine, 11*(5), 46-57.
- Priebe, K., Steil, R., Kleindienst, N., Dyer, A. S., Krger, A., & Bohus, M. (2012). Psychological treatment of posttraumatic stress disorder after sexual abuse: An overview. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 62*(1), 5-17.
<https://doi.org/10.1055/s-0031-1295482>
- Raabe, S., Ehring, T., Marquenie, L., Arntz, A., & Kindt, M. (2022). Imagery Rescripting as a stand-alone treatment for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 77*, 101769. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2022.101769>
- Rameckers, S. A., van Emmerik, A. A. P., Bachrach, N., Lee, C. W., Morina, N., & Arntz, A. (2021). The impact of childhood maltreatment on the severity of childhood-related posttraumatic stress disorder in adults. *Child Abuse and Neglect, 120*.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105208>
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Tendick, V., & Gray, S. H. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and methodological considerations. *Psychiatry, 71*(2), 134-168. <https://doi.org/10.1521/psyc.2008.71.2.134>
- Sele, P., Hoffart, A., Cloitre, M., Hembree, E., & Øktedalen, T. (2023). Comparing phase-based treatment, prolonged exposure, and skills-training for Complex Posttraumatic Stress

- Disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 100, 102786.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102786>
- Sprang, G., Bush, H. M., Coker, A. L., & Brancato, C. J. (2020). Types of Trauma and Self-Reported Pain That Limits Functioning in Different-Aged Cohorts. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(23-24), 5953-5975. <https://doi.org/10.1177/0886260517723144>
- Taylor, J. E., & Harvey, S. T. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with adults sexually abused in childhood. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 749-767.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.008>
- Theodoratou, M., Kougioumtzis, G. A., Yotsidi, V., Sofologi, M., Katsarou, D., & Megari, K. (2023). Neuropsychological Consequences of Massive Trauma: Implications and Clinical Interventions. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 59(12), 2128.
<https://doi.org/10.3390/medicina59122128>
- van Vliet, N., Huntjens, R. J. C., van Dijk, M. K., Bachrach, N., Meewisse, M.-L., & de Jongh, A. (2021). Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment for post-traumatic stress disorder due to childhood abuse: Randomised clinical trial. *BJPSYCH OPEN*, 7(6), e211. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1057>
- Wagner, B., Böhm, M., & Grafiadeli, R. (2024). Efficacy of an internet-based written imagery rescripting intervention for survivors of institutional childhood abuse—A randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 147, 106557.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106557>
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., & Friedman, M. J. (2013). Meta-Analysis of the Efficacy of Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), 11710. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r08225>
- Zlotnick, C., Shea, T. M., Rosen, K., Simpson, E., Mulrenin, K., Begin, A., & Pearlstein, T. (1997). An Affect-Management Group for Women with Posttraumatic Stress Disorder and Histories

of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 10(3), 425-436.

<https://doi.org/10.1023/a:1024841321156>