

VICTIMIZACIÓN SEXUAL EN LA INFANCIA E INTERVENCIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA: LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL FOCALIZADA EN EL TRAUMA

CHILD SEXUAL VICTIMIZATION AND EVIDENCE-BASED INTERVENTION: TRAUMA-FOCUSED COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY

Bárbara Kanter

Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent (GReVIA), Universitat de Barcelona, Psicóloga general sanitaria e investigadora del Grupo de Investigación en Victimización Infantil y Adolescente de la Universidad de Barcelona. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9689-3840>

Noemí Pereda

Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent (GReVIA),
Universitat de Barcelona, España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5329-9323>
Scopus Author ID: 6603246572; Researcher ID: C-5980-2011

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Kanter, B. y Pereda, N. (2020). Victimización Sexual en la Infancia e Intervención Basada en la Evidencia: La Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 197-212. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.313>



Resumen

La victimización sexual infantil es un grave problema que afecta a uno de cada cinco niños y niñas de nuestro país y que requiere de una intervención temprana y eficaz, que permita superar las graves consecuencias que sus víctimas manifiestan. La Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma (TF-CBT) es el modelo de intervención que reúne una mayor cantidad de evidencia en cuanto a su efectividad. Con un mínimo de 8 y un máximo de 25 sesiones de 50 minutos, en las que se trabaja con la víctima de entre 3 y 18 años y sus cuidadores, se ofrece psicoeducación sobre la experiencia de victimización, se tratan habilidades parentales que pueden haberse visto afectadas por la situación, técnicas de relajación que permitan reducir la hiperactivación del sistema de afrontamiento al estrés, identificación y expresión emocional, el triángulo entre pensamientos, emociones y conductas, la narrativa del trauma y el procesamiento cognitivo de los pensamientos distorsionados, la exposición a situaciones o lugares angustiantes, así como estrategias para mejorar la seguridad en el futuro. Es necesario que los profesionales de nuestro país se puedan formar en este modelo y confirmar sus positivos resultados en el tratamiento de víctimas de abuso y otras formas de victimización sexual infantil y adolescente en España.

Palabras clave: *Intervención Basada en la Evidencia, Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia del Trauma, Victimización Sexual Infantil, Victimología del Desarrollo.*

Abstract

Child sexual victimization is a serious problem that affects one in five children in our country and requires an early and effective intervention, allowing to overcome the serious consequences that its victims manifest. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) is the intervention model that gathers a greater amount of evidence regarding its effectiveness. With a minimum of 8 and a maximum of 25 sessions of 50 minutes, in which you work with the victim aged between 3 and 18 years and their caregivers, psychoeducation is offered on the experience of victimization, parental skills that may have been affected by the situation are treated, relaxation techniques that reduce the hyperactivation of the coping with stress system, identification of emotions and emotional expression, the triangle between thoughts, emotions and behaviors, the narrative of the trauma and the cognitive processing of distorted thoughts, exposure to distressing situations or places, as well as strategies to improve security in the future. It is necessary that professionals in our country can be trained in this model and confirm their positive results in the treatment of victims of child sexual victimization in Spain.

Keywords: *Evidence-Based Intervention, Cognitive-Behavioral Therapy, Trauma Therapy, Child Sexual Victimization, Developmental Victimology.*

La victimización sexual en la infancia es un problema de salud pública en el que niños, niñas y adolescentes son utilizados por otra persona como medio de obtener gratificación sexual, aprovechándose de su posición de autoridad para ello (Sánchez-Meca, Rosa-Alcázar y López-Soler, 2011). Recientemente se ha abogado por el uso del término victimización sexual frente a otros más comúnmente utilizados (como, por ejemplo, abuso sexual) dado que la multiplicidad de conductas sexuales que se engloban bajo éstos, en muchas ocasiones, no están vinculadas a los términos jurídicos, generando confusión entre profesionales de distintas disciplinas (Pereda, Abad, Guilera y Arch, 2015). Estudios epidemiológicos internacionales, coincidentes con los trabajos llevados a cabo en España, muestran que entre el 10 y el 20% de la población reporta alguna forma de victimización sexual (ya sea ésta con o sin contacto físico), afectando, en gran parte de los casos, a uno de cada cinco niños, niñas y adolescentes en nuestro país (Pereda, 2016).

La victimización sexual en la infancia frecuentemente conlleva consecuencias psicológicas de índole diversa, como trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, sexuales e ideación suicida, que pueden presentarse poco tiempo después tras esta experiencia o extenderse a lo largo de la vida de la víctima (Fergusson, McLeod y Horwood, 2013; Pereda, 2009, 2010; Steine et al., 2017).

Las consecuencias de la victimización sexual infantil y adolescente pueden ser analizadas desde la perspectiva traumatogénica, propuesta por Finkelhor y Browne (1985). Así, la victimización sexual comporta el desarrollo de (a) sexualización traumática, (b) sentimiento de traición, (c) impotencia, (d) y estigmatización (tabla 1).

Tabla 1. *Componentes de la perspectiva traumatogénica (Finkelhor y Browne, 1985).*

Componente	Definición
(a) Sexualización traumática	Se entiende como el proceso de distorsión de la sexualidad del niño, niña o adolescente, que pasa a ser disfuncional para el desarrollo personal e interpersonal. La sexualización traumática puede mostrarse como preocupaciones, obsesiones y compulsiones sexuales, generando alteraciones emocionales como malestar, ira o miedo que son plausibles de contaminar el desarrollo de la sexualidad adulta.
(b) Traición	Refiere al descubrimiento que alguien, de quien se dependía y del que se esperaba atención, afecto y cuidados, ha infligido daño, especialmente cuando la victimización sexual es perpetrada por miembros de la familia, o personas de confianza. El sentimiento de traición también puede ser experimentado en relación a aquellas personas cercanas, no abusadoras, teniendo en cuenta la respuesta que se reciba de estas tras la revelación y que, generalmente, no es la que la víctima requiere (Pereda y Sicilia, 2017).

Componente	Definición
(c) Impotencia	Se presenta cuando la voluntad, deseos y juicio eficaz se contravienen para el menor, agravándose cuando se practica sobre él coerción y/o manipulación. El sentimiento de impotencia se refuerza cuando se ven frustrados los intentos por detener la victimización, incrementándose cuando, pese al miedo, la víctima no es capaz de dar a conocer lo que ocurre o, cuando el grado de dependencia del abusador es tal que le impide finalizar la situación abusiva.
(d) Estigmatización	Tiene lugar dadas las connotaciones negativas que se comunican al niño o niña entorno a las experiencias vividas, las cuales se incorporan a la autoimagen de la víctima. Estas connotaciones negativas pueden provenir directamente del victimario, quien en muchos casos culpabiliza a la víctima, pero también pueden ser reforzadas por comentarios o actitudes que la víctima percibe o infiere de sus familiares y personas cercanas al revelar la experiencia de victimización. Por otro lado, el mantenimiento del secreto aumenta el sentimiento de estigmatización ya que refuerza en la víctima la creencia de ser diferente. La estigmatización puede desencadenar aislamiento y creencias de rechazo al sentirse diferente del resto, así como conducta suicida.

Pero los efectos que las experiencias de victimización sexual desencadenen dependen no sólo de las características de las mismas, sino también de las características de la propia víctima encontrándonos, en ocasiones, con víctimas que se muestran asintomáticas (Saywitz, Mannarino, Berliner y Cohen, 2000), si bien generalmente los efectos pueden presentarse años más tarde y afectar a todas las áreas de la vida (de Jong, Alink, Bijleveld, Finkenauer y Hendricks, 2015; Maniglio, 2009). Independientemente de la sintomatología observable que presente la persona, el malestar psicológico derivado de la experiencia de victimización sexual constituye un factor de riesgo para nuevas victimizaciones, instándose a los profesionales a realizar evaluaciones detalladas que permitan reducir la posibilidad de nuevas experiencias victimizantes desde la asistencia (Cuevas, Finkelhor, Clifford y Ormrod, 2010).

La Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma

La American Psychological Association (APA, 2006) ha definido la práctica basada en la evidencia como “*la integración de la mejor investigación disponible, con la experiencia clínica, en el contexto de las características del paciente, su cultura y preferencias*”. Desde esta perspectiva, a día de hoy, la Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma (*Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy*, TF-CBT) es el modelo de intervención con mayor efectividad reconocida en el tratamiento de las consecuencias de la victimización infantil (Cohen, Mannarino, Perel y Staron, 2007) y, dentro de ésta, de la victimización sexual (Cohen, 2003;

Cohen, Deblinger, y Mannarino, 2004; Cohen, Deblinger, Mannarino, y Steer, 2004).

Sin negar la evidencia de otros programas de intervención, hasta el momento, el modelo TF-CBT es el que cuenta con un mayor número de estudios con resultados que apoyan su uso en niños, niñas y adolescentes de entre 3 y 18 años (Griffin y Wozniak, 2019). Esta intervención integra programas sensibles al trauma, principios cognitivo-conductuales, así como aspectos vinculares, neurobiología del desarrollo, familia, empoderamiento, y modelos teóricos humanistas para abordar las necesidades de los niños, niñas y adolescentes afectados por el trauma y sus familias (Cohen, Mannarino y Deblinger, 2017).

La aplicación de este tipo de intervención requiere de una evaluación exhaustiva del caso, en la que se identifique la historia de victimización, se valore la presencia de síntomas de TEPT, se establezca una línea base y se realice una observación clínica de la víctima y sus cuidadores principales. A su vez, mediante pruebas estandarizadas se valorará la presencia de problemas cognitivos, de relaciones interpersonales, afectivos, familiares, problemas de comportamiento secundarios al trauma y somatizaciones (Cohen et al., 2017). Para una correcta evaluación se proponen los instrumentos de exploración que se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. *Instrumentos recomendados para la evaluación del niño, niña o adolescente.*

Instrumento	Edad aplicación	Objetivo de evaluación
Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA; Achenbach y Rescola, 2001)	Dependiendo del formato, de 1 ½ a 18 años	Metodología de informantes múltiples. Permite conocer la presencia de problemas relativos al estado de ánimo, síntomas somáticos, problemas sociales, de pensamiento, de atención, conducta de quebrantamiento de normas y conducta agresiva.
Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1981) Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996)	7 a 15 años A partir de los 13 años	Valoran la presencia de depresión y debe seleccionarse el que corresponda a la edad de la persona evaluada.
Children's Attributions and Perceptions Scale (CAPS; Mannarino, Cohen y Berman, 1994)	7 a 12 años	Realiza una evaluación de la estigmatización, confianza interpersonal, sentimiento de culpa ante eventos negativos, y credibilidad percibida.
Children Global Assessment Scale (CGAS; Shaffer et al., 1983)	7 a 17 años	Sirve para valorar el funcionamiento psicosocial en niños y adolescentes, basándose en las alteraciones que presenta el paciente en dominios doméstico, escolar y relaciones con pares.

Instrumento	Edad aplicación	Objetivo de evaluación
Child Sexual Behavior Inventory (CSBI; Friedrich et al., 1992)	2 a 12 años	Valora la presencia de comportamientos sexuales no apropiados para la edad correspondiente.
Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime versión (K-SADS-PL, Kaufman et al., 1997)	6 a 17 años	Valora la presencia de síntomas psicopatológicos en niños, niñas y adolescentes, siguiendo los criterios de trastornos contemplados en el DSM-IV-R.
State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC; Spielberg y Edwards, 1973) Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED, Birmaher et al., 1997)	9 a 15 años 8 a 18 años	Valoran la presencia de ansiedad. El STAIC hace la distinción entre ansiedad rasgo y ansiedad estado, mientras que el SCARED desglosa el tipo de ansiedad que experimenta la persona (generalizada, social, fóbica, etc.).

Este modelo de intervención se desarrolló con la finalidad de tratar los síntomas postraumáticos y del estado de ánimo, así como para trabajar las distorsiones subyacentes a los sentimientos de culpa, seguridad, confianza en los demás y en el mundo que suelen acompañar a la experiencia de victimización sexual (Cohen et al., 2004a). El modelo se ha expandido y en la actualidad sirve para tratar también otras situaciones traumáticas como son experiencias de maltrato físico y emocional, negligencia, exposición a violencia familiar y comunitaria, pérdidas traumáticas, conflictos bélicos, o desastres naturales (Cohen et al., 2017; de Arellano et al., 2014).

Si bien el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático (en adelante, TEPT) es fundamental para trabajar desde este modelo (Cohen, Berliner y Manarino, 2010), en niños y niñas de 6 años o menos no es necesario llegar a este diagnóstico y es suficiente la presencia de sintomatología referida a los criterios diagnósticos presentes en los manuales para tal objetivo (Cohen et al., 2017). Cabe destacar que el modelo ha demostrado su efectividad incluso con niños, niñas y adolescentes y sus cuidadores principales que se encuentran afrontando una experiencia traumática actual, que aún no ha finalizado (Cohen, Mannarino y Murray, 2011); así como con niños, niñas y adolescentes con experiencias traumáticas múltiples (Griffin y Wozniak, 2019). A su vez, además de tratar los síntomas de desajuste, el modelo ha demostrado incrementar la resiliencia personal de las víctimas que se someten al mismo (Deblinger, Pollio, Runyon y Steer, 2017).

Los únicos casos en los que se ha encontrado una efectividad limitada del

modelo son aquellos en los que la víctima se encuentra en un brote psicótico activo en la actualidad, y aquellos en los que la víctima presenta una conducta activamente suicida u homicida (de Arellano et al., 2014). Aquellos niños, niñas y adolescentes con una historia previa de síntomas psicóticos o con tendencias suicidas u homicidas pueden ser tratados mediante TF-CBT, aunque se debe monitorear su seguridad en todo momento.

Los valores centrales de este modelo de intervención se definen por el acrónimo CRAFTS (traducido al español como SEGUIR), el cual describe los principios básicos de las intervenciones basadas en la evidencia. Según estos valores, la práctica debe (a) estar basada en los componentes básicos; (b) entender y respetar los valores culturales tanto del paciente como de su familia; (c) ser adaptable y flexible, para adecuarse a las necesidades e idiosincrasias de quienes consultan; (d) estar focalizada en la familia, siendo las relaciones familiares uno de los componentes centrales de esta intervención; (e) valorar la importancia de la relación terapéutica, mejorándose los resultados cuando existe una buena alianza; y (f) enfatizar la auto-eficacia, incluyendo la auto-regulación en diversos dominios, lo que garantiza los efectos a largo plazo.

Los componentes PRACTICE

El modelo recomienda seguir los componentes básicos sobre los que se trabaja, en el orden progresivo que se presentan, y se propone el acrónimo PRACTICE (traducido al español como PRACTICA) que muestra la Tabla 3.

Tabla 3. *Componentes del modelo TF-CBT.*

P	Psicoeducación – sobre el trauma y las reacciones al mismo.
P	Habilidades parentales – para el manejo de conductas problema.
R	Técnicas de relajación – gestión de reacciones fisiológicas.
A	Aprender a identificar, expresar y modular emociones.
C	Conectar pensamientos, emociones y comportamientos.
T	Narración y procesamiento del trauma – corrección de distorsiones cognitivas.
I	Dominio sobre recuerdos traumáticos – superación del miedo.
C	Sesiones conjuntas con la familia.
E	Mejora de la seguridad y el desarrollo futuro.

Nota: P: Psychoeducation, P: Parenting skills, R: Relaxation skills, A: Affective modulation skills, C: Cognitive coping skills, T: Trauma narration and processing, I: In vivo mastering of trauma reminders, C: Conjoint child-parent sessions, E: Enhancing safety.

El primer componente (P – Psicoeducación) tiene lugar en el momento de hacer la devolución de resultados post-evaluación al niño, niña o adolescente y a su cuidador principal. Es uno de los componentes más importantes de este tipo de intervención, ya que no sólo sirve para introducirla, sino que se mantiene a lo largo del proceso. Una de las finalidades principales de este componente es la normalización de las respuestas que el niño, niña o adolescente dio a la situación

traumática, así como brindar información de diversa índole sobre la misma (e.g.: epidemiología, consecuencias, entre otros). Otra de las utilidades más importantes de este punto es ofrecer información sobre el modelo TF-CBT y su método, con la finalidad de garantizar el compromiso con el trabajo terapéutico y evitar el desistimiento prematuro posterior (Cohen et al., 2017).

Los restantes componentes se van incorporando al proceso terapéutico de manera progresiva, quedando divididos en tres fases de tratamiento (Cary y McMillen, 2012; Cohen, Mannarino, Kliethermes y Murray, 2012; Cohen et al., 2017).

Fase 1 – Estabilización y desarrollo de habilidades: contempla los siguientes cuatro puntos del acrónimo (PRAC), y en ella se trabaja sobre la mejora en la seguridad, habilidades de crianza, técnicas de regulación y modulación afectiva, habilidades de afrontamiento cognitivo, entre otros (véase la Tabla 4).

Tabla 4. *Componentes de la Fase 1 del modelo TF-CBT.*

P – Habilidades parentales	Es importante trabajar sobre este punto por las modificaciones en rutinas y habilidades parentales que la experiencia de victimización puede haber generado en la familia; pero también, sobre todo, cuando estas dificultades anteceden al trauma. Se trabaja desde los mecanismos utilizados en la familia para regular la conducta del niño o niña tanto antes del evento traumático, como posteriormente al mismo (Cohen et al., 2017). La implicación de los padres en el proceso terapéutico es un componente fundamental que contribuye al éxito del mismo. Estudios demuestran que el apoyo familiar adecuado reduce las posibilidades de sintomatología asociada en la edad adulta (Godbout, Briere, Sabourin y Lussier, 2014).
R – Técnicas de relajación	Ayudando a reducir las manifestaciones psicósomáticas del estrés y del TEPT, como la hipervigilancia, agitación, dificultades para dormir, irritabilidad y respuestas de ira. Todas estas reacciones, derivadas de una hiperactivación del sistema de afrontamiento al estrés, generan problemas en diversos ámbitos vitales de los niños y niñas afectados. Es de los primeros componentes que se incorporan a la terapia con la finalidad de ayudar a controlar los niveles de estrés durante la misma y entre las sesiones; siendo especialmente importante en casos que se requiere la exposición in vivo (Cohen et al., 2017).

A – Aprender a identificar, expresar y modular emociones:	<p>Desde la relación terapéutica y la psicoeducación sobre la necesidad de manifestar emociones “buenas” y “malas” se trabaja en la expresión de emociones y en la identificación de las mismas, especialmente en niños y niñas pequeños que no han adquirido el vocabulario necesario para realizar este tipo de tarea. Existen diversas maneras para trabajar sobre la identificación de las emociones, como cuentos infantiles, películas, listas con emociones, colores que las representen; que deben continuarse hasta que el niño o niña sea capaz de identificar y distinguir una amplia variedad de ellas. A medida que se logra una estabilidad, el terapeuta comienza a indagar sobre las emociones presentes en momentos de sintomatología o al recordar el evento traumático; siendo esta la parte fundamental del tratamiento. Este mismo proceso se lleva a cabo con los cuidadores principales, brindando un entorno seguro y cómodo para la expresión emocional. Para conseguir la modificación de las emociones displacenteras, se propone la interrupción de los pensamientos intrusivos, diálogo autodirigido positivo, mejorar la sensación de seguridad del niño o niña en el momento actual, así como habilidades sociales y para la resolución de problemas, preparando a los niños y niñas para el siguiente paso (Cohen et al., 2017).</p>
C – Conectar pensamientos, emociones y comportamientos:	<p>El trabajo con la triada cognitiva requiere, necesariamente, de un buen trabajo en el nivel anterior; esto permitirá que se haga una correcta distinción entre lo que son emociones y lo que es el pensamiento, favoreciendo el trabajo posterior de generar pensamientos alternativos para modificar, conjuntamente, los sentimientos que acompañan. Una vez que esto queda asentado, se trabaja sobre cómo ambos factores influyen en el comportamiento propio y las respuestas del resto. Es importante trabajar con los pensamientos de culpa que vayan surgiendo, así como con todos aquellos que sean inadecuados, ya que son la base fundamental para que surjan pensamientos más perturbadores y el paciente se sienta cómodo explicándolos. Para ello, se deben proponer intervenciones beneficiosas, como validar los sentimientos, o proponer ejercicios de relajación que permitan el paso a la siguiente fase de tratamiento (Cohen et al., 2017).</p>

Fase 2 – Narración del trauma y procesamiento: incluye sólo el quinto componente (T) y sirve para trabajar sobre la narración de los acontecimientos traumáticos y su procesamiento cognitivo (véase la Tabla 5).

Tabla 5. *Componentes de la Fase 2 del modelo TF-CBT.*

Narración del trauma:	<p>Es, posiblemente, la fase más intensa y extensa del modelo TF-CBT. El objetivo principal de este tipo de tarea es desvincular los pensamientos y recuerdos del evento traumático de las emociones negativas que acarrea como el terror, horror, desesperanza, ansiedad, o vergüenza. El niño, niña o adolescente debe ser capaz de explicar, paulatinamente, con mayor nivel de detalles todo lo acontecido antes, durante y después de la experiencia de victimización, así como las emociones que acompañaron cada momento. En ocasiones, suele ser necesario que el niño o niña realice, en una primera instancia, explicaciones desde la perspectiva actual, para luego adentrarse en la tarea de explicarlo como si volviera a ocurrir y lo detallase. Si existe más de un suceso dentro de las experiencias de victimización vividas, se tratará aquél que al niño o niña le genere más malestar, pudiéndose crear diversas narraciones del trauma si las experiencias son causadas por victimarios distintos. Al compartir los pensamientos y emociones, el terapeuta puede ayudar a recodificar la información desde la identificación y modificación de pensamientos distorsionados. La narración del trauma debe ser entendida como un proceso, más que como un producto (Cohen et al., 2017). Este componente ha sido señalado como muy importante en la efectividad de la terapia, reduciendo el miedo y ansiedad, y optimizando los resultados a largo plazo (Deblinger, Mannarino, Cohen, Runyon y Steer, 2011).</p>
Procesamiento cognitivo:	<p>Una vez creada la narración del trauma, y hablado extensamente sobre la experiencia traumática, el terapeuta comienza a identificar, explicar y corregir, junto al niño, niña o adolescente, las cogniciones desadaptativas. Estas cogniciones o pensamientos pueden ser desadaptativas por ser absolutamente falsas o por realizar generalizaciones de situaciones que no necesariamente son así. En esta instancia, es necesario trasladar la idea que somos responsables de elegir si mantenemos las cogniciones que tenemos o si, por el contrario, las modificamos; siendo esto especialmente importante en casos resistentes. De manera paralela, se trabaja con las distorsiones cognitivas que puedan haberse creado los padres o cuidadores principales sobre su responsabilidad entorno al trauma del niño o niña. Asimismo, se trabaja sobre el registro emocional que estas cogniciones despiertan (Cohen et al., 2017).</p>

Fase 3 – Consolidación y cierre: es una fase de integración, que comprende los últimos tres componentes (ICA). En esta fase se realizan sesiones conjuntas con los cuidadores principales, se mejora la seguridad y el desarrollo normativo del niño, niña o adolescente (véase la Tabla 6).

Tabla 6. *Componentes de la Fase 3 del modelo TF-CBT.*

I – Dominio sobre los recuerdos traumáticos:	Este es el único componente de la TF-CBT que es opcional. Se utiliza en niños que evitan situaciones seguras, generándose interferencia en la capacidad de desarrollarse correctamente. La exposición in vivo es la técnica que se usa para disminuir el malestar que generan las situaciones temidas. El problema principal que entraña la evitación es lo poderosa que es, y la auto-retroalimentación que se genera al calmar las emociones negativas al evitar situaciones o lugares angustiantes; es por ello que debe proponerse la exposición, ya que esta es el arma más efectiva contra la evitación (Cohen et al., 2017).
C – Sesiones conjuntas con la familia:	Durante el desarrollo de la TF-CBT se realizan encuentros conjuntos para revisar información educacional, la práctica de algunas habilidades, compartir la narrativa del trauma que el niño o niña ha conseguido hacer, y comprometerse en una mayor apertura comunicativa. La finalidad de estos encuentros es proveer la oportunidad que padres e hijos practiquen las habilidades trabajadas de manera conjunta, comprometiéndolos en la relación familiar, con el fin que el niño o niña se sienta más cómodo de hablar sobre el trauma con sus cuidadores, así como de otras cuestiones que se considere oportunas trabajar. Estas sesiones deben estar bien estructuradas y no pueden tener lugar hasta que los padres no tengan suficiente autocontrol emocional (Cohen et al., 2017).
A – Mejora de la seguridad y el desarrollo futuro:	Si bien se presenta como el componente final, podemos introducirlo y trabajarlo desde el inicio. Este componente busca realizar un entrenamiento en habilidades de seguridad personal, adquiriendo especial relevancia en experiencias de violencia interpersonal. La idea es crear un plan conjunto de acciones a llevar a cabo en circunstancias que son plausibles de generar inseguridad, incluyendo todas aquellas nuevas situaciones a las que deba enfrentarse el niño o niña (cambio de colegio o de ciudad). En la mejora de la sensación de seguridad, es importante el trabajo que se realice en las exposiciones in vivo anteriores (Cohen et al., 2017).

El modelo de intervención es aplicable desde los 3 años de edad, hasta los 18 años de la víctima. La duración aproximada de este tipo de intervención ronda las 12-18 sesiones de 50 minutos cada una, según el caso, pudiendo extenderse hasta 25 encuentros en casos de trauma complejo (Cohen et al., 2012) y encontrándose resultados efectivos con un mínimo de 8 sesiones (Griffin y Wozniak, 2019). La figura 1 muestra un resumen de los objetivos, temas a tratar y fases del modelo.



Figura 1. Resumen del modelo de intervención TF-CBT.

La aplicación de TF-CBT en casos de victimización sexual en la infancia y la adolescencia

El modelo de intervención TF-CBT está pensado para tratar todo tipo de traumas si bien el trabajo que se propone está muy focalizado en aquellas experiencias vinculadas a los traumas devenidos de experiencias de violencia interpersonal. Teniendo en cuenta los cuatro factores traumatogénicos propuestos por Finkelhor y Browne (1985) para la victimización sexual, se observa que el trabajo que se realiza desde el modelo TF-CBT apunta a combatir la presencia de los mismos, trabajando sobre las cogniciones erróneas y las emociones negativas. La utilización de esta técnica de intervención en casos de victimización sexual ha sido estudiada y ha mostrado ser efectiva, incluso en aquellos casos que presentaban complejidad sintomática (Cisler et al., 2015; Cohen et al., 2004a; Cohen et al., 2004b; Deblinger et al., 2011; Mannarino, Cohen, Deblinger, Runyon y Steer, 2012). Por ejemplo, se ha observado que en las víctimas de abuso sexual se muestra como una terapia eficaz sobre otras técnicas utilizadas (e.g., terapia centrada en el niño, la psicoterapia de padres y niños, o la psicoterapia estructurada para adolescentes en respuesta al estrés crónico) (Cohen et al., 2004b; Cohen et al., 2005; Weiner, Schneider y Lyons,

2009), mostrando el mantenimiento de la mejora alcanzada incluso 6 y 12 meses posteriores a la finalización de la misma (Deblinger et al., 2006).

Dada la importancia del apoyo familiar y, especialmente, del apoyo del cuidador no victimario, en la recuperación del niño, niña o adolescente (Wamser-Nanney, 2017), pero también dado el fuerte impacto que tiene la victimización en la salud de este cuidador (Cyr et al., 2018), los propios autores del modelo, en su manual *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents* (Cohen et al., 2017), proponen una guía psicoeducativa para trabajar con los padres y los niños referente al tipo de información que se les puede brindar sobre las experiencias de victimización sexual, las consecuencias, la prevalencia si el terapeuta lo considera oportuno, y otro tipo de dudas que la problemática puntual pueda suscitar. En cualquier caso, este trabajo no va dirigido al cuidador o familiar que haya intervenido de manera directa en el trauma.

Discusión

La victimización sexual infantil no sólo supone efectos para sus víctimas directas (Vizard, 2013), sino que extiende su influencia al núcleo más próximo. Por este motivo, las intervenciones que se propongan deben ser integrales e incluir a los cuidadores principales del niño o niña.

Es por esto, y por el abordaje integral que el modelo TF-CBT ofrece, que se presenta como la opción más efectiva para trabajar con niños, niñas y adolescentes que han vivido experiencias de victimización sexual en la infancia (Cisler et al., 2015; Cohen et al., 2004a; Cohen et al., 2004b; Deblinger et al., 2011; King et al., 2000; Mannarino, Cohen, Deblinger, Runyon, y Steer, 2012; Saywitz et al., 2000).

Mediante un modelo organizado en tres fases y 9 componentes, el programa de intervención TF-CBT no sólo reduce los síntomas negativos derivados de la experiencia de victimización sexual, sino que parece incrementar también la resiliencia personal de las víctimas (Deblinger et al., 2017).

Como profesionales, no se puede obviar la necesidad de trabajar desde la evidencia disponible en lo referente a la efectividad terapéutica atendiendo, al mismo tiempo, a la duración de los efectos conseguidos con la intervención (Cohen, Mannarino, y Knudsen, 2005). El modelo TF-CBT no sólo es aquél con un mayor número de estudios que avalan su efectividad, sino que dispone de una gran variedad de recursos para asistir a los clínicos que desean implementarlo. Así, se puede acceder a un completo manual teórico (Cohen et al., 2017), un manual de aplicaciones de casos (Cohen, Mannarino, y Deblinger, 2012), una página web con recursos formativos gratuitos (www.musc.edu/tfcbt2) y un servicio de consultas a través de la Medical University of South Carolina, entre otros recursos adicionales disponibles a través de la National Child Traumatic Stress Network (www.nctsn.org).

Conclusión

El modelo TF-CBT ha demostrado ser la forma de intervención más efectiva hasta el momento para el tratamiento de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia interpersonal, si bien sigue sin disponer de una amplia aceptación en nuestro país y la extensa mayoría de las publicaciones pertenecen a estudios realizados en los Estados Unidos de América, no existiendo parámetros comparativos en nuestro ámbito cultural cercano. Desde la aplicación del modelo clásico de Finkelhor y Browne (1985) a las consecuencias derivadas de la experiencia de victimización sexual, la revisión realizada demuestra que existe suficiente evidencia como para poder defender este modelo de intervención como el más adecuado para la recuperación de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual. Es por ello que urgen tanto la formación de profesionales en este modelo de intervención como el posterior estudio de la efectividad del mismo para la población hispanoparlante.

Referencias bibliográficas

- Achenbach, T. M. y Rescola, L. A. (2001). *Manual of the Achenbach system of empirically based assessment school-age forms & profiles*. Burlington, VT: Aseba.
- American Psychological Association, Presidential Task Force On Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J. y McKenzie Neer, S. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 545-553. <https://doi.org/10.1097/00004583-199704000-00018>
- Cary, C. E. y McMillen, J. C. (2012). The data behind the dissemination: a systematic review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth. *Children and Youth Services Review*, 34(4), 748-757. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.01.003>
- Cisler, J. M., Sigel, B. A., Kramer, T. L., Smitherman, K., Pemberton, J. y Kilts, C. D. (2015). Amygdala response predict trajectory of symptoms reduction during Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy among adolescent girls with PTSD. *Journal of Psychiatric Research*, 71, 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.09.011>
- Cohen, J. A. (2003). Treating acute posttraumatic reactions in children and adolescents. *Society of Biological Psychiatry*, 53(9), 827-833. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01868-1](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01868-1)
- Cohen, J. A., Berliner, L. y Mannarino, A. P. (2010). Trauma-Focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior problems. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 215-224. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.12.003>
- Cohen, J. A., Deblinger, E. y Mannarino, A. P. (2004a). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for sexually abused children. *Psychiatric Times*, 21, 1-5.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P. y Steer, R. A. (2004b). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393-402. <https://doi.org/10.1097/00004583-200404000-00005>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. y Deblinger, E. (2012). *Trauma-Focused CBT for children and adolescents: Treatment applications*. Nueva York, NY: The Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. y Deblinger, E. (2017). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents (2nd ed)*. Nueva York, NY: The Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Kliethermes, M. y Murray, L. A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse & Neglect*, 36(6), 528-541. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.03.007>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. y Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1-year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 29(2), 135-145. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.12.005>

- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. y Murray, L. K. (2011). Trauma-focused CBT for youth who experience ongoing traumas. *Child Abuse & Neglect*, 35(8), 637-646. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.05.002>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Perel, J. M. y Staron, V. (2007). A pilot randomized controlled trial of combined Trauma-Focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 811-819. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3180547105>
- Cuevas, C. A., Finkelhor, D., Clifford, C. y Ormrod, R. K. (2010). Psychological distress as a risk factor for re-victimization in children. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 235-243. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.07.004>
- Cyr, M., Frappier, J. Y., Hébert, M., Tourigny, M., McDuff, P. y Turcotte, M. E. (2018). Impact of child sexual abuse disclosure on the health of nonoffending parents: A longitudinal perspective. *Journal of Child Custody*, 15(2), 147-167. <https://doi.org/10.1080/15379418.2018.1460649>
- de Arellano, M. A., Lyman, D. R., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., ... Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(5), 591-602. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300255>
- de Jong, R., Alink, L., Bijleveld, C., Finkenauer, C. y Hendriks, J. (2015). Transition to adulthood of child sexual abuse victims. *Aggression and Violent Behavior*, 24, 175-187. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.04.012>
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K. y Steer, R. A. (2011). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for children: Impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety*, 28(1), 67-75. <https://doi.org/10.1002/da.20744>
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A. y Steer, R. A. (2006). A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1474-1484. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000240839.56114.bb>
- Deblinger, E., Pollio, E., Runyon, M. K. y Steer, R. A. (2017). Improvements in personal resiliency among youth who have completed trauma-focused cognitive behavioral therapy: A preliminary examination. *Child Abuse & Neglect*, 65, 132-139. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.12.014>
- Fergusson, D. M., McLeod, G. F. H. y Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 37(9), 664-674. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.013>
- Finkelhor, D. y Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 1-13. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x>
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. y Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Damon, L., Hewitt, S. K., Koverola, C., Lang, R. A., ... Broughton, D. (1992). Child Sexual Behavior Inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment*, 4(3), 303-331. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.3.303>
- Godbout, N., Briere, J., Sabourin, S. y Lussier, Y. (2014). Child sexual abuse and subsequent relational and personal functioning: The role of parental support. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), 317-325. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.001>
- Griffin, J. L. y Wozniak, J. (2019). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. En V. G. Carrión (Ed.), *Assessing and treating youth exposed to traumatic stress* (pp. 185-205). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., ... Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children – present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988. <https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>
- King, N. J., Tonge, B. J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., ... Ollendick, T. H. (2000). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical trial. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1347-1355. <https://doi.org/10.1097/00004583-200011000-00008>
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory*. Nueva York, NY: Multi-Health System.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29, 647-657. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.003>
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A. y Berman, S. R. (1994). The Children's Attributions and Perceptions Scale: A new measure of sexual abuse-related factors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23(2), 204-211. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2302_9
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Deblinger, E., Runyon, M. K. y Steer, R. A. (2012). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for children: Sustained impact of treatment 6 and 12 months later. *Child Maltreatment*, 17(3), 231-241. <https://doi.org/10.1177/1077559512451787>

- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 3-13. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1702.pdf>
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1846.pdf>
- Pereda, N. (2016). ¿Uno de cada cinco?: victimización sexual infantil en España. *Papeles del Psicólogo*, 37(2), 3-13. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2697.pdf>
- Pereda, N., Abad, J., Guilera, G. y Arch, M. (2015). Victimización sexual autorreportada en adolescentes españoles comunitarios y en colectivos de riesgo. *Gaceta Sanitaria*, 29(5), 328-334. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.05.003>
- Pereda, N. y Sicilia, L. (2017). Reacciones sociales ante la revelación de abuso sexual infantil y malestar psicológico en mujeres víctimas. *Psychosocial Intervention*, 26(3), 131-138. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2017.02.002>
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I. y López-Soler, C. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 67-93. Recuperado de: <http://www.aepc.es/ijchp/articulos.php?coid=English&id=371>
- Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner, L. y Cohen, J. A. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55(9), 1040-1049. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.9.1040>
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H. y Aluwahlia, S. (1983). A Children Global Assessment Scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40(11), 1228-1231. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790100074010>
- Spielberger, C. D. y Edwards, C. D. (1973). *STAIC preliminary manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children ("How I feel questionnaire")*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Steine, I. M., Winje, D., Christoffer Skogen, J., Krystal, J. H., Marita Milde, A., Bjorvatn, B., ... Pallesen, S. (2017). Posttraumatic symptom profiles among adult survivors of childhood sexual abuse: A longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, 67, 280-293. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.002>
- Vizard, E. (2013). Practitioner Review: The victims and juvenile perpetrators of child sexual abuse-assessment and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(5), 503-515. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12047>
- Wamser-Nanney, R. (2017). Maternal support following childhood sexual abuse: Links to parent-reported children's outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 67, 44-53. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.023>
- Weiner, D. A., Scheinder, A. y Lyons, J. A. (2009). Evidence-based treatments for trauma among culturally diverse foster care youth: Treatment retention and outcomes. *Children and Youth Services Review*, 31(11), 1199-1205. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.08.013>