



# **Análisis temático sobre el abordaje terapéutico de pacientes adultos víctimas de agresión sexual en la infancia**

Daniel Gómez Martín

Tutora: Nereida Bueno Guerra

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2026

# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	<b>3</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>4</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
1.1 Estadísticas y prevalencias del abuso .....	5
1.2 Tipos de agresión sexual en la infancia según el agresor .....	7
1.2.1 Agresión sexual intrafamiliar.....	7
1.2.2 Agresión sexual extrafamiliar .....	10
1.3 Sintomatología y tratamientos asociados al abuso sexual .....	11
<b>2. MÉTODO</b> .....	<b>16</b>
2.1 Objetivos del estudio .....	16
2.2 Participantes.....	16
2.3 Recogida de datos .....	17
2.4 Análisis de datos .....	18
2.5 Instrumentos .....	18
<b>3. RESULTADOS</b> .....	<b>19</b>
3.1 Análisis descriptivo de la muestra .....	19
3.1.1 Datos de los terapeutas participantes .....	19
3.1.2 Datos de las víctimas de agresión sexual en la infancia .....	20
3.2 Análisis cualitativo de las entrevistas .....	21
3.2.1 Revelación del abuso .....	22
3.2.2 Espacio terapéutico .....	23
3.2.3 Impacto psicológico .....	25
3.2.4 Diferencias según el tipo de agresor .....	27
<b>5. DISCUSIÓN</b> .....	<b>29</b>
4.1 Limitaciones .....	36
4.2 Conclusiones.....	37
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>38</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>46</b>

## RESUMEN

El abuso sexual infantil constituye un fenómeno de elevada prevalencia y graves consecuencias psicológicas que, con frecuencia, permanece oculto hasta la etapa adulta. El presente estudio cualitativo, de tipo narrativo y basado en el análisis temático, tuvo como objetivo explorar la percepción y el abordaje clínico de terapeutas con experiencia en la intervención con personas adultas víctimas de agresión sexual en la infancia. La muestra estuvo compuesta por 13 terapeutas que inicialmente respondieron un cuestionario; de los cuales 6 de ellos participaron en entrevistas individuales semiestructuradas de 45-60 minutos. El análisis temático permitió identificar 4 grandes temas (la revelación del abuso, el espacio terapéutico, el impacto psicológico y las diferencias según el tipo de agresor) con el fin de generar una guía de buenas prácticas para la intervención terapéutica de estos casos. Los resultados indican que el abuso no suele ser el motivo explícito de consulta; la relación terapéutica y el respeto por los ritmos del paciente constituyen factores de cambio de primer orden; el perfil de estas personas se caracteriza por la vergüenza, la culpa y patrones de vinculación relacionados con la experiencia de abuso; así como diferencias clínicamente relevantes entre el abuso intrafamiliar y extrafamiliar. Estos hallazgos subrayan la necesidad de una práctica clínica flexible, basada en la evidencia y sensible a la complejidad idiosincrática de cada caso.

**Palabras clave:** personas adultas víctimas de agresión sexual en la infancia, abordaje terapéutico, guía de buenas prácticas, basada en la evidencia.

## **ABSTRACT**

Child sexual abuse is a highly prevalent phenomenon with severe psychological consequences that frequently remains hidden until adulthood. This qualitative, narrative study based on thematic analysis aimed to explore the perceptions and clinical approaches of therapist experienced in working with adult survivors of childhood sexual abuse. The sample consisted of 13 therapist who initially completed a questionnaire, six of whom participated in individual semi-structured interviews lasting 45-60 minutes. Thematic analysis identified four main themes (disclosure of abuse, the therapeutic space, psychological impact, and differences according to the type of perpetrator) with the aim of generating a best practice guide for the therapeutic intervention of these cases. Findings indicate that abuse is rarely the explicit reason for seeking therapy; the therapeutic relationship and respect for the patient's pace are primacy agents of change; the profile of this population is characterised by shame, guilt, and attachment patterns shaped by the experience of abuse; as well as clinically relevant differences between intrafamilial and extrafamilial abuse. These findings highlights the need for a flexible, evidence-based clinical practice that is sensitive to the idiosyncratic, complexity of each individual case.

**Keywords:** adult survivors of childhood sexual abuse, therapeutic approach, evidence-based guide.

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1 Estadísticas y prevalencias del abuso

El abuso sexual infantil es una forma de violencia que vulnera la integridad física, emocional y relacional de un menor, constituyendo una grave violación de su dignidad y derechos como persona. Real-López et al. (2023) conciben el abuso sexual infantil como cualquier actividad sexual de diferente tipología, por parte de un adulto hacia alguien menor de 18 años, provocando una intrusión física, de naturaleza sexual, realizada por la fuerza, en condiciones desiguales o coercitivas. Guerrero (2024) concuerda con la definición, conceptualizando el abuso sexual infantil como cualquier acto sexual entre un menor y un adulto en sus diferentes formas (explotación sexual, masturbación delante del menor, violación, etc.) donde el contacto físico ocurre sin consentimiento (Miles et al., 2024).

Por tanto, el abuso sexual infantil o ASI<sup>1</sup> consiste en interacciones reiteradas entre una persona adulta y un/a niño/a, de forma que el adulto agresor objetifica al niño/a con la finalidad de encontrar estimulación sexual. Por la diferencia de edad, y en muchas ocasiones por la relación de autoridad o familiaridad respecto de la persona menor de edad, el adulto ostenta una posición de poder o control (Núñez y Sánchez-Sandoval, 2024) y las consecuencias psicológicas para la víctima, que pueden progresar a la vida adulta, son devastadoras (Real-López et al., 2023).

La Clasificación Internacional de la Violencia contra los Niños (ICVAV en sus siglas en inglés) conceptualiza el abuso sexual infantil como una forma de violencia sexual potencialmente dañina, haya o no contacto físico, implicando el contacto (o no) del cuerpo del niño o niña con fines sexuales, provocando una alta probabilidad de producir daño físico o psicológico en la víctima (UNICEF, 2023). Paralelamente, la Organización Mundial de la Salud enfatiza en su definición de abuso sexual la imposibilidad del menor para comprender o consentir dichas conductas de carácter sexual (OMS, 2022). Por otro lado, la última edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5-TR) no incluye el término de abuso sexual ya que no es un trastorno mental, sino un suceso vital que puede tener distintas consecuencias psicológicas según cada individuo, tales como los trastornos relacionados con trauma y estrés (p. ej., TEPT), trastorno de estrés agudo y trastornos parafilicos en el agresor (APA, 2022).

---

<sup>1</sup> En este trabajo vamos a emplear el termino ASI (Abuso Sexual Infantil) porque es el más extendido en la literatura, aunque la Ley Orgánica 10/2022 de 6 de septiembre enmarca un nuevo término, más apropiado legalmente, conocido como agresión sexual.

A nivel estadístico, las distintas fuentes de datos coinciden en una elevada presencia de abuso sexual infantil en la población. En España, los datos del Registro Unificado de casos de sospecha de Maltrato Infantil indican que en 2021 un 9,59% del total de notificaciones fueron de abuso sexual infantil (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2022). En concreto, 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 7 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia, lo que se estima que en torno al 20% de niñas han sido víctimas de agresión sexual en la infancia (Guerrero, 2024). No obstante, se está estudiando la posibilidad de que este porcentaje esté en aumento (Pineda et al., 2023; Real-López et al., 2023) llegando a ascender hasta un 22% la prevalencia en mujeres; aunque la realidad podría ser incluso peor. En muchos casos el abuso no llega a contarse y las víctimas no se lo revelan a nadie hasta la edad adulta (Alaggia et al., 2019).

Según el informe “Por una justicia a la altura de la infancia” que realizó la ONG Save The Children (2023) sobre el abuso sexual infantil en España, la edad media de inicio del abuso sexual ronda los 11 años y el 80,3% de los casos analizados eran niñas o chicas adolescentes. Aunque estos datos analizados por el informe son casos registrados en sentencias (independientemente de si el agresor es familiar, una persona conocida o desconocida) es más frecuente que el agresor se encuentre en el entorno familiar o sea una persona conocida en el entorno del niño/a (8 de cada 10 casos el agresor es una persona del entorno familiar o conocido) y no presenta antecedentes penales relacionados con violencia sexual. Este tipo de abuso es el que se conoce como intrafamiliar, del cual hablaremos más en profundidad en el apartado de tipologías y sintomatología.

Sorprende comprobar que a nivel longitudinal estos datos se mantienen o incluso crecen. En 2009 se realizó un metaanálisis donde observaron que la prevalencia de abuso sexual en menores era de un 7,4% en los niños y un 19,2% en las niñas (Pereda et al., 2009). Casi una década y media después nos encontramos en la misma línea, una prevalencia mayor en mujeres (58,9%) que en hombres (40,1%), siendo más prevalente entre niños y niñas desde los 6 hasta los 12 años, según los estudios de Real-López et al. (2023). En el mismo año se realizó un estudio sobre la prevalencia del abuso sexual, estudiando concretamente la población española (Pineda et al., 2023), donde mostraron que la prevalencia en hombres es del 9,2%, y del 22,4% para las mujeres, siendo para estas últimas significativamente mayor. El efecto se mostró grande en cuanto a la tasa de prevalencia en mujeres, sufriendo formas más graves de abuso sexual cuando tenían entre 13 y 18 años. La magnitud de estas cifras de prevalencia evidencia la urgencia de explorar más en profundidad este fenómeno, atendiendo a sus tipologías y a la gravedad de sus consecuencias psicológicas.

A nivel mundial, 650 millones de niñas y mujeres (o lo que es lo mismo, 1 de cada 5 o un 20%) que viven hoy en día han sido víctimas de violencia sexual durante su infancia. Entre 410 y 530 millones de niños y hombres (o aproximadamente 1 de cada 7) sufrieron violencia sexual en la infancia (UNICEF, 2025). Pereda et al., (2009) sitúan al 20% de las mujeres y entre un 8-13% de los hombres, mientras que Miles et al. (2024) afirman que 1 de cada 3 mujeres experimentará violencia sexual a lo largo de su vida. Echeburúa y de Corral (2006) mencionan datos de Estados Unidos, analizados retrospectivamente, encontrando una prevalencia del 27% en mujeres y un 16% en hombres. Metaanálisis internacionales indican cifras del 11,8%, según el sexo de la víctima (Real-López et al., 2023), representando que un 18% de las niñas y entre un 7-8% de los niños sufren algún tipo de abuso antes de los 18 años (Loinaz et al., 2019; Pineda et al., 2023). Por lo tanto, podemos situar la prevalencia del ASI a nivel mundial de forma consistente entre el 10-20% de la población, con variaciones según la metodología del estudio, el país y la forma de conceptualizar el abuso.

Las estadísticas cobran sentido si entendemos que este tipo de maltrato suele quedar oculto y solo una parte de las víctimas recibe apoyo de algún profesional de la salud en algún momento de su vida (OMS, 2024), por lo que podríamos estimar una prevalencia mayor y un impacto psicológico muy extendido en la población. Por ejemplo, en Estados Unidos el 25% de las víctimas denuncian la agresión (Miles et al., 2024) mientras que solo un 15% en España (Ubrich et al., 2017). Todos estos datos nos ayudan a acercarnos de este modo al abuso sexual como un fenómeno altamente frecuente, infradetectado y universal, con consecuencias persistentes en la vida adulta (Ehring et al., 2014; Fávero et al., 2022; Molero-Zafra et al., 2024) y cuya magnitud real probablemente supere las cifras mostradas (Stoltenborgh et al., 2011) debido a las dificultades para su revelación (Tamés y Bueno-Guerra, 2025).

## **1.2 Tipos de agresión sexual en la infancia según el agresor**

### **1.2.1 Agresión sexual intrafamiliar**

El abuso sexual infantil se puede conceptualizar de dos formas (según su tipo de agresor) en abuso sexual intrafamiliar o extrafamiliar (Echeburúa y de Corral, 2006). El primero es más frecuente en niñas y la edad se fija en torno a los 7-8 años<sup>2</sup>, al contrario que

---

<sup>2</sup> Los datos procedentes del informe “Por una justicia a la altura de la infancia” (Save the Children, 2023) se basan en el análisis de sentencias judiciales y ofrecen una estimación global de la edad media de inicio del abuso sexual infantil, sin distinción entre un abuso intrafamiliar y extrafamiliar. Por el contrario, la propuesta de Echeburúa y de Corral (2006) distingue según el tipo de relación víctima-agresor, permitiendo identificar diferencias en la edad de inicio y el sexo de las víctimas según la tipología del abuso. Estas divergencias responden a criterios metodológicos y analíticos distintos y no implican una contradicción entre los datos, ni alteran la magnitud ni la

en el segundo, donde la prevalencia recae en los niños, una edad más tardía, entre los 11-12 años (Sánchez-Meca et al., 2011). Otros estudios concluyen que los dos tipos de agresión sexual son igualmente dañinos, con consecuencias psicológicas persistentes (Loinaz et al., 2019). Sin embargo, parece prevalente que cuando el abuso ocurre a una edad muy temprana, está asociado al contacto genital con amenazas y el abusador suele ser el padre/padrastro o algún otro miembro familiar, la agresión sexual es de carácter intrafamiliar. En estos casos, las consecuencias tienden a ser más graves y crónicas (Echeburúa y de Corral, 2006; Fávero et al., 2022; Fisher y McDonald, 1998; Magalhães et al., 2009), presentándose con frecuencia sin un daño físico evidente, o lo que es lo mismo, físicamente menos intrusivas; y manifestándose principalmente a través de síntomas psicológicos variados, lo que dificultan su detección y diagnóstico (Núñez y Sánchez-Sandoval, 2024).

Como este fenómeno se produce en contextos de privacidad e intimidad entre el adulto y el menor, a este último le va a resultar muy difícil el acceso a una red de apoyo con la que poder comunicar lo sucedido. La vergüenza, la culpa, el asco o el odio (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011; Guerrero, 2024; Tamés y Bueno-Guerra, 2025) son emociones clave presentes en esta población. La represión de estas emociones tan intensas puede generar el desarrollo de cuadros psicopatológicos en la edad adulta (Real-López et al., 2023; Rodríguez-López et al., 2012; Taylor y Harvey, 2010). Otros autores proponen una clasificación de cinco dimensiones principales relacionadas con las consecuencias psicológicas asociadas a la experiencia de abuso: emocional, relacional, funcional, sexual y de adaptación (Fávero et al., 2022). Entre todas ellas se encuentra sintomatología de depresión, ansiedad, estrés postraumático, problemas sexuales, abuso de sustancias y trastornos de personalidad (Taylor y Harvey, 2010). La mayoría de las personas víctimas de agresión sexual en la infancia pueden presentar estos síntomas, en menor o mayor medida (Pineda et al., 2023).

Tamés y Bueno-Guerra (2025) mencionan lo complejo de este fenómeno en cuanto a la revelación del abuso y sus complicaciones a nivel social y relacional (Grosz et al., 2000). El estigma social no solo recae en el agresor, sino también en la víctima, es decir, estigmatización secundaria (Echeburúa y de Corral, 2006). Además, el silencio de no revelar lo sucedido por parte de la víctima dificulta recibir un tratamiento terapéutico temprano (Fávero et al., 2022; Grosz et al., 2000; Rull y Pereda, 2011) siendo especialmente difícil en el caso de agresión intrafamiliar, donde hay más problemas con la revelación, retrasándose frente al inicio del abuso (Loinaz et al., 2019; Magalhães et al., 2009), lo que hace que la

agresión se prolongue en el tiempo (Fischer y McDonald, 1998). Como terapeutas, es fundamental detectar a tiempo la dinámica relacional que ha condicionado a la víctima durante tanto tiempo, comprendiendo el impacto que esto puede tener en una situación de tanta indefensión, evitando así caer en interpretaciones que los culpabilicen por haber permanecido en ese tipo de relación con el agresor (Tamés y Bueno-Guerra, 2025).

En cuanto a la comunicación, se producen mensajes que se transmiten en registros contradictorios, confusos y ambivalentes (Rodríguez-López et al., 2012; Núñez y Sánchez-Sandoval, 2024), dificultando descodificar de manera coherente lo que está sucediendo. Esta ruptura del registro comunicacional, sumada a los cambios de autoridad/compasión que produce el agresor intrafamiliar, generan una relación de dependencia y manipulación emocional (Echeburúa y de Corral, 2006; Sánchez-Meca et al., 2011). Además, la ausencia (en algunos casos) de manifestaciones visibles de violencia física (Fávero et al., 2022; Fischer y McDonald, 1998) contribuye a que el abuso pase más desapercibido, dificultando la divulgación por parte de la víctima y su detección por parte de un tercero (Magalhães et al., 2009). A partir de aquí, entre otras acciones, el agresor impone al niño un sistema de creencias basados en la conformidad “todo los padres hacen esto” o de culpabilidad “vas a ser el culpable del sufrimiento de la familia” (Rodríguez-López et al., 2012), conformándose y culpabilizándose así mismo de la situación (Tamés y Bueno-Guerra, 2025).

Es evidente la necesidad de visibilizar el abuso sexual, pero sin caer en el error de que la víctima convierta el abuso en el eje identitario de su vida (Tamés y Bueno-Guerra, 2025). La otra cara en la revelación del abuso sexual produce victimización, recibiendo respuestas de minimización, culpabilización o incluso indiferencia (Miles et al., 2024). Esto refuerza que la persona silencie lo ocurrido, sobre todo si los comentarios negativos recibidos han sido realizados por parte de miembros de la familia (Grosz et al., 2000; Loinaz et al., 2019; Rull y Pereda, 2011), ya que se tiende a establecer la ley del silencio para mantener la apariencia de normalidad en la familia (Guerrero, 2024), justificando la conducta del agresor y garantizando la supervivencia y el “status quo” familiar (Echeburúa y de Corral, 2006). Esta postura genera en la víctima una creencia de que solo de él/ella depende el bienestar y cohesión familiar, se convierta en la salvadora de la familia, obligada a mantener esta situación en pos de la supervivencia (no solo familiar, sino vincular) ya que de ello depende que se mantengan los lazos relacionales, aspecto fundamental en la psique del infante (Fischer y McDonald, 1998; Taylor y Harvey, 2010). Además, al niño abusado se le confiere una responsabilidad atípica para su edad, cargándole con el peso y la responsabilidad del abuso (Echeburúa y de Corral, 2006; Fávero et al., 2022; Real-López et al., 2023).

### 1.2.2 Agresión sexual extrafamiliar

La cantidad de literatura científica encontrada de agresión intrafamiliar denota la especial necesidad de atención para abordar de manera clínicamente correcta estos casos, debido a las consecuencias y los daños que generan en la víctima. Como comentábamos en el apartado anterior, los estudios que analizaron el abuso intrafamiliar se centraban en la importancia de detectar a tiempo y proteger a la víctima del abuso lo antes posible, debido a la dificultad de revelación y al ocultamiento y perpetración del silencio en la familia. Sin embargo, el abuso sexual extrafamiliar se caracteriza por aspectos diferentes. En este último, aunque la prevalencia sea menor (Real-López et al., 2023; Loinaz et al., 2019; Fávero et al., 2022; Echeburúa y de Corral, 2006) o se haya considerado menos grave que el intrafamiliar (Fisher y McDonald, 1998), la literatura muestra que no es clínicamente trivial, y que también se precisa atender el malestar emocional experimentado tras el evento (García-Peña y Peña-Londoño, 2018).

Este tipo concreto de agresión, cualitativamente diferente a los casos de agresión intrafamiliar, difieren en la posición que ocupa el perpetrador en la vida de la víctima. En estos casos, el agresor es una persona externa al sistema familiar del menor, pudiendo ser alguien relacionado con la víctima, como profesores (Fischer y McDonald, 1998), entrenadores, monitores (Echeburúa y de Corral, 2006), amigos de la familia, vecinos, personas cercanas a los familiares (Echeburúa y de Corral, 2006) o incluso desconocidos (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021). Aunque entre un 65-75% de los agresores extrafamiliares suelen ser conocidos (Magalhães et al., 2009; Loinaz et al., 2019), cometiéndose fuera del hogar de la víctima (p. ej. en la calle, el parque o un portal).

La agresión extrafamiliar suele ser más breve en el tiempo pero más violenta física y verbalmente que la intrafamiliar (Fischer y McDonald, 1998; Magalhães et al., 2009) ya que no mantiene una proximidad emocional tan directa entre la víctima y el abusador, ni se encuentra en un estado de confusión y manipulación tan extrema como en los casos intrafamiliares (Echeburúa y de Corral, 2006). Además, suele revelarse más rápido<sup>3</sup>, iniciándose en edades ligeramente más avanzadas que el intrafamiliar (entre 8-14 años) y destacando la mayor presencia de discapacidad intelectual en las víctimas (Loinaz et al., 2019). En cuanto a las diferencias según el sexo de la víctima, Fischer y McDonald (1998)

---

<sup>3</sup> Diversos estudios (Fisher y McDdonald, 1998; Magalhães et al., 2009) señalan que el abuso sexual extrafamiliar representa un porcentaje ligeramente mayor de casos denunciados en comparación con el intrafamiliar. Esta diferencia podría explicarse en parte porque la revelación tiene menor carga emocional sobre la desestructuración de la familia, lo que lleva a que exista una mayor visibilidad y detección, mientras que el abuso intrafamiliar permanece más tiempo oculto.

encontraron que los hombres tenían más probabilidades que las mujeres de ser agredidos sexualmente por desconocidos, así como que las niñas eran más susceptibles al incesto o a ser abusadas por cuidadores directos (es decir, abuso intrafamiliar) que los niños.

En el abuso sexual extrafamiliar, la revelación se produce antes que en el intrafamiliar (Fischer y McDonald, 1998; Grosz et al., 2020; Magalhães et al., 2009; Tamés y Bueno-Guerra, 2025; Loinaz et al., 2019), facilitado por una menor traición del vínculo con la persona, una menor ambivalencia afectiva con el agresor que no genera la misma atadura relacional vista en el intrafamiliar (Echeburúa y de Corral, 2006; Taylor y Harvey, 2010). Otros autores señalan como factor de protección y predictores de recuperación la reacción de la familia tras la revelación (Grosz et al., 2000; Rull y Pereda, 2011). El apoyo, la credibilidad y protección a la víctima tras revelar lo sucedido reduce significativamente la sintomatología (Echeburúa y de Corral, 2006; Tamés y Bueno-Guerra, 2025). Por el contrario, negar o minimizar lo sucedido, puede empeorar el pronóstico (Miles et al., 2024). Otra de las estrategias consideradas para la reparación y elaboración del trauma en abuso sexual es el perdón, planteado no como una obligación de aceptar y olvidar lo sucedido, sino como un proceso que contribuya a reducir el malestar emocional, ayudando a los supervivientes a liberarse del dolor e incluso sentirse empoderados (Tamés y Bueno-Guerra, 2025). A nivel terapéutico, se ha visto que el perdón muestra beneficios en la reestructuración emocional y cognitiva del evento traumático (Echeburúa y Amor, 2019) siempre y cuando surja de manera voluntaria y en un momento adecuado dentro del proceso.

En cuanto a las consecuencias clínicas asociadas al abuso extrafamiliar, de igual manera que sucedía con las agresiones intrafamiliares, no existe un “síndrome específico” para cuando se produce este fenómeno. Sin embargo, sí encontramos un aumento global del riesgo psicopatológico (Echeburúa y de Corral, 2006; Ehring et al., 2014; Fávero et al., 2022; Taylor y Harvey, 2010), asociado a cuadros ansioso-depresivos, TEPT, problemas de regulación emocional, conductas evitativas y dificultades en el funcionamiento interpersonal y sexual. Estos problemas relacionales resaltan la necesidad de implementar estrategias específicas en el tratamiento psicológico de las víctimas de agresión sexual en la infancia, dependiendo de su relación con el agresor y del entorno en el que ocurrió el abuso (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011; Grosz et al., 2000; Loinaz et al., 2019).

### **1.3 Sintomatología y tratamientos asociados al abuso sexual**

Diversos factores influyen en la aparición de la sintomatología (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021) como el perfil individual de la víctima, las características del acto

abusivo, la relación entre víctima y agresor, así como el propio proceso de revelación del abuso (Tamés y Bueno-Guerra, 2025). El resultado es un ocultamiento del suceso, que se perpetúa y se silencia hasta llegado la edad adulta. No podemos concluir que exista una relación directa causal entre haber vivido una experiencia de abuso en la infancia y el desarrollo de psicopatología (Real-López et al., 2023). Aunque Maniglio (2009) plantea que este fenómeno debe entenderse como un factor de riesgo general para la salud de la víctima (sin centrarse necesariamente en el diagnóstico de trastornos mentales concretos), diversos autores señalan que sí constituye un factor de riesgo para el desarrollo de una amplia variedad de trastornos psicológicos (Fávero et al., 2022; Wagenmans et al., 2018; Rodríguez-López et al., 2012; Taylor y Harvey, 2010).

Las personas adultas víctimas de agresión sexual en la infancia presentan una predisposición mayor a sufrir trastornos asociados a la experiencia traumática, tales como el TEPT<sup>4</sup> (Trastorno de Estrés Postraumático), los trastornos del estado de ánimo (como la depresión), trastorno de ansiedad generalizada, trastornos de personalidad, comportamientos e ideaciones suicidas, consumo de sustancias (Hailes et al., 2019), alteraciones sexuales, problemas de salud física como el dolor crónico, problemas gastrointestinales y cardiorrespiratorios (Miles et al., 2024), alteraciones del sueño, trastornos de alimentación (Fávero et al., 2022; Núñez y Sánchez-Sandoval, 2024). Sin embargo, más allá del TEPT (trastorno que aparece de manera casi directa ante la experiencia de haber sufrido una agresión sexual en la infancia) encontramos sintomatología variada asociada al abuso sexual, en ellas observamos dificultades en la regulación emocional, problemas interpersonales, comportamientos impulsivos, altos niveles de disociación, problemas relacionados con sustancias o síntomas somáticos (Ehring et al., 2014; Núñez y Sánchez-Sandoval, 2024) entre otros muchos. Los múltiples trastornos y síntomas vinculados al abuso nos advierten de la complejidad de este fenómeno en la clínica, debido a la variedad de formas que presenta su manifestación.

Esta sintomatología ha sido el foco de tratamiento para la intervención en víctimas de agresión sexual en la infancia, de los cuales hablaremos en profundidad más adelante. No obstante, la literatura recoge un debate pertinente sobre la idoneidad de los tratamientos centrados en el trauma para personas con TEPT que presentan altos niveles de complejidad

---

<sup>4</sup> La sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático en personas adultas víctimas de agresión sexual en la infancia puede manifestarse de diversas maneras; a través de intrusiones, evitación, hiperactivación o alteraciones del estado de ánimo. En ocasiones, la causa del trauma puede pasar desapercibida, por lo que el terapeuta ha de mantener una mirada clínica sensible que le permita identificar estas manifestaciones sin atribuirles erróneamente a otros factores.

sintomática<sup>5</sup>, como les sucede a las víctimas de agresión sexual en la infancia. Si bien los metaanálisis muestran que los enfoques psicoterapéuticos centrados en el trauma tienen un efecto positivo en la reducción de síntomas y la mejora del funcionamiento (Taylor y Harvey, 2010), algunos autores subrayan la cautelosa necesidad de evaluar su implementación (especificado para pacientes con TEPT), ya que se corre el riesgo de exacerbar los síntomas y provocar una reexperimentación del evento traumático (Ehring et al., 2014). Por lo tanto, aconsejan también el uso de tratamientos no centrados en el trauma, incidiendo en la seguridad, afrontamiento y manejo de la ansiedad de la persona.

Los enfoques psicoterapéuticos que han sido investigados para intervenir en personas adultas víctimas de agresión sexual en la infancia provienen de diversos modelos psicológicos diferentes (Sánchez-Meca et al., 2011). En este mismo metaanálisis, se evaluaron la eficacia de varias técnicas para la intervención en niños y adolescentes según la corriente terapéutica, a continuación mencionaremos los tratamientos incluidos en cada uno de los modelos<sup>6</sup>: desde el psicodinámico, se llevaron a cabo programas basados en el psicodrama, la terapia lúdica y del juego; desde el modelo humanista, se implantaron técnicas basadas en la terapia centrada en el cliente, con el objetivo de potenciar la autoconciencia y la autosuficiencia del niño; en el modelo sistémico aplicaron programas de apoyo al niño y a la familia ofreciendo los Servicios de Protección Infantil y Familiar. Sin embargo, los mejores resultados se encontraron al combinar las terapias cognitivo-conductuales (TCC) con terapia de juego y de apoyo, especialmente cuando se incluye la implicación familiar (Grosz et al., 2000).

A lo largo de estas últimas décadas se ha podido comprobar que los tratamientos que muestran mayor evidencia empírica para abordar estos casos son la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-TF) y el EMDR (Ehring et al., 2014; Fávero et al., 2022; Miles et al., 2024; Molero-Zafra et al., 2024; Núñez y Sánchez-Sandoval, 2024). Tanto la TCC-TF como el EMDR comparten un mismo objetivo: procesar e integrar los recuerdos traumáticos para reducir el impacto emocional, cognitivo y fisiológico. Por un lado, la TCC-

---

<sup>5</sup> El debate no se centra en señalar si los tratamientos centrados en el trauma son eficaces en sí mismos, sino poder valorar su adecuación temporal y clínica en personas con elevada sintomatología. Diversos autores recomiendan una secuenciación del tratamiento que incluya fases iniciales de estabilización antes del abordaje directo del trauma, valorando previamente el nivel de regulación emocional, disociación y sensación de seguridad del paciente (Ehring et al., 2014; Núñez y Sánchez-Sandoval, 2024).

<sup>6</sup> Los programas psicodinámicos incluyen intervenciones como el psicodrama y la terapia lúdica, orientadas a la expresión simbólica de las vivencias traumáticas y a la elaboración emocional a través del juego. Desde el enfoque humanista, la terapia centrada en el cliente busca potenciar la autoconciencia, autoaceptación y autosuficiencia del menor mediante una relación terapéutica empática y no directiva. Los modelos sistémicos por su parte incorporan intervenciones familiares y programas de apoyo centrados en la reorganización del sistema relacional y el fortalecimiento del entorno protector.

TF se basa en herramientas como la psicoeducación, regulación emocional, exposición del recuerdo traumático y reestructuración de creencias disfuncionales como la culpa, la vergüenza o el miedo. Varios metaanálisis observaron una mejora consistente al aplicar esta técnica en síntomas nucleares de reexperimentación, evitación, hiperactivación (Ehring et al., 2024; Sánchez-Meca et al., 2011; Taylor y Harvey, 2010), así como mejoras en habilidades de afrontamiento, reducción de la rumiación y aumento en la sensación de control y autoeficacia (Molero-Zafra et al., 2024). Sin embargo, revisiones sistemáticas encontraron un menor impacto específico sobre la disociación (Núñez y Sánchez-Sandoval, 2024). Por otro lado, el EMDR está basado en un protocolo estructurado de ocho fases que combina la estimulación bilateral para facilitar el reprocesamiento del recuerdo y la instalación de cogniciones más adaptativas. En esta técnica también encontraron una reducción significativa de reexperimentación y evitación, así como una disminución del malestar traumático global (Ehring et al., 2014; Molero-Zafra et al., 2024). Además, estos mismos autores encontraron el punto diferencial<sup>7</sup> frente a la TCC-TF, al observar que el EMDR reduce significativamente los síntomas disociativos. Esto resulta especialmente relevante en aquellas víctimas supervivientes de abuso sexual infantil, ya que reduce la activación emocional asociada al evento, facilitando así una mejor integración emocional del recuerdo traumático (Molero-Zafra et al., 2024).

Fávero et al. (2022) realizó una revisión sistemática donde apunta los mismos tratamientos eficaces (TCC, DBT, EMDR) y señala otros a tener en cuenta, tales como la terapia sistémica, la terapia centrada en la compasión, terapia analítico-cognitiva, es decir, todas ellas se encuentran ubicadas en corrientes terapéuticas diferentes, pero obteniendo resultados positivos en la intervención con personas adultas víctimas de agresión sexual en la infancia. Más allá de los síntomas, Fávero et al. (2022) advierte la importancia de generar una mayor sensibilidad en los terapeutas; deben ser sensibles a la fuerza o fragilidad de cada paciente para saber si puede soportar la tensión utilizada de cada herramienta terapéutica y estar lo suficientemente formados para abordarlo de la mejor manera en sesión. La evidencia empírica no basta para explicar cómo se trabaja realmente en la clínica, destacando de nuevo la relevancia que toman la subjetividad del terapeuta en el abordaje de estas casuísticas. Nos hace esto pensar, como ya se ha venido haciendo décadas atrás, que merece la pena ir más allá de la técnica, encontrando que una parte sustancial del cambio terapéutico se explica por los factores comunes en la mayoría de las psicoterapias: la relación terapéutica, las

---

<sup>7</sup> Los resultados disponibles no apoyan la superioridad de una técnica frente a otra, sino la necesidad de ajustar la intervención al perfil sintomático del paciente. Siendo especialmente eficaz para los síntomas nucleares del TEPT la TCC-TF, y particularmente útil en casos con elevada sintomatología disociativa el EMDR.

expectativas del paciente y los recursos personales (Lambert, 2013). En definitiva, adentrarnos a explorar si hay temas comunes que las distintas corrientes están abordando en su práctica clínica, tratando los mismos temas aunque de forma diferente, pero llegando al mismo punto.

En la clínica veremos cómo los pacientes llegan con estados de disociación y negación, entendidos como mecanismos adaptativos que permitieron a la persona sobrevivir a la experiencia traumática (Tamés y Bueno-Guerra, 2025), pero que si se mantienen en el tiempo, pueden automatizarse en su día a día, dificultando la integración y elaboración del trauma (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011). Estas ideas nos recuerdan a lo que ya dejó escrito Freud (1915) en su tiempo, planteando que ciertos acontecimientos traumáticos infantiles quedan reprimidos (no accesibles, pero que influyen en la vida emocional y relacional del adulto) así como el impacto en su subjetividad adulta, incluso cuando el paciente tiene una dificultad en la simbolización de la experiencia traumática, es decir, no pudiendo poner palabras a lo vivido (Van Der Kolk, 2015). Todo esto nos señala la importancia de que los terapeutas consideren la posibilidad de que los pacientes hayan podido sufrir traumas infantiles (como el abuso sexual) aunque no se explicita en la terapia ni sea el motivo principal de consulta.

En definitiva, el abuso sexual es una experiencia universal que afecta a todas las culturas y clases sociales (Cantón-Cortés y Cortés, 2015), lo que nos avisa de una naturaleza de carácter idiosincrático que, con características comunes y similares, se convierte en un suceso único de experiencia vital para la persona (Rull y Pereda, 2011). De este modo, comprender las estrategias clínicas de toma de decisiones usadas por los terapeutas nos proporcionaría una guía de buenas prácticas para el abordaje de esta compleja casuística. Por lo tanto, el interés por este tema y el desarrollo de nuestro estudio se centra en obtener más información, no solo en los tratamientos que han sido validados empíricamente y que han demostrado que funcionan basándonos en la literatura, sino el de poder acercarnos más a la clínica en su contexto más natural posible, entendiendo mejor cómo los terapeutas abordan estos casos, cuáles son sus técnicas o intervenciones más exitosas. Cómo y de qué manera los terapeutas abordan el abuso en la práctica clínica son los interrogantes que nos hacen querer encontrar las estrategias más exitosas para ayudar entre todos a romper el silencio de un tema tan complejo y profundo como es el abuso sexual infantil.

## **2. MÉTODO**

Se llevó a cabo un estudio cualitativo con un diseño mixto, de tipo narrativo, con un enfoque temático y basado en entrevistas semiestructuradas. Seleccionamos este diseño porque nuestro objetivo era obtener una mayor comprensión desde el punto de vista de los terapeutas participantes (Green y Thorogood, 2006) abordando el abuso sexual dentro de sus experiencias y prácticas clínicas.

### **2.1 Objetivos del estudio**

Al tratarse de un estudio no experimental y transversal, permite profundizar en las experiencias subjetivas de los terapeutas, así como en los significados que atribuyen a su práctica clínica, favoreciendo una mayor comprensión del fenómeno objeto de estudio. El trabajo se centra en explorar y comprender la percepción, experiencia y práctica clínica de los/las terapeutas, con el objetivo de mejorar la atención terapéutica de adultos víctimas de agresión sexual en la infancia. De manera específica, el estudio busca describir los temas de abordaje común a las experiencias de abuso que transmiten las víctimas; explorando si el tipo de abuso (según la relación con el agresor) influye en la forma de intervenir; observando las dificultades, retos y necesidades que los terapeutas encuentran en su práctica clínica con esta población; analizando la formación, experiencia profesional e incluso si el contexto institucional en el que trabajan muestra diferencias; pudiendo así comprender la percepción de los terapeutas con el fin de crear una guía de buenas prácticas sobre aquellos factores que facilitan o dificultan el proceso terapéutico en estas intervenciones.

### **2.2 Participantes**

La muestra del estudio se compone de terapeutas pertenecientes a la Unidad Clínica de Psicología (UNINPSI) de la Universidad Pontificia Comillas, terapeutas de la fundación Vicki Bernadet, del centro de psicología ITEMA, así como un terapeuta que fue miembro de una entidad reconocida en Madrid de protección de los derechos de la infancia. La recogida de participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional y por bola de nieve. La participación y el acceso al estudio fue voluntaria, los terapeutas inicialmente respondieron a un cuestionario distribuido a través del correo electrónico institucional de la universidad, obteniendo así un total de 13 participantes en la fase inicial. Posteriormente, aquellos que accedieron a participar en la siguiente fase del estudio, en concreto 6 terapeutas, realizaron entrevistas individuales online.

Como criterios de inclusión, se establecieron los siguientes: ejercer actualmente como terapeuta; contar con una experiencia mínima de tres años en la intervención con personas adultas víctimas de agresión sexual en la infancia; y haber atendido al menos un caso clínico relacionado con esta problemática. Por un lado, para la primera fase de recogida de información (cuestionario online) obtuvimos un total de 13 participantes, de los cuales 6 accedieron a realizar las entrevistas. La muestra final en este segundo periodo del estudio se determinó atendiendo al criterio de saturación teórica, finalizando cuando la información recogida comenzó a repetirse y no aportaba información nueva, es decir, alcanzando un nivel de saturación en el cual ya no surgían nuevas perspectivas ni conocimientos de las entrevistas (Braun y Clarke, 2019).

### **2.3 Recogida de datos**

Recogimos datos en dos fases: la primera a través de un cuestionario que realizamos con la plataforma Microsoft Forms (ver Cuestionario de acercamiento a la experiencia clínica en 2.5 Instrumentos), donde los participantes podían acceder a darnos sus datos personales (nombre, apellidos y correo electrónico) para contactar con ellos/as y pasar a la segunda fase de recogida de información mediante entrevistas individuales semiestructuradas con cada terapeuta participante. Desarrollamos una guía de entrevistas (ver Guion de entrevista semiestructurada en 2.5 Instrumentos) con preguntas orientadas a las respuestas que los participantes habían aportado en las preguntas abiertas de reflexión del cuestionario. Las preguntas de la entrevista buscaban información sobre su experiencia actual con respecto a cuándo empezaron a trabajar con estos casos, técnicas y estrategias terapéuticas utilizadas, factores específicos según el tipo de agresión y cualquier barrera o dificultad durante las terapias. Al llevarse a cabo preguntas abiertas, permitió al participante incluir información adicional, que fue repitiéndose en posteriores entrevistas y nos ayudó a tener una visión de cuáles serían los temas para analizar, es decir, alcanzando el nivel de saturación óptimo, cuando ya no surgían nuevas perspectivas ni conocimientos de las entrevistas (Braun y Clarke, 2019). Cada entrevista duró aproximadamente 45-60 minutos grabada en audio y video a través de Microsoft Teams. Las fechas estipuladas para el comienzo de las entrevistas y la recogida de datos fueron entre los periodos de enero y marzo de 2026, finalizando hasta alcanzar dicha saturación de los datos. Dada la población relativamente homogénea de este estudio, ocurrió con un total de 6 terapeutas participantes.

## 2.4 Análisis de datos

Congruente con nuestro diseño cualitativo mixto, el análisis de datos se realizó mediante análisis temático (Braun y Clarke, 2006). Dicho análisis incluyó primero familiarizarnos con los datos obtenidos (tanto en el cuestionario como en las entrevistas), revisar la información de la transcripción que Microsoft OneDrive generó de las entrevistas, para subir posteriormente los documentos de cada entrevista en el programa de gestión de datos cualitativos *Taguette* (Rampin et al., 2019). Para representar lo más fielmente posible los datos aportados por los participantes en sus entrevistas, revisamos y corregimos manualmente la transcripción generada, hecho que nos ayudó en su posterior análisis. Después, registramos en un documento los temas que vimos más importantes, para tener una visión global de los conceptos o palabras claves que coincidían de cada entrevista. Definimos cada tema usando los datos de las transcripciones de las entrevistas, asegurándonos de que los temas estuvieran bien enfocados para que no se solaparan entre ellos. Tras identificar los temas, los revisamos y comparamos con la literatura previa y el marco teórico escogido, para asegurarnos de que los datos extraídos de las entrevistas fueran significativos y estuvieran conectados con la investigación existente, llegando o no a las mismas conclusiones.

## 2.5 Instrumentos

Se elaboró un *cuestionario de acercamiento a la experiencia clínica*, administrado a través de la plataforma Microsoft Forms (ver Anexo), con el fin de recoger de manera preliminar información sobre los terapeutas y su experiencia clínica previa, facilitando la selección para la fase cualitativa del estudio, es decir, las posteriores entrevistas. Además, se utilizó un guion<sup>8</sup> de entrevista semiestructurada elaborado *ad hoc* (ver Anexo), compuesto por bloques temáticos y preguntas abiertas, alineadas con la búsqueda previa de literatura, con el fin de explorar: formación profesional, para contextualizar la experiencia del terapeuta; el abordaje terapéutico, debido a la diversidad de enfoques existentes que trabajan el abuso; las características de la demanda y su revelación, ya que conecta con la idea de que el abuso rara vez aparece como motivo principal de consulta; las diferencias según el agresor, directamente vinculada con las categorías introducidas anteriormente y su impacto diferencial; así como los retos, dificultades y facilitadores en el proceso terapéutico.

---

<sup>8</sup> Dicho guion mantuvo un carácter orientativo y flexible, permitiendo adaptar el orden y formulación de las preguntas en función del discurso del entrevistado, respetando siempre los objetivos del estudio y los principios éticos de la investigación, así como el bienestar del participante.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1 Análisis descriptivo de la muestra

##### 3.1.1 Datos de los terapeutas participantes

La muestra estuvo compuesta por 13 terapeutas (11 mujeres, 2 hombres) de los cuales más de la mitad (n=8) contaba con más de 15 años de experiencia profesional (M=20; DT=11,34; 6-44) trabajando con casos de agresión sexual en la infancia. En cuanto al volumen de casos atendidos, se observó una variabilidad notable entre los participantes. Tras la categorización en niveles de exposición clínica, 4 terapeutas presentaban exposición baja (1-5 casos); 5 una exposición media (6-20 casos); y 3 una exposición alta (>20 casos). Destacar además el repunte de un/a terapeuta que señaló haber visto más de 50 casos. Las respuestas mostraron gran variabilidad, con profesionales de la salud mental (n=4) que comenzaron a trabajar con esta población hace 2-6 años, mientras que hubo 2 terapeutas que señalaron llevar más de 36 años de experiencia (M=16, 38 años; DT=11,83; rango 2-36).

Sobre la corriente teórica y el enfoque de trabajo, los profesionales seleccionaron una gran variedad de enfoques terapéuticos<sup>9</sup>. La mayor parte de los terapeutas se identificaron con un enfoque ecléctico o integrador (30,8%) habiendo un psicodinámico ecléctico, dos sistémicos eclécticos y un participante que se consideraba únicamente integrativo. Esta diversidad de enfoques es coherente con la literatura que resalta las intervenciones eclécticas que integran distintos modelos terapéuticos (Fávero et al., 2022), así como la evidencia que señala Sánchez-Meca et al. (2011) sobre una mayor eficacia de los tratamientos combinados. En segundo lugar, el análisis de conducta fue la orientación más frecuente (23,1%), seguido de los enfoques sistémico/familiar y psicodinámico (15,4% en ambos casos), y en menor proporción la corriente cognitivo-conductual y el enfoque-humanista centrado en la terapia focalizada en la emoción (7,7% en ambos casos). En cuanto al perfil profesional, 5 terapeutas se consideran principalmente especialistas en trauma (38,5%), mismo número que afirmaba atender casos de trauma de manera ocasional; sin olvidar los 3 terapeutas que se mostraron generalistas<sup>10</sup> (23,1%). Esta distribución equilibrada nos muestra que el abordaje no está limitado exclusivamente a terapeutas especializados, sino que también pueden formar parte de la práctica clínica habitual en terapeutas con una dedicación menor o parcial en este tipo de problemáticas (Fávero et al., 2022).

---

<sup>9</sup> Algunos participantes señalaron identificarse con más de una orientación teórica distinta, ya que el cuestionario permitía la selección múltiple.

<sup>10</sup> Se consideró la opción de terapeuta generalista como aquel que ha atendido casos de agresión sexual pero sin llegar a considerarse experto en el campo.

Respecto a las preguntas sobre formación, un 69% de los participantes refiere haber recibido algún tipo de formación específica en intervención con adultos víctimas de agresión sexual en la infancia. La mayoría (n=8) ha accedido a una formación formal a través de másteres, cursos impartidos por asociaciones o fundaciones. En menor medida (n=1) han desarrollado una formación de carácter autodidacta o informal, basada principalmente en la lectura de manuales. Por otro lado, sobre la pregunta de haber ejercido/recibido formación en tratamientos centrados en el trauma, un 46% de los terapeutas afirma haberse formado en tratamientos sistémicos, conductuales, experienciales, EMDR y trauma. Acerca de las preguntas de supervisión, aproximadamente un 54% de profesionales señala haber recibido o ejercido supervisión a lo largo de su carrera de manera relativamente regular (23% supervisan quincenal y 28,6% mensual, quedando otro 28,6 sin especificar su frecuencia).

Finalmente, en relación con las prácticas clínicas reportadas mediante escalas tipo Likert<sup>11</sup> a modo de autoevaluación de su práctica profesional, mostraron un nivel moderado de intervenciones específicas centradas en el trauma (M=3,38; DT=1,26; rango 1-4). En contraste, sorprende la ausencia del uso de protocolos, es decir, una menor adherencia al seguimiento de guías institucionales (M=2,31; DT=0,86; rango 1-4). Un recurso poco utilizado por estos terapeutas, lo que nos sugiere una práctica clínica relativamente flexible y menos guiada por manuales estandarizados. Sin embargo, existe un alto grado de acuerdo entre los participantes en considerar relevante la existencia de factores comunes en la experiencia terapéutica de los pacientes adultos víctimas de agresión sexual en la infancia (M=4,31; DT=0,63; rango 3-5). Esto apunta a una visión compartida en la presencia de ciertos núcleos o aspectos recurrentes en estos procesos de terapia (Molero-Zafra et al., 2024), independientemente de las características individuales de cada paciente (Tamés y Bueno-Guerra, 2025) y de la corriente terapéutica de los profesionales.

### 3.1.2 Datos de las víctimas de agresión sexual en la infancia

En relación con las características de las personas adultas víctimas de agresión sexual en la infancia que atendieron los terapeutas, mencionan que han atendido en consulta mayoritariamente mujeres (84,6%), aunque algunos señalaron la presencia de hombres en menor proporción (15,4%). Con respecto al tipo de agresión recibida (intrafamiliar o extrafamiliar) los terapeutas indicaron que una proporción considerable de las situaciones de abuso corresponden a una agresión de tipo intrafamiliar (estimando que aproximadamente

---

<sup>11</sup> Los ítems fueron codificados en una escala donde los valores más altos indican mayor grado de acuerdo o frecuencia (1 = nada/nunca; 5 = mucho/siempre). No fue necesaria la recodificación inversa, dado que todos los ítems estaban formulados en sentido directo.

el 62,2% de los casos atendidos son intrafamiliares) frente al 37,8% de agresiones extrafamiliares, datos que concuerdan con la literatura previa existente (Real-López et al., 2023; Loinaz et al., 2019; Fávero et al., 2022; Echeburúa y de Corral, 2006). Es importante destacar la presencia de datos *outliers* que se alejan significativamente del resto de datos conjuntos, con 2 participantes que señalan un 0% o un 100% de los casos (siendo 0% los casos intrafamiliares y 100% los extrafamiliares, y viceversa). Estas diferencias estructurales en sus prácticas clínicas nos podrían estar indicando que dichos terapeutas atienden poblaciones específicas (por ejemplo en asociaciones especializadas en abuso intrafamiliar), o que sus años de experiencia les impide haber atendido muchos más pacientes (por ejemplo una de ellas lleva solo 2 años atendiendo esta población). Como apunte metodológico, los resultados muestran una elevada dispersión en ambas variables (intrafamiliar vs extrafamiliar) con una DT del 27,48 en agresiones intrafamiliares, frente al 29,68 en extrafamiliares. Esto indica una notable heterogeneidad en la casuística clínica que atienden los terapeutas participantes. La tendencia central indica predominancia del abuso intrafamiliar en la atención de estos terapeutas, pudiendo coexistir con trayectorias clínicas muy diversas.

En cuanto al motivo de consulta, los resultados descriptivos sugieren que rara vez es la agresión el motivo de consulta de los pacientes, indicando solo dos terapeutas (15,4%) que el abuso fue el motivo explícito por el que buscaban ayuda psicológica. Cabe destacar que el/la terapeuta que declaró el abuso sexual como motivo principal proviene de una entidad especializada en la intervención con personas adultas víctimas de agresión sexual en la infancia. Por su contrario, observamos que la mayoría de los terapeutas señalaron que emerge en el proceso terapéutico, bien porque el paciente es el que lo revela (7 señala esta opción, es decir, un 53,8%), o porque es el propio terapeuta el que le devuelve su hipótesis en la exploración clínica (30,8% con 4 respuestas). Dichos datos concuerdan con lo que previamente recoge la literatura sobre la revelación tardía del abuso (Alaggia et al., 2019; Loinaz et al., 2019; Magalhães et al., 2009; Tamés y Bueno-Guerra, 2025).

### **3.2 Análisis cualitativo de las entrevistas**

El análisis temático permitió identificar 4 temas principales de los cuales extraemos un total de 15 subtemas, que reflejan aspectos dentro de la agresión sexual en la infancia como la revelación del abuso, el impacto psicológico y emocional, el espacio terapéutico, el contexto sociocultural y las diferencias según el tipo de agresor. Atendiendo a la agresión desde una mirada global y holística, así como personalizada e individualizada de la persona.

### 3.2.1 Revelación del abuso

La decisión de revelarlo emerge progresivamente, en un proceso condicionado por el temor a no ser comprendido, a romper la familia, la revictimización social o la falta de consecuencias legales hacia el agresor. El tipo de reacción y apoyo recibido por parte su entorno familiar será clave, así como la exposición de estímulos que puedan desencadenar una reexperimentación de la agresión.

#### ***Motivo de consulta***

Casi todos los terapeutas (n=5) señalaron que el abuso rara vez es el motivo principal de consulta, es decir, casi nunca se pronuncia el paciente de manera explícita, sino que la revelación es un proceso gradual, tardío y frecuentemente iniciado por el terapeuta (S3: *“El terapeuta tiene que ser bastante hábil en decirlo (...) poder acercarnos de una manera amable”*). Los pacientes llegan a consulta refiriendo otros asuntos de su vida que rara vez suelen estar relacionados, al menos en un inicio, con la agresión sexual vivida en la infancia (S6: *“En un 90-95% de los casos, su motivo de consulta nunca fue el abuso sexual”*). El abuso emerge con el tiempo (S3: *“Hay algo que quieren contar, pero no saben cómo expresarlo, no saben cómo decirlo”*). Además, la terapia suele ser para estas personas el primer espacio seguro donde poder revelar el abuso (S2: *“Por fin hay un lugar donde estoy más tranquila para contarlo”*).

#### ***Nombrar el abuso***

Algunos pacientes no han puesto palabras al abuso nunca (S3: *“En algunos casos, por ejemplo, las personas no podían ponerlo en palabras”*). Algunos de ellos porque no lo habían vivido como tal (S2: *“Quizás hay personas que lo han mantenido en secreto tanto tiempo que nunca han usado la palabra abuso para sí mismas o para otras personas”*). En ocasiones, varios casos descritos por los terapeutas mencionan la posibilidad de comunicarlo por escrito antes de poder verbalizarlo (S2 y S3: *“Hubo una persona que lo tuvo que escribir para dármele por escrito y que lo pudiera leer porque no lo podía decir en palabras”*). Como terapeutas, escuchar previamente cómo los pacientes definen su experiencia es fundamental, ya que una intervención apresurada del abuso puede resultar contraproducente (S5: *“Pueden sentir que no estás entendiendo nada si lo llamas agresión, o que lo estás exagerando”*). Otras veces, son los pacientes los que necesitan que nosotros le pongamos la palabra abuso a lo que les sucedió (S4: *“Me dio a entender que era muchísimo más útil ponerle nombre porque ella se estaba autoinvalidando un montón”*).

### ***Reacción de la familia***

La respuesta del entorno familiar ante la revelación es un factor determinante. Una respuesta adecuada puede ser protectora; una respuesta invalidante puede ser incluso más dañino que el propio abuso (S3: *“Muchas veces, esta segunda experiencia la sienten más grave ante una autoridad que no responde que incluso el propio abuso”*). En muchos casos la familia tendió al ocultamiento (S3: *“Me dijeron que me callara, que eso no lo podía decir”*), como una madre a su hija, la cual había sido abusada por su hermano (S6: *“Bueno, borrón y cuenta nueva, borrón y cuenta nueva, esto no tiene importancia”*) o directamente no creer a la víctima (S1: *“De qué sirve que la hija denuncie a su abuelo si su madre no la cree”*). Todas estas respuestas invalidantes del entorno (S6: *“Pero si veo que estás trabajando, te casaste y tuviste pareja, no entiendo qué problema tienes”*) generan un proceso de revictimización (S6: *“Me van a señalar en el trabajo, mi grupo de amistades me va a ver como algo raro”*) que obstaculizan la posibilidad de revelación futura.

### ***Reactivadores del trauma***

Varios terapeutas afirmaron presenciar un aumento desmesurado de revelación de agresiones sexuales en la infancia. Por un lado, tras haber vivido confinados durante meses debido a la pandemia de la Covid-19 (S2: *“Desde pandemia en adelante, empezamos a recibir muchísimos casos”*, S5: *“Después del confinamiento hubo una explosión de casos de abuso que estaban reprimidos”*); por el movimiento #MeToo (S3: *“Coincidió con todo el tema del Me Too en esa época (...) hubo un boom de estar hablando más del abuso”*), desde una exposición vicaria (S6: *“Entonces vi una película y hubo algo que me movió por dentro”*, S3: *“Ver un suceso en otra persona o en televisión y sentir que podría haber sido yo”*); incluso en presencia de niños con la misma edad a la que sufrieron el abuso (S5: *“Te llaman por haber sufrido abuso de su abuelo y ahora tienen un hijo con la misma edad que pasó el abuso”*, *“Atendiendo a los padres de una víctima, un día la madre conectó con su propia historia y dice: me estoy dando cuenta que yo también fui abusada”*).

### **3.2.2 Espacio terapéutico**

La relación terapéutica como condición necesaria e imprescindible en el trabajo con los pacientes en psicoterapia. Las características individuales del terapeuta se ponen en juego en la relación con el paciente, así como la previa formación y supervisión de los casos. El análisis personal será determinante para favorecer y no contaminar el proceso terapéutico de las víctimas.

### ***Actitud del terapeuta***

El posicionamiento del terapeuta es un tema abordado por la mayoría de los terapeutas entrevistados, enfatizando cada uno aspectos comunes a su práctica clínica, como la seguridad fisiológica (S3: *“Sentir que si me envuelvo en algo que nunca he dicho, el terapeuta y el espacio tienen las capacidades para regularme”*); la congruencia del terapeuta entre lo que se dice y se hace (S2: *“No puedo decir que esto es importante y luego olvidarme del tema”, “Si veo que tú como terapeuta no te asustas, ya estás actuando de una manera diferente a lo que ha hecho el resto del contexto”*) y otras muchas actitudes terapéuticas (S2: *“Preguntar, siempre preguntar y no presuponer”*; S1: *“Sobre todo con muchísimo respeto, sin forzar, ni cuestionar, porque si no se rompe el vínculo”* y S3: *“Como terapeutas acompañar todas esas emociones y aguantar los retrocesos como parte del proceso (...) es fundamental ir generando una sensación de calidez y compasión (...) también todas estas variables de relación, de no sentirse juzgada, sentirse incondicionalmente respetada en sus emociones y sensaciones”*).

### ***Ritmos del paciente***

Posiblemente nos encontramos ante uno de los temas más nombrados a lo largo de las entrevistas. Los terapeutas dejaron muy claro que el proceso terapéutico debe adaptarse al ritmo de cada persona (S1: *“El proceso lo marca el paciente”*, S2: *“el ritmo va a tener que ser muy ajustado a cada persona”* y S3: *“otra variable que sería muy importante es ir al ritmo que va marcando el paciente”*). Forzar la intervención puede resultar retraumatizante. El control del proceso ante la revelación y el abordaje del abuso ha de recaer en el paciente (S5: *“dejar la puerta entreabierto a contarlo, prefiero que sean ellos los que vayan entrando cuando lo vayan necesitando”*) y sin apoderarnos del tiempo de sesión (S4: *“Esto no lo conté con mi anterior psicólogo porque no había espacio para hablar de ello”*).

### ***Terapia personal***

Todos los entrevistados subrayan la importancia de realizar previamente un análisis personal, para no contaminar el proceso terapéutico de los pacientes (S3: *“Creo que sería bueno trabajar estos sucesos por si acaso procediesen del entorno personal, para poder responder de una manera lo más limpia posible y no desde nuestras heridas”*, S5: *“Es muy fácil cubrir y minimizar abusos porque tocan abusos propios”*). Por tanto, saber sostener estos momentos sin personalizar es una habilidad clave de un psicoterapeuta (S3: *“Saber que eso tiene que ver con su historia y que no es contra ti, no hacerlo tuyo como terapeuta”*).

### ***Formación y supervisión***

En línea con el anterior subtema, la formación y la supervisión son otros dos aspectos clave considerados por estos terapeutas para el abordaje clínica del abuso (S1: *“Yo creo que puedes aprender andando, pero cuando tú ves que en una situación te ves superado puedes llevarlo a supervisión”*). En cuanto a la formación, se señala la escasa presencia en los estudios formativos de los terapeutas (S5: *“Salimos de la carrera y de las formaciones sin haber escuchado casos de abuso”*), la falta de ella puede generar reacciones inadecuadas que revictimizan al paciente. Además, la mayoría declaró que la formación es fundamental aunque no suficiente (S4: *“Los artículos no te van a dar la solución de todo”*) alegando la experiencia clínica como condición sine qua non para el proceso (S3: *“Creo que los protocolos son importantes, pero al mismo tiempo tienen que estar adaptados al ritmo y las necesidades de la persona”*). La supervisión por su lado ayudaría previniendo al terapeuta de realizar derivaciones sin premeditar (S1: *“La persona puede pensar: uy, que grave debe de haber sido lo que le he contado para que me haya tenido que derivar”*).

### **3.2.3 Impacto psicológico**

Los terapeutas describen un perfil de consecuencias comunes; de carácter afectivo, fisiológico y cognitivo, al que se unen aspectos idiosincráticos propios de la personalidad o el bagaje de la persona. Además, también relacionan la agresión sexual en la infancia con aspectos como la sexualidad, el cuerpo y la maternidad, es decir, dinámicas de vinculación.

### ***Respuestas emocionales y fisiológicas***

Por un lado, estas son las emociones presentes en las víctimas descritas por los terapeutas (S3: *“La culpa, la vergüenza, la autocrítica, están dificultando la parte compasiva hacia su niño interior”*, S1: *“Encontramos personas con mucha vergüenza, culpa”*), cuyo modelo cognitivo de interpretación se basa en la autoinvalidación (S6: *“No hice nada para salir de ahí, me quedé y no luché, permití que pasara todo eso, es mi culpa”*, S4: *“No recuerdo exactamente si fue tan horroroso”*). Sin embargo, también aparecen otras muchas más (S3: *“Hay muchas emociones muy fuertes comprimidas como la tristeza, la agresión”*). La minimización de la experiencia, creer que fueron ellos/as las que lo buscaron, no sentir el derecho para hablar de ello (S2: *“Yo me lo busqué cuando era pequeña, y ahí empecé a sentirme muy avergonzada por todo”*). Por otro lado, en el campo psicofisiológico, algunos terapeutas hacen referencia al impacto que tiene el abuso sobre el sistema nervioso,

que genera en sus vidas unas estrategias de afrontamiento como respuestas adaptativas<sup>12</sup> ante el trauma (S3: *“La persona entra en un estado de indefensión, no es una decisión, es el sistema nervioso apagándose”*, S2: *“La hipervigilancia, les cuesta mantener la atención”*). Así como manifestaciones del malestar expresadas a través del cuerpo (S1: *“Puede comenzar por síntomas de somatización”*, *“Se sienten sucias, mala relación con el cuerpo”*, S5: *“Se pone muy enferma cada dos por tres: todo el rato acatarrada, con problemas digestivos, dermatológicos...”* y S4: *“Hay personas que desarrollan un problema de conducta alimentaria porque es lo único que pueden controlar”*).

### ***Patrones relacionales***

Los terapeutas mencionan varios patrones de personalidad que se han repetido a lo largo de las entrevistas (S3: *“Hay estilos como más sumisos y complacientes con la dinámica de calmar al agresor, y otros casos con perfiles más distantes”*). Dichos modelos internos (S3: *“Si soy buena, no me vas a agredir”* o *“Si puedo hacerte ver que conmigo no vas a poder”*), se verán reflejados en la relación terapéutica (S2: *“Esa interacción en sesión, con perfiles como muy inhibidos, sumisos, donde su capacidad para poner límites no se evidencia”*), sus relaciones de pareja (S6: *“Repiten la situación romántica, se buscan parejas que a su vez las maltratan”*) o incluso en la maternidad (S2: *“Quiere ser madre pero es incapaz de mantener relaciones sexuales”*, S6: *“Estaba con su pareja pero no pensaba en casarse ni en tener hijos”* y S5: *“Rehacer su vida no significa tener hijos, pueden querer tenerlos o no”*).

### ***Sexualidad***

En cuanto a la forma de relacionarse desde la esfera sexual, los terapeutas describen que algunas víctimas evitan completamente el contacto sexual, incluso en relaciones de pareja seguras (S2: *“He visto patrones más de hipersexualización donde después encuentran un vínculo de seguridad y entran en una hiposexualización”*); otras se describen como asexuales como mecanismo de protección (S3: *“He visto casos donde no querían tener contacto con nadie, considerándose asexuales”*). Por otro lado, existe otro patrón frecuente, el de la hipersexualización, donde se usa el sexo como forma de sentir control (S4: *“Es como si yo tuviera el control, yo soy la que está provocando la situación y lo deseo, aunque en realidad no es así”*) o de validación (S6: *“Todo lo que le haga su tío le parece especial, se siente importante”*, S5: *“El placer de ser la elegida por tu primo entre todas las primas”*).

---

<sup>12</sup> Se emplea en un sentido contextual y temporal. Estrategias inicialmente protectoras tras la agresión, con el tiempo pueden volverse desajustadas si se mantienen rígidamente, generando repercusiones psicológicas.

### 3.2.4 Diferencias según el tipo de agresor

El análisis de este tema aborda contenidos descritos en los anteriores apartados, sin embargo, el objetivo principal será esclarecer las principales diferencias que los terapeutas entrevistados encontraban en el abuso sexual según el tipo de agresor.

#### ***Vínculo con el agresor***

El perpetrador también puede ser concebido por la víctima como una figura de afecto, referencia y protección (S6: *“El niño veía a su tío como el héroe de la familia”*). El niño/a no dispone aún de los recursos psicológicos necesarios para identificar lo ocurrido como dañino, sin embargo, si la agresión es externa (extrafamiliar) los niños identifican más rápidamente que algo está pasando (S5: *“Los niños cuentan el abuso cuando hay algo que no les gusta, y eso a veces tiene que ver con el olor, de que algo olía mal cuando le dejaron con el vecino”*). Esta confusión afectiva entre amor y abuso es uno de los rasgos definitorios del abuso intrafamiliar y el que genera mayor dificultad terapéutica (S4: *“Si tus padres y tus tíos se llevan bien y el tío es la persona que está abusando, entonces el tío no es tan malo (...) se genera una confusión rara, una ambivalencia difícil de explicar”*). La dinámica más frecuente para perpetuar el abuso es la seducción. El agresor construye lentamente una relación donde la víctima se siente especial, elegida, única. Esto genera una vinculación paradójica con el agresor que puede perpetuarse años y dificultar la identificación y revelación del abuso.

#### ***Sistema familiar***

La ley del silencio se establece en el sistema familiar: todos saben pero nadie habla. La familia en la mayoría de los casos conoce la situación pero la silencian voluntariamente para proteger la imagen familiar (S3: *“Todos sabemos lo que está pasando, pero nadie dice nada. Los hermanos a lo mejor lo saben, pero es como sálvese quien pueda”*). El pacto de silencio sitúa a la víctima en una posición de soledad y responsabilidad, anteponiendo la protección de la familia a la suya propia (S3: *“Ella nunca se lo dijo a su padre porque sabía que mataría a su tío, lo ocultó para proteger a la familia”*). La víctima es aislada de su sistema de pertenencia y el agresor sigue disfrutando de los privilegios comunes (S6: *“Ella quedó como la chica que no quería saber nada de la familia, mientras que su hermano seguía disfrutando de la familia”*). Este sentimiento de culpa y de traición a la familia es mayor si la agresión es de una figura cercana (intrafamiliar) que si el agresor es externo (S2: *“La persona puede pensar que es la responsable de romper la familia”*).

### ***Trabajo terapéutico***

El trabajo con casos de agresión intrafamiliar debe ser más cuidadoso. El vínculo hacia el agresor, la relación con la familia y los sentimientos contrapuestos exigen un ritmo mucho más ajustado por parte del terapeuta (S4: *“Tienes que ser mucho más prudente, es todo el rato observar, no solo en la palabra, sino en el sentimiento y la actitud que lo rodea”*). La agresión extrafamiliar genera un impacto emocional distinto, las personas agredidas detectan mejor que lo sucedido no fue normal (S4: *“En casos extrafamiliares notas que la persona comprende que lo que le pasó es muy grave”*). De este modo, el trabajo en consulta debe implicar también al entorno familiar, ya que su respuesta (validante o invalidante) aumenta o reduce el sufrimiento (S3: *“Cuando es extrafamiliar, muchas veces la familia no lo sabe (...) si lo cuentan no es porque querían sino porque la familia lo descubre”*). Por tanto, sin apoyo familiar, la víctima difícilmente puede avanzar en el proceso y en su vida (S1: *“Cuando el abuso viene de fuera, es más fácil de trabajar con la familia ya que no se sienten tan culpables”*).

### ***Contexto social y judicial***

La agresión intrafamiliar se denuncia menos, en parte porque implica exponer a un miembro de tu propio núcleo familiar (S1: *“Hay más denuncias extrafamiliares, ya que el mal viene de fuera. Cuando el abuso viene de dentro, todo se oculta más”*). Los jueces tienden a dictaminar menos sentencias en estos casos (S2: *“A nivel de denuncias, los jueces inculpan menos y dictaminan menos abusos intrafamiliares”*), los cuales se visibilizan menos que los extrafamiliares en los medios de comunicación (S1: *“Aparecen más los extrafamiliares en la tele”*). No solo la familia puede ser invalidante; el entorno, los medios de comunicación, el sistema judicial e incluso los profesionales de la salud mental pueden agravar la situación si minimizan lo sucedido (S6: *“Hay que fijarse bien con quién se habla, cuándo, cómo y de qué manera”*). Por lo tanto, se refleja la urgente necesidad de educar y prevenir desde niños en autonomía corporal y consentimiento (S4: *“Hablar no solo de sexo sino de afecto, respeto, educación”*). Los terapeutas observan también una gran escasez de recursos en cuanto a la insuficiencia de protocolos, los tiempos inadecuados en el sistema judicial, así como una falta de formación en atención primaria (S5: *“Está todo mal, pero se sabe cómo hacerlo bien. Es un tema de inversión económica y de recursos”*).

## 5. DISCUSIÓN

Se realizó un estudio para conocer cómo llevan a cabo el abordaje clínico terapeutas de diversas corrientes psicológicas a fin de buscar percepciones comunes que puedan servir de pautas generales para la profesión, de forma que cualquier terapeuta, independientemente de su enfoque, pueda usar y apoyarse en ellas para su práctica clínica. Recogimos información de 13 terapeutas a través de un cuestionario inicial, con 6 de los cuales mantuvimos una entrevista, hasta alcanzar el nivel de saturación óptimo cuando ya no se encontraron temas nuevos. La principal aportación de este trabajo es articular una propuesta clínica, ofreciendo una guía integradora basada en la evidencia para la evaluación, formulación y tratamiento del caso (ver Tabla 2). De este modo, a través de un estudio mixto con análisis temático, encontramos 4 puntos clave que todo profesional puede seguir como apoyo en el abordaje terapéutico: (1) revelación del abuso como eje central donde poner la mirada clínica, atendiendo respetuosamente a los tiempos y necesidades del paciente para llevar a cabo la revelación; (2) impacto psicológico del abuso y sus manifestaciones emocionales, físicas y relacionales que orienten en el proceso de evaluación; (3) espacio terapéutico como lugar de encuentro donde se reactivarán dinámicas relacionales, cuya labor como terapeuta será la de desarticular y generar experiencias correctoras que favorezcan el bienestar psicológico, atenuando la sintomatología y el malestar actual; y (4) diferenciar según el tipo de agresor, teniendo en cuenta si la agresión sucedió dentro o fuera de la familia, para una mayor comprensión del caso que favorezca una intervención individualizada.

A la vista de los datos aportados por los 13 participantes que rellenaron el cuestionario, los terapeutas, independientemente de la experiencia previa, afirman haber atendido casos de agresión sexual en la infancia, información que coincide con lo que Fávero et al. (2022) mencionan sobre la elevada prevalencia de este fenómeno. Esto refuerza la relevancia clínica y su potencial presencia en la práctica clínica. Sin embargo, Ehring et al. (2014) argumentan lo contrario, señalando que los terapeutas generalistas evitan el abordaje directo del trauma. Los datos de prevalencia son tan elevados (Pineda et al., 2023; Real-López et al., 2023) que no parece osado pensar que cualquier psicólogo pueda recibir en algún momento de su trayectoria casos de este tipo. Esto nos lleva a pensar si en dichas intervenciones sería beneficioso implantar una pregunta sobre la posibilidad de haber experimentado situaciones traumáticas, preguntando explícitamente al paciente si ha sufrido alguna agresión sexual en la infancia. Un estudio cualitativo señala que una de las razones por la que no revelan el abuso es porque nadie les preguntó (McGill y McElvaney, 2023) aunque el mismo artículo señale que una pregunta directa pueda provocar negación.

Por lo tanto, esto en algunos casos podría facilitar la revelación y su abordaje temprano (Manolios et al., 2022), aumentando incluso estadísticamente el número de casos atendidos, debido a la enorme brecha entre la prevalencia real y los casos que llegan a ser atendidos (Stoltenborgh et al., 2011). Aunque algunos participantes mencionaron en sus entrevistas que su posicionamiento en la terapia se basa en la abstinencia y la no contaminación del proceso, no nombrando el abuso apresuradamente sin antes conocer cómo vivió la persona lo sucedido. Para la víctima, el problema no es solo revelarlo, sino poder reconocer internamente que aquello fue un abuso sexual (Van Der Kolk, 2015). Por lo tanto, acompañar al paciente desde la validación de sus emociones, el no juicio y la compasión (McLean et al., 2017; Winders et al., 2020) así como las actitudes descritas por los terapeutas entrevistados (respeto, congruencia, no presunción, acompañamiento) favorecerá la elaboración narrativa del acontecimiento traumático (Van Der Kolk, 2015), con el fin de llegar a conceptualizarlo como un abuso (Alaggia et al., 2019).

Parece aconsejable el uso de protocolos o manuales estandarizados como herramienta para implementar tratamientos validados (Molero-Zafra et al., 2022) siendo la TF-CBT y el EMDR los protocolos de referencia. Para agresión sexual en la infancia más concretamente serían los tratamientos focalizados en el trauma (Ehring et al., 2014). Los terapeutas no usaron ninguno de estos protocolos, y aunque algunos sí trabajaban desde una técnica o terapia específica (p. ej. desensibilización sistemática, terapia focalizada en la emoción) no se evidenció una práctica clínica guiada por este recurso. Además de técnicas concretas, los participantes trabajaban sobre un enfoque terapéutico distinto (humanista, sistémico, conductista y psicoanalista). En algunas de estas corrientes, parecen requerir más que una formación genérica en psicoterapia si el objetivo es una implementación competente en la práctica real. Los organismos de certificación de EMDR exigen explícitamente una instrucción formal, práctica supervisada y asesoramiento continuo (EMDR International Association [EMDRIA], 2021) evidenciando la eficacia vinculada a la práctica estructurada de los terapeutas (Maxfield, 2019). En la TFE, los hallazgos apuntan en la misma dirección (International Centre for Excellence in Emotionally Focused Therapy [ICEEFT], s.f), siendo indispensable la formación especializada y la supervisión para el trabajo con la silla vacía (Gamoneda et al., 2025), asociándose el entrenamiento previo con mejoras significativas en el conocimiento y la competencia autopercebida. Además, los participantes manifestaron que la terapia personal también es un aspecto clave, no solo para abordar el abuso sexual. En corrientes como el psicoanálisis lo consideran un componente necesario en la formación, Daw y Joseph (2007) observaron que la terapia personal fue valorada como una forma de autocuidado y de aprendizaje experiencial al poder ponerse en el lugar del paciente.

Las actitudes terapéuticas recogidas en este estudio (respetar el ritmo del paciente, validación, ausencia de juicio) no son exclusivas al ámbito del abuso sexual, constituyen habilidades básicas del terapeuta con amplio respaldo en la literatura. Rogers (1957) es el pionero en este campo, estableciendo tres condiciones nucleares necesarias para el cambio: empatía, aceptación incondicional y autenticidad/congruencia. Una revisión sistemática reciente (Dawood et al., 2025) evidencia que un terapeuta debe considerar la complejidad de la recuperación del abuso sexual; basando la terapia en la elección, la autonomía y la libertad del paciente de decidir cuándo y sobre qué hablar. Este conjunto de actitudes trasciende del ámbito clínico y está recogido en los principales códigos deontológicos de la profesión. La American Psychological Association (APA, 2017) recoge como principio del código ético el respeto a los derechos y la dignidad de las personas, así como la confidencialidad y la autodeterminación. En el contexto europeo, el Meta-Código de Ética de la European Federation of Psychologist Associations (EFPA, 2023) establece que los psicólogos deben presentar los principios de respeto a los derechos, dignidad individual, competencia profesional y responsabilidad. A nivel nacional, el Consejo General de Colegios Oficiales de la Psicología (COP, 2010) establece en su artículo 6º del Código Deontológico del Psicólogo unos principios comunes: respeto, protección de los derechos, sentido de responsabilidad, honestidad, sinceridad, prudencia técnica y competencia profesional. El Artículo 9º atañe además el respeto a los criterios morales y religiosos de los pacientes. Estas actitudes, que responden a códigos éticos y clínicos de la profesión, resultan imprescindibles en la intervención, con independencia de que se dirija al abuso sexual o a cualquier otra forma de trauma.

Por lo tanto, para lograr la recuperación y elaboración del trauma, sería fundamental poder aplicar el modelo teórico de Felstiner et al. (1980) donde la víctima pueda identificar la experiencia como abuso (*naming*), atribuir la responsabilidad hacia el agresor (*blaming*) y reclamar su derecho a la reparación emocional o legal (*claiming*). Estos hallazgos se alinean con lo que los terapeutas participantes de este trabajo señalan sobre la importancia de adaptarse al ritmo de cada paciente, sin forzar ni apresurar a intervenir, concluyendo que los pacientes perciben positivamente a sus terapeutas cuando mantienen una escucha activa, sin juicio y validando la experiencia; adaptándose a los tiempos y necesidades del paciente, datos que concuerdan con estudios como el de Tamés y Bueno-Guerra (2025). Los participantes, en la misma dirección que la literatura previa, apuntan a que los supervivientes necesitan seguridad para encontrar palabras a lo sucedido con la libertad para elegir si hablar o no de ello (Dawood et al., 2025), ya que el daño no solo viene causado por la agresión sexual. La falta de protección de las figuras de apego (un entorno que, conociendo o

sospechando el abuso, no intervino) puede causar todavía mayor traumatización que el propio abuso (Filipas y Ullman, 2001). Por lo tanto, la terapia serviría de apoyo para escoger una persona indicada para recibir la revelación, preparando al paciente para su reacción con el fin de evitar una revictimización (Fereidooni et al., 2024) y prevenir la aparición y el desarrollo de trastornos mentales (Fávero et al., 2022). El terapeuta no solo debe dirigir la intervención al trauma del abuso, sino al trauma de la respuesta del entorno, ya que la revelación puede generar traumatización secundaria en alguno de los progenitores (Mangold et al., 2022). Misma información que los entrevistados señalaron con los padres de sus pacientes abusadas, los cuales tras la revelación de su hija/o, se les reactivaba su propio trauma de abuso.

A la vista de los datos, podemos decir que la presencia de haber sufrido una agresión sexual en la infancia genera una secuelas psicológicas vinculadas a la exposición de un estímulo ansiógeno y de carácter fóbico, activando respuestas de tipo fisiológica, cognitiva, conductual y emocional. Algunos modelos de intervención (como la TF-CBT) incluyen el uso de exposición prolongada, de menor a mayor carga emocional, vinculada al evento traumático (Molero-Zafra et al., 2024). Desde un marco teórico, podríamos plantearnos que el material traumático asociado a la agresión sexual presenta ciertas similitudes a un estímulo condicionado temido, en línea con los modelos emocionales del miedo (Lang, 1979; Foa y Kozak, 1986). Esta analogía explicaría por qué los abordajes de exposición progresiva mencionados resultan eficaces en esta población. En línea con estos hallazgos, los participantes argumentaron que el acercamiento progresivo y respetuoso al relato de abuso entra en juego con estas variables. El objetivo no es simplemente que baje la ansiedad en sesión, sino poder tolerar la activación tras la exposición ante la revelación, preparando al paciente para las respuestas del entorno (Tamés y Bueno-Guerra, 2025), generando así nuevas asociaciones de seguridad (Craske et al., 2014) con el fin último de elaborar una nueva narrativa integrada y coherente con lo sucedido (Van Der Kolk, 2015).

Varios teóricos cognitivos proponen que la víctima puede sentirse impotente tras el abuso y aprender a aceptar lo que se les está haciendo (Seligman, 1975), afectando en la forma en que se ven a sí mismos, a su mundo y a los demás, tal como planteó Beck (1967) al desarrollar la famosa triada cognitiva negativa en sus estudios sobre la depresión. El abuso sexual por tanto afecta al sistema de creencias o esquemas de una persona, desarrollando formas desadaptativas de afrontar las experiencias vitales (Filipas y Ullman, 2006). Las víctimas (según las descripciones hechas por los participantes) interpretan el entorno como un lugar hostil, amenazante y ambivalente; percibiéndose como los culpables de lo sucedido;

y anticipando un futuro negativo). En cuanto a la percepción que tienen sobre la escena traumática, las personas abusadas en la infancia presentan una dificultad para responsabilizar al perpetrador, presentando un locus de control interno, culpabilizador y autoinvalidante (Tamés y Bueno-Guerra, 2025). Otros autores encontraron que la gravedad y el pronóstico eran peores cuando las víctimas se culpaban a sí mismos y mejor cuando culpaban a los agresores (Cantón-Cortés y Cortés, 2015). Las distorsiones cognitivas relacionadas con el trauma de abuso sexual dirigen el significado hacia el interior, un yo dañado y responsable de lo sucedido (dato comentado por uno de los entrevistados que refuerza la idea de la literatura previa). Mismo autor detalla una correlación entre la culpa y el desarrollo de un TEPT en contextos de abuso generalmente más graves y también más aislados (p. ej. abusos extrafamiliares). Filipas y Ullman (2006) afirman que una pequeña mayoría de adultos, siendo conscientes de lo que vivieron en la infancia, encuentran motivos para seguir culpándose, una forma de protegerse y ganar cierto sentido de control sobre la situación (p. ej. en abusos intrafamiliares).

Estos hallazgos apuntan a que el contexto en el que ocurre la agresión sexual podría influir en la experiencia traumática, lo que nos invita a explorar sobre las diferencias entre el abuso intrafamiliar y extrafamiliar. Los estudios encontrados que comparan ambos tipos son escasos (Loinaz et al., 2019; Magalhães et al., 2009). En nuestro trabajo encontramos diferencias clasificadas en cuatro vertientes (vínculo con el agresor, sistema familiar, trabajo terapéutico y contexto social y judicial) concluyendo que las agresiones intrafamiliares generan un mayor impacto, son más silenciadas y repetidas en el tiempo, al igual que lo encontrado en la literatura (Fischer y McDonald, 1998; Loinaz et al., 2019; Magalhães et al., 2009). En abuso intrafamiliar, la relación afectivamente confusa con el agresor genera sentimientos de culpa, vergüenza y autodesprecio (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011; Tamés y Bueno-Guerra, 2025), dificultando el proceso de responsabilizar al agresor mediante locus de control externo (Filipas y Ullman, 2006). Sin embargo, en abusos extrafamiliares también se tiende a proteger al agresor cuando es una figura de autoridad (entrenador, monitor, figura religiosa), esto se conoce como traición institucional (Smith y Freyd, 2013). De este modo, las víctimas en ambos casos no conciben lo sucedido como un abuso, internalizan lo sucedido desde la culpa y la vergüenza, pero sin llegar a ser conscientes de la gravedad, hasta que entran en juego los disparadores traumáticos mencionados por los participantes en las entrevistas (exposición vicaria, interacciones afectivo-sexuales, patrones relacionales, etc.) Así como la revictimización en la edad adulta, siendo cuatro veces más probable una agresión sexual en la adultez para quienes sufrieron abuso sexual infantil (Filipas y Ullman, 2006).

Sobre la percepción del futuro que las víctimas construyen tras el abuso, varios participantes señalaron la maternidad como un tema a destacar. El deseo de ser madre de una mujer que ha sido agredida sexualmente en su infancia puede convertirse en un acto retraumatizante que genera un impacto negativo al poder evocarse la experiencia vivida (Montgomery et al., 2015). Esta realidad abre toda una línea de investigación en enfermería centrada en los cuidados requeridos a las mujeres embarazadas víctimas de agresión sexual en la infancia (Montgomery, 2013). Dicha atención no debe limitarse a los cuidados sanitarios respecto de la salud de la mujer, sino las preocupaciones necesarias sobre la descendencia. La literatura muestra que las mujeres abusadas en su infancia tienen más probabilidades de que sus hijos también sean abusados (Wearick-Silva et al., 2014). La literatura científica reconoce que las consecuencias adversas de los antecedentes de abuso sexual infantil están asociadas con la transición a la paternidad (Fatehi et al., 2022). En un estudio cualitativo, las madres describieron cómo su historia de abuso en la infancia afectó a su capacidad para crear un vínculo con sus hijos o incluso su deseo de tenerlos debido al temor de protegerles del abuso (Cavanaugh et al., 2015). Mismos autores destacan la presencia de aspectos positivos en la crianza, describiendo la maternidad y las relaciones de pareja como espacios potencialmente sanadores siempre que estos ofrezcan seguridad emocional, apoyo y oportunidades para reafirmar la autonomía personal. Nuestros resultados se respaldan más sobre sentimientos contradictorios de tener hijos, una reactivación de recuerdos y la presencia de emociones que dificultan la crianza (S3 hablando de un paciente: *“Mi hijo está teniendo una familia diferente a la que yo tuve. Es como si le tuviera envidia, porque yo sí tengo que estar para él como necesita pero para mí no estuvieron como yo necesitaba”*).

Más allá del impacto individual, el abuso sexual en la infancia no puede entenderse al margen del sistema relacional y sociocultural en el que ocurre. Alaggia (2010) destaca la integración de factores individuales, familiares, contextuales y culturales. Planteamiento que inicialmente Bronfenbrenner (1979) desarrolló al plantear que las personas se desarrollan no solo desde dinámicas intrapsíquicas o familiares, sino dentro de un sistema ecológico interdependiente. Aplicado al abuso, involucra a todos los microsistemas que rodean a la víctima (familiar, social, judicial), entendiendo el silenciamiento como una estrategia homeostática por mantener la cohesión y la imagen externa del sistema familiar. Unas dinámicas de secreto y lealtad familiar situadas por encima de la protección y necesidades de la víctima (Tamés y Bueno-Guerra, 2025), la cual cargará con toda la responsabilidad, recibiendo mensajes de negación (*“eso no puede haber pasado”*), minimización (*“seguro que lo entendiste mal”*) o culpabilización (*“¿por qué no lo dijiste antes?”*). Los demás

microsistemas tenderán a proteger al agresor si es una figura de apego (Loinaz et al., 2019; Magalhães et al., 2009). Paralelamente, el exosistema (contextos externos que influyen en los microsistemas cercanos) tampoco favorece en la revelación del abuso. Dicho por los terapeutas participantes, los medios de comunicación visibilizan menos casos de abuso intrafamiliar; teniendo estos agresores además menos probabilidades de ser procesados judicialmente que los agresores extrafamiliares (Bagley y Pritchard, 2000). Sobre el último nivel del modelo ecológico, el macrosistema o contexto cultural, existe literatura que examina factores socioculturales para comprender mejor el fenómeno del abuso sexual infantil. Según Fontes y Plummer (2010), los tabúes sobre la sexualidad sería una de las barreras culturales presentes que dificultan la revelación del abuso. En nuestro estudio, la mayoría de las participantes mencionaron la sexualidad como un estilo de afrontamiento desadaptativo en el perfil del superviviente. Parece aconsejable tener esto en cuenta dentro de la evaluación integral realizada por los terapeutas para conocer el impacto que está teniendo el abuso en la actualidad de la persona. Fereidooni et al. (2024) proponen futuros programas preventivos para mediar en la asociación entre conductas sexuales de riesgo y revictimización.

La decisión de denunciar también puede suponer un conflicto para las víctimas. La literatura nos muestra la baja prevalencia de denuncias en niños o adolescentes (Alaggia et al., 2019) siendo los casos autoinformados más de 30 veces superiores a los registros oficiales (Stoltenborgh et al., 2011). En este escenario, cuando los abusos se estuvieron produciendo en el momento en el que estarían siendo revelados, la legislación española obliga a los profesionales a notificar a las autoridades competentes (Ley Orgánica 8/2021; Ley Orgánica 10/2022). Sin embargo, al tratarse de población adulta, el conocimiento de hechos pasados no obliga al psicólogo a denunciar (dado que los hechos no están sucediendo en el momento actual), correspondiendo a la propia víctima la decisión de iniciar o no un proceso judicial, en consonancia con el secreto profesional regulado por el Código Deontológico del Psicólogo (COP, 2010). No obstante, el terapeuta sí debe estar informado del marco legal vigente, especialmente de los plazos de prescripción del delito. En España, este tipo de delitos son de lenta asimilación y pueden tardar tiempo en ser identificados como tales (Ley Orgánica 8/2021; Consejo General del Poder Judicial, 2019). Los participantes señalaron que el proceso judicial puede resultar intimidante tanto para la víctima como para el propio terapeuta, por lo que el rol del profesional en estos casos es el de acompañar y respetar al paciente, preservando en todo momento su autonomía y su derecho a decidir sobre su propio proceso (Tamés y Bueno-Guerra, 2025).

## 4.1 Limitaciones

Para llevar a cabo este estudio, optamos por un enfoque cualitativo basado en el análisis temático de carácter no experimental y transversal, ya que permite estudiar en profundidad las experiencias y los significados para garantizar una mayor comprensión del fenómeno objeto de estudio. Sin embargo, también puede estar sujeto a limitaciones, entre ellas destacamos el tamaño reducido de la muestra. Aunque en investigación cualitativa la relevancia no reside en la representatividad estadística sino en la profundidad y riqueza del discurso (Braun y Clarke, 2006), la búsqueda y selección de participantes entrevistados no se llevó a cabo únicamente hasta alcanzar el punto óptimo de saturación, sino también debido a la dificultad de localizar e implicar participantes que cumplieran con los criterios de inclusión, así como su disposición a participar.

De este modo, si bien conseguimos identificar un patrón recurrente en el discurso, el tamaño muestral anima a interpretar el grado de saturación de los datos recogidos con cautela. Asimismo, los datos obtenidos por los terapeutas presentan un carácter autoinformado y retrospectivo, basados en la información que los terapeutas recuerdan de su propia práctica clínica. Las entrevistas pudieron haber introducido sesgos de memoria o deseabilidad social (Hassan, 2006), no constituyendo una reproducción literal de la experiencia, sino reconstrucciones narrativas mediadas por la memoria, el contexto y la interacción con el entrevistador (Kvale y Brinkmann, 2009). Además, debe señalarse el desequilibrio de género en la muestra de participantes, con predominio femenino en las dos fases del estudio, lo que podría haber condicionado parcialmente la diversidad de perspectivas recogidas en el trabajo.

Este enfoque permitió a los terapeutas participar en un proceso reflexivo y orientado a comprender la percepción, experiencia y práctica clínica sobre las víctimas de agresión sexual en la infancia. Aunque este enfoque resulta coherente con el objetivo del estudio, nuestras conclusiones deberían investigarse más a fondo, enfocado en la comunidad, la familia, y las propias víctimas de agresión, para contrastar la percepción del profesional con la vivencia subjetiva de quienes sufrieron realmente la agresión. Futuras investigaciones podrían ampliar estos hallazgos al incorporarse muestras más amplias y diversas, diseños longitudinales y la perspectiva directa de las propias personas adultas víctimas de agresión sexual en la infancia (véase Tamés y Bueno-Guerra, 2025) con el objetivo final de avanzar hacia una atención psicológica más eficaz, ética y reparadora, que favorezca el bienestar psicológico de los supervivientes de abuso sexual infantil.

## 4.2 Conclusiones

Nos encontramos por tanto ante la urgente necesidad de seguir explorando nuevas rutas para conceptualizar adecuadamente el abuso como constructo multifactorial y universal, analizando e identificando factores de riesgo que, llevados a la práctica real, los terapeutas usarán como indicadores de riesgo estratégico en la prevención y evaluación del caso. Los terapeutas han de poder detectar y comprender las barreras que impidieron la revelación, validando y respetando los tiempos de cada persona. La palabra del paciente debe ser el eje central para una reparación justa y clínica. Los hallazgos de este estudio permiten concluir que la revelación del abuso es un proceso gradual, complejo y frecuentemente tardío, constituido por dinámicas relacionales de culpa, vergüenza y miedo. La relación terapéutica se sitúa como eje principal para lograr el cambio: un espacio basado en la seguridad, la validación y la compasión, condiciones previas para que se elabore una narrativa del trauma sexual. El impacto del abuso es multidimensional, con sintomatología emocional, cognitiva, física y relacional, que se manifiesta a través de la sexualidad y pueden reactivarse ante disparadores como la exposición vicaria o la maternidad.

Con el fin de acercarnos al objetivo de crear una guía de recomendaciones clínicas para el abordaje terapéutico de la agresión sexual en la infancia, en el anexo se presenta una tabla resumen con todos los temas tratados en este trabajo y nuestra acción recomendada (ver Tabla 2); articulando una guía clínica integradora en torno a cuatro ejes: revelación, impacto psicológico, espacio terapéutico y tipo de agresor. Las principales limitaciones de este estudio son la muestra reducida de participantes y la ausencia de la perspectiva directa de los supervivientes, lo que nos abre a posibles futuras líneas que incorporen dicha visión a fin de evaluar la eficacia de las intervenciones descritas. En definitiva, la voz del paciente ha de ser el eje central de toda la intervención clínica. Acompañar ese proceso desde el respeto, la validación y la escucha es, en sí mismo, un acto terapéutico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alaggia, R. (2010). An ecological analysis of child sexual abuse disclosure: Considerations for child and adolescent mental health. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 19*(1), 32.
- Alaggia, R., Collin-Vézina, D., & Lateef, R. (2019). Facilitators and barriers to child sexual abuse (CSA) disclosures: A research update (2000–2016). *Trauma, violence, & abuse, 20*(2), 260-283.
- American Psychiatric Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code>
- American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). APA Publishing.
- Bagley, C., & Pritchard, C. (2000). Criminality and violence in intra-and extra-familial child sex abusers in a 2-year cohort of convicted perpetrators. *Child Abuse Review, 9*(4), 264-274.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper & Row.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101.
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health, 13*(2), 201-216.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard university press.
- Cantón-Cortés, D., & Cortés, M. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de variables intermedias. *Annals of Psychology, 31*(2), 552–561. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>
- Cavanaugh, C. E., Harper, B., Classen, C. C., Palesh, O., Koopman, C., & Spiegel, D. (2015). Experiences of mothers who are child sexual abuse survivors: A qualitative

exploration. *Journal of child sexual abuse*, 24(5), 506-525.

Consejo General de Colegios Oficiales de la Psicología de España. (2010). *Código deontológico del psicólogo*. <https://www.cop.es/pdf/Codigo-Deontologico-Consejo-Adaptacion-Ley-Omnibus.pdf>

Consejo General del Poder Judicial. (2019, 30 de mayo). El CGPJ avala que el cómputo de la prescripción de delitos sexuales cometidos contra menores empiece a contar cuando la víctima cumpla 30 años. Poder Judicial España. <https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/En-Portada/El-CGPJ-avala-que-el-computo-de-la-prescripcion-de-delitos-sexuales-cometidos-contra-menores-empiece-a-contar-cuando-la-victima-cumpla-30-anos->

Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour research and therapy*, 58, 10-23.

Daw, B., & Joseph, S. (2007). The contribution of therapists' personal therapy to therapeutic competence. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(4), 208-213.

Dawood, R., Vosper, J., Gibson, S., & Irons, C. (2025). How do people with a history of sexual abuse experience talking therapies for sexual trauma? A systematic review of qualitative findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 98(2), 211-231.

Echeburúa, E., & Amor, P. J. (2019). Memoria traumática: estrategias de afrontamiento adaptativas e inadaptativas. *Terapia psicológica*, 37(1), 71-80.

Echeburúa, E., & Corral, P. D. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de medicina forense*, (43-44), 75-82.

Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Behavioral Psychology*, 19(2), 469.

Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2021). Lo que hay que saber sobre el abuso sexual infantil. *Abuso sexual en la infancia. Nuevas perspectivas clínicas y forenses [what you need to know about child sexual abuse. In: Child sexual abuse. New clinical and*

*forensic perspectives*], 31-50.

- Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J., & Emmelkamp, P. M. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clinical psychology review, 34*(8), 645-657.
- EMDR International Association. (2021). EMDRIA Certified Therapist application requirements. <https://www.emdria.org/emdr-training/emdr-certification-2/>
- European Federation of Psychologists' Associations [EFPA]. (2023). *Meta-code of ethics*. <https://www.efpa.eu/sites/default/files/2023-04/meta-code-of-ethics.pdf>
- Fatehi, M., Miller, S. E., Fatehi, L., & Mowbray, O. (2022). A scoping study of parents with a history of childhood sexual abuse and a theoretical framework for future research. *Trauma, Violence, & Abuse, 23*(4), 1134-1156.
- Fávero, M., Moreira, D., Abreu, B., Del Campo, A., Moreira, D. S., & Sousa-Gomes, V. (2022). Psychological intervention with adult victims of sexual abuse: A comprehensive review. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 29*(1), 62-80.
- Felstiner, W. L. F., Abel, R. L., & Sarat, A. (1980). The emergence and transformation of disputes: Naming, blaming, claiming .... *Law and Society Review, 15*(3/4), 631–654.
- Fereidooni, F., Daniels, J. K., & Lommen, M. J. (2024). Childhood maltreatment and revictimization: A systematic literature review. *Trauma, Violence, & Abuse, 25*(1), 291-305.
- Filipas, H. H., & Ullman, S. E. (2001). Social reactions to sexual assault victims from various support sources. *Violence & Victims, 16*(6), 673-692.
- Filipas, H. H., & Ullman, S. E. (2006). Child sexual abuse, coping responses, self-blame, posttraumatic stress disorder, and adult sexual revictimization. *Journal of interpersonal violence, 21*(5), 652-672.
- Fischer, D. G., & McDonald, W. L. (1998). Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. *Child abuse & neglect, 22*(9), 915-929.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*(1), 20-35.

- Fontes, L. A., & Plummer, C. (2010). Cultural issues in disclosures of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19, 491–518.
- Freud, S. (1915). La represión. En *Obras completas* (Vol. XIV). Amorrortu Editores.
- Gamoneda, J., Jódar, R., & Timulak, L. (2025). Emotion-focused therapy's empty-chair task for complicated grief: An open trial. *Journal of Loss and Trauma*, 30(3), 1-22. <https://doi.org/10.1080/15325024.2025.2548238>
- García-Peña, J. J., & Peña-Londoño, E. L. (2018). Reacción psicológica ante la experiencia de abuso sexual extrafamiliar en padres de niños abusados. *Psicogente* 21(40), 378-402. <https://doi.org/10.17081/psico.21.40.3079>
- Green, J., & Thorogood, N. (2006). *Qualitative methods for health research*. Sage.
- Grosz, C. A., Kempe, R. S., & Kelly, M. (2000). Extrafamilial sexual abuse: Treatment for child victims and their families. *Child abuse & neglect*, 24(1), 9-23.
- Guerrero, R. (2024). Trauma. Niños traumatizados, adultos con problemas. Cúpula.
- Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: An umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 830-839.
- Hassan, E. (2006). Recall bias can be a threat to retrospective and prospective research designs. *The Internet Journal of Epidemiology*, 3(2), 339-412.
- International Centre for Excellence in Emotionally Focused Therapy. (s.f). EFT certification. <https://iceeft.com/eft-certification/>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing*. Sage.
- Lambert, M. J. (Ed.). (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. John Wiley & Sons.
- Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16(6), 495-512. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1979.tb01511.x>
- Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la Libertad sexual. Boletín

- Oficial del Estado, número 215, de 7 de septiembre de 2022.  
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-14630>
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Boletín Oficial del Estado, número 134, de 5 de junio de 2021.  
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-9347>
- Loinaz, I., Bigas, N., & de Sousa, A. M. (2019). Comparing intra and extra-familial child sexual abuse in a forensic context. *Psicothema*, 31(3), 271-6.  
<https://doi.org/10.7334/psicothema2018.351>
- Magalhães, T., Taveira, F., Jardim, P., Santos, L., Matos, E. & Santos, A. (2009). Abuso sexual de niños. Un estudio comparativo de casos intra y extrafamiliares. *Revista de medicina forense y legal*, 16 (8), 455-459.
- Mangold, A., King, A. R., & Herting, N. A. (2022). The role of children's PTSD symptomatology in non-offending caregivers' secondary traumatic stress symptomatology following disclosures of sexual or physical abuse. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 15(3), 553-565. <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00408-3>
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647-657.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.003>
- Manolios, E., Braoudé, I., Jean, E., Huppert, T., Verneuil, L., Revah-Levy, A., & Sibeoni, J. (2022). Disclosing child sexual abuse to a health professional: a metasynthesis. *Frontiers in psychiatry*, 13, 788123.
- Maxfield, L. (2019). A clinician's guide to the efficacy of EMDR therapy. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13(4), 239-246. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.13.4.239>
- McGill, L., & McElvaney, R. (2023). Adult and adolescent disclosures of child sexual abuse: A comparative analysis. *Journal of interpersonal violence*, 38(1-2), 1163-1186.
- McLean, L., Steindl, S., & Bambling, M. (2017). Compassion-focused therapy as an intervention for adult survivors of sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(2), 161-175. <https://doi.org/10.1080/10538712.2017.1490718>
- Miles, L. W., Valentine, J. L., Mabey, L. J., Hopkins, E. S., Stodtmeister, P. J., Rockwood,

- R. B., & Moxley, A. N. (2024). A systematic review of evidence-based treatments for adolescent and adult sexual assault victims. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 30(3), 480-502.
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2022). *Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia y Adolescencia. Boletín 24. Datos 2021*. [https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechossociales/infancia-y-adolescencia/PDF/Estadisticaboletineslegislacion/vers1BOLETIN\\_Proteccion\\_PR\\_OVISIONAL2021.pdf](https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechossociales/infancia-y-adolescencia/PDF/Estadisticaboletineslegislacion/vers1BOLETIN_Proteccion_PR_OVISIONAL2021.pdf)
- Molero-Zafra, M., Fernández-García, O., Mitjans-Lafont, M. T., Pérez-Marín, M., & Hernández-Jiménez, M. J. (2024). Psychological intervention in women victims of childhood sexual abuse: a randomized controlled clinical trial comparing EMDR psychotherapy and trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Frontiers in Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1360388>
- Montgomery, E. (2013). Feeling safe: a metasynthesis of the maternity care needs of women who were sexually abused in childhood. *Birth*, 40(2), 88-95.
- Montgomery, E., Pope, C., & Rogers, J. (2015). A feminist narrative study of the maternity care experiences of women who were sexually abused in childhood. *Midwifery*, 31(1), 54-60.
- Núñez, E., & Sandoval, Y. S. (2024). Revisión Sistemática sobre Tratamientos Psicológicos con Personas Adultas Víctimas de Abuso Sexual Infantil. *Revista de psicoterapia*, 35(128), 33-41.
- Organización Mundial de la Salud. (2024). Maltrato infantil. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328-338. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.007>
- Pineda, D., Muris, P., Martínez-Martínez, A., & Piqueras, J. A. (2023). Prevalence of child sexual abuse in Spain: A survey study. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 15(2), 83-88. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2023a9>

- Rampin, R., Steeves, V., & DeMott, S. (2019). Taguette (Version 0.9). <https://www.taguette.org>
- Real-López, M., Peraire, M., Ramos-Vidal, C., Llorca, G., Julián, M., & Pereda, N. (2023). Abuso sexual infantil y consecuencias psicopatológicas en la vida adulta. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 40(1), 13-30.
- Rodríguez-López, Y., Aguiar-Gigato, B. A., & García-Álvarez, I. (2012). Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil. *Eureka*, 9(1), 58-68.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
- 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, 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 [El tratamiento psicológico del abuso sexual en niños y adolescentes: un metaanálisis]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 67-93.
- Save the Children. (2023). Por una justicia a la altura de la infancia: Análisis de sentencias sobre abusos sexuales a niños y niñas en España. Save the Children. <https://www.savethechildren.es>
- Seligman, M. E. P. (1975). Helplessness: On depression, development, and death. New York: Freeman.
- Smith, C. P., & Freyd, J. J. (2013). Dangerous safe havens: Institutional betrayal exacerbates sexual trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 26(1), 119-124.
- Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*, 16(2), 79-101.
- Tamés Carranza, L., & Bueno-Guerra, N. (2025). Evidence-based recommendations for partners and friends of adult survivors of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 161. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.107271>

- 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.
- Ubrich, T., Ardila, C., & Bartolomé, A. (2017). Ojos que no quieren ver: los abusos sexuales a niños y niñas en España y los fallos del sistema. *Madrid: Save the Children España*. <https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=5426&tipo=documento>
- UNICEF. (2023). *International Classification of Violence against Children*. United Nations Children's Fund.
- UNICEF. (2025). *Sexual violence – UNICEF Data: Child protection, violence*. <https://data.unicef.org/topic/child-protection/violence/sexual-violence>
- Van der Kolk, B. A. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: mente, cerebro y cuerpo en la transformación del trauma*. Penguin Books.
- Vicki Bernadet. (2025). Intervención psicológica en adultos con trauma por ASI. <https://fbernadet.org/es/producto/intervencion-psicologica-en-adultos-con-trauma-por-asi/>
- Wagenmans, A., Van Minnen, A., Sleijpen, M. & De Jongh, A. (2018). The impact of childhood sexual abuse on the outcome of intensive traumafocused treatment for PTSD [El impacto del abuso sexual infantil en el resultado del tratamiento intensivo centrado en el trauma para el trastorno de estrés postraumático]. *European Journal of Psychotraumatology*, 9, 143092. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1430962>
- Wearick-Silva, L. E., Tractenberg, S. G., Levandowski, M. L., Viola, T. W., Pires, J., & Grassi-Oliveira, R. (2014). Mothers who were sexually abused during childhood are more likely to have a child victim of sexual violence. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 36, 119-122.
- Winders, S. J., Murphy, O., Looney, K., & O'Reilly, G. (2020). Self-compassion, trauma, and posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(3), 300-329.
- World Health Organization. (2022). *Violence against children*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>

## ANEXOS

**Tabla 1**

*Características sociodemográficas y profesionales de los terapeutas participantes (N=13)*

Variable	<i>n</i>	%	<i>M (DT)</i>
<b><i>Perfil sociodemográfico</i></b>			
Sexo			
Mujer	11	84.6	—
Hombre	2	15.4	—
Edad (años)	—	—	47.00 (14.44)
<b><i>Experiencia profesional</i></b>			
Años de experiencia clínica general	—	—	20.00 (11.34)
Años de exp. específica con ASI <sup>a</sup>	—	—	16.38 (11.83)
N.º de casos con víctimas de ASI <sup>a</sup>			
1–5 casos	4	30.8	—
6–10 casos	3	23.1	—
11–20 casos	1	7.7	—
> 20 casos	3	23.1	—
<b><i>Orientación teórica</i></b>			
Ecléctico / integrador	4	30.8	—
Análisis de conducta	3	23.1	—
Sistémico / familiar	2	15.4	—
Psicodinámico	2	15.4	—
Cognitivo-conductual	1	7.7	—
Humanista / TFE <sup>b</sup>	1	7.7	—
<b><i>Perfil y formación</i></b>			
Especialización en trauma			
Especialista en trauma	5	38.5	—
Atiende trauma ocasionalmente	5	38.5	—
Generalista	3	23.1	—
Formación específica en ASI <sup>a</sup> (Sí)	9	69.2	—
Supervisión regular (Sí)	7	53.8	—

*Nota.* Los datos de orientación teórica no suman 100% porque el cuestionario permitía que los terapeutas se identificaran con más de un enfoque. Además, los años de experiencia clínica y el número de casos son estimaciones autoinformadas.

DT=desviación típica; M = media; n = frecuencia absoluta

<sup>a</sup> ASI = agresión sexual en la infancia. <sup>b</sup> TFE = terapia focalizada en la emoción

**Tabla 2***Guía de recomendaciones clínicas para el abordaje terapéutico del ASI*

N.º	Área terapéutica	Acción recomendada
1	Exploración inicial del trauma	Incorporar en la evaluación una pregunta abierta sobre posibles experiencias traumáticas o violentas en la infancia, incluyendo agresión sexual. Evitar presuponer la respuesta, forzar la revelación o etiquetar precozmente la experiencia como “abuso” antes de conocer cómo lo ha vivido el paciente.
2	Revelación y ritmo del paciente	Respetar el proceso gradual de revelación, adaptando el lenguaje al del propio paciente. Acompañar desde la validación emocional y la compasión, dejando que sea él quien marque los tiempos para poder conceptualizar lo vivido como una agresión sexual.
3	Gestión de la reacción del entorno	Preparar al paciente para las posibles reacciones invalidantes del entorno familiar y social ante la revelación. Dirigir la intervención también al trauma secundario derivado de la falta de protección de las figuras de apego, previniendo la revictimización.
4	Evaluación integral del impacto	Explorar las manifestaciones emocionales (culpa, vergüenza, autocrítica), cognitivas (triada negativa, locus de control interno), físicas (somatización, respuestas del sistema nervioso) y relacionales (patrones de vínculo, sexualidad). Atender al posible impacto en el deseo de maternidad o paternidad y en la crianza.
5	Relación terapéutica y actitud clínica	Ofrecer un espacio seguro desde el respeto, la escucha activa y el no juicio, generando experiencias correctoras que contrarresten los patrones relacionales aprendidos. Trabajar la atribución de responsabilidad hacia el agresor, la autculpa y la vergüenza.
6	Formación, supervisión y aspectos legales	Garantizar formación específica en trauma y, si se emplean protocolos validados (TF-CBT, EMDR, TFE), la certificación y supervisión requeridas. Incorporar la terapia personal como herramienta de autoconocimiento. Informar al paciente, cuando sea pertinente, sobre vías legales de reparación, acompañando los procesos de identificación del abuso, atribución de responsabilidad y reclamación del derecho a la reparación.
7	Diferenciación intra / extrafamiliar	Evaluar si la agresión ocurrió dentro o fuera del núcleo familiar. El abuso intrafamiliar implica mayor impacto, más silencio y una ambivalencia afectiva con el agresor que dificulta la revelación y la atribución de responsabilidad; el extrafamiliar, aunque más visible, puede verse invisibilizado cuando el agresor es una figura de autoridad.

*Nota.* Las recomendaciones presentadas constituyen una guía orientativa, independientemente del enfoque teórico del terapeuta. Su implementación deberá adaptarse al contexto clínico, la formulación y evaluación de cada caso, atendiendo a las necesidades individuales de cada paciente.

## DECLARACIÓN USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA

Título del trabajo: Análisis temático sobre el abordaje terapéutico de pacientes adultos víctimas de agresión sexual en la infancia

Autor/a: Daniel Gómez Martín

DNI/Alumno/a: 09068124Y

Nombre del Director/a de TFM: Nereida Bueno Guerra

Nombre del Máster: Máster en Psicología General Sanitaria

Coordinador/a de TFM: Pablo Fernández Cáncer

Mediante la presente, declaro que en la elaboración del trabajo arriba indicado he utilizado herramientas de Inteligencia Artificial Generativa en las siguientes fases (**marcar y describir**):

**Búsqueda y localización de bibliografía: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].**

Consensus y Elicit, para facilitar la recogida de literatura científica condensadas en una pregunta que lo agrupara en palabras clave (p. ej. “How does childhood sexual abuse influence experiences of motherhood, parenting, attachment to children, and reproductive decision-making in adulthood?”).

**Resumen/ayuda para comprensión de textos: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].**

NoteBooklm, adjuntándole varios artículos para comprender qué información común extraer de cada uno (p. ej. Echeburúa y Guerricaevecharría, Fisher y McDonald, García y Londoño, Loinaz, Magalhaes para ver comparaciones entre estudios que hablasen de agresión intrafamiliar y extrafamiliar).

**Organización/estructura del trabajo: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].**

Claude para confeccionar las tablas presentadas en el trabajo, con el fin de que estuvieran acorde al estilo APA 7

**Revisión ortográfica/estilo: [indicar herramienta(s)].** Claude para revisar si las referencias bibliográficas estaban bien citadas y evitar plagio, corrigiendo también ortografía.

**-Explica qué hiciste para comprobar y garantizar que la información proporcionada por la IA era correcta.**

En aquellos usos donde la IA me aportó información sobre artículos científicos, mi acción fue encaminada a comprobar esa información desde otras bases de datos (p. ej. me metía en Google Académico, buscaba el artículo y verificaba los conceptos que la IA previamente me había proporcionado).

Declaración de veracidad:

Firmo y certifico que la información procedente de herramientas de IA ha sido verificada por mí mediante consulta de fuentes académicas primarias y que el texto final incorpora un trabajo de redacción, síntesis y reflexión personal.

Firma del/a alumno/a:



Fecha: 11/05/2026

## *Cuestionario de acercamiento a la experiencia clínica*

### **1. Datos sociodemográficos**

Sexo / género:

- Mujer
- Hombre
- Otros
- Prefiero no responder

Edad: \_\_\_\_\_

¿Prefiere que su participación sea anónima?

En el caso de que escoja la opción “sí”, no se solicitarán datos de contacto.

- Sí
- No

(Solo si ha marcado “No”)

Datos personales

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### **2. Formación y experiencia profesional**

Año de obtención del título que le permite ejercer como terapeuta: \_\_\_\_\_

¿Cuántos años lleva ejerciendo como terapeuta (en general)? \_\_\_\_\_

Experiencia con personas adultas víctimas de agresión sexual en la infancia

¿Ha atendido a personas adultas víctimas de agresión sexual en la infancia?

- Sí
- No

(Solo si ha marcado “Sí”):

Aproximadamente, ¿cuántos casos ha atendido a lo largo de su carrera?

- Ninguno
- 1–5 casos
- 6–10 casos
- 10–20 casos
- Más de 20 casos
- Otro: \_\_\_\_\_

¿Desde hace cuántos años trabaja con esta población? \_\_\_\_\_

Por lo general, considera que las personas adultas víctimas que acuden a consulta son...

- Mujeres
- Hombres
- Género no binario

Porcentaje de casos de agresión intrafamiliar/extrafamiliar atendidos: \_\_\_\_\_ %

¿Considera que la agresión sexual suele ser el motivo principal de consulta?

- Sí
- No, lo pregunta el/la terapeuta
- No, lo comenta el/la paciente posteriormente

### **3. Corriente teórica y enfoque de trabajo**

¿Con qué corriente psicológica se identifica principalmente? (puede marcar varias)

- Cognitivo-conductual
- Psicodinámica
- Sistémica / familiar
- Humanista – TFE
- Integrativa / ecléctica
- Psiquiatría
- Otro: \_\_\_\_\_

Se considera principalmente...

- Especialista en trauma
- Terapeuta generalista
- Profesional que ocasionalmente atiende casos de trauma

#### 4. Formación específica y supervisión

¿Ha recibido / ejercido formación específica en intervención con personas adultas víctimas de agresión sexual en la infancia?

Tipo y año: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido / ejercido formación en tratamientos centrados en el trauma?

(EMDR, TF-CBT, desensibilización sistemática, etc.)

¿Recibe / ejerce actualmente supervisión clínica para casos de agresión sexual o trauma?

Indique frecuencia aproximada: \_\_\_\_\_

#### 5. Autoevaluación de práctica profesional

Utilizo intervenciones específicas enfocadas en el trauma (exposición, EMDR, regulación emocional)

1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○

(Nunca / Nada) — (Mucho / Siempre)

Sigo protocolos o guías institucionales al abordar estos casos

1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○

(Nunca / Nada) — (Mucho / Siempre)

Considero que hay temas comunes a todas las personas adultas víctimas de agresión sexual en la infancia

1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○

(Altamente en desacuerdo) — (Totalmente de acuerdo)

#### 6. Factores en la intervención

Describa brevemente cómo suele abordar un caso de agresión sexual infantil en una persona adulta (primeras sesiones, foco, esquema de trabajo, etc.): \_\_\_\_\_

En una agresión intrafamiliar/extrafamiliar, ordene de mayor a menor los factores relevantes para el éxito terapéutico:

1: \_\_\_\_\_ 2: \_\_\_\_\_ 3: \_\_\_\_\_

4: \_\_\_\_\_ 5: \_\_\_\_\_ 6: \_\_\_\_\_

## 7. Percepción sobre relevancia de diversos temas (INTRAFAMILIAR)

Indique el grado de relevancia para lograr éxito terapéutico en cada tema.

Tema	1	2	3	4	5
Perdón/culpa hacia sí mismo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perdón/culpa hacia quien causó daño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perdón/culpa hacia el entorno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traición del entorno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensación de desprotección en la infancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Búsqueda obsesiva por la verdad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impacto sobre sexualidad / afectividad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 8. Percepción sobre relevancia de diversos temas (EXTRAFAMILIAR)

(mismo procedimiento que en el apartado anterior)

## 9. Pregunta abierta complementaria

¿Considera algún otro aspecto relevante para abordar en terapia con personas adultas víctimas de agresión sexual en la infancia?

Aprovechar este espacio para compartir una breve reflexión sobre su experiencia profesional trabajando con este tipo de temáticas: \_\_\_\_\_

## *Guion de entrevista semiestructurada*

### **1. Contexto profesional y experiencia**

- ¿Podría describir brevemente su trayectoria profesional y su experiencia en la intervención con personas adultas víctimas de agresión sexual en la infancia?
- Desde su experiencia, ¿qué características sociodemográficas suelen presentar con mayor frecuencia las personas adultas que han sufrido este tipo de agresión?

### **2. Abordaje terapéutico inicial**

- ¿Cómo suele abordar las primeras sesiones cuando identifica o sospecha que el paciente ha sufrido una agresión sexual en la infancia?
- ¿Qué aspectos considera prioritarios en las fases iniciales de la intervención?

### **3. Intervenciones y técnicas terapéuticas**

- ¿Qué tipo de intervenciones, técnicas o enfoques terapéuticos considera más útiles en el trabajo con esta población?
- ¿De qué manera su orientación teórica o formación específica influye en el tipo de intervención que realiza?

### **4. Dificultades, retos y toma de decisiones**

- ¿Qué dificultades o retos encuentra con mayor frecuencia en la intervención con personas adultas víctimas de agresión sexual en la infancia?
- ¿Existen factores que, desde su experiencia, dificultan especialmente el avance terapéutico?

### **5. Factores facilitadores en el proceso terapéutico**

- ¿Qué elementos considera que facilitan el proceso terapéutico y favorecen el éxito de la intervención?
- ¿Ha observado diferencias en el abordaje o en el proceso terapéutico según se trate de agresiones intrafamiliares o extrafamiliares?

### **6. Reflexión final y cierre**

- Desde su práctica clínica, ¿qué aspectos considera fundamentales a la hora de abordar terapéuticamente estas experiencias?
- ¿Hay algún aspecto relevante que no hayamos abordado durante la entrevista?