

Terapia Cognitiva Conductual TCC-FT modificada aplicada a un caso de abuso sexual

Modified Cognitive Behavioral Therapy CBT-FT applied to a case of
sexual abuse

Terapia Cognitiva Comportamental Modificada TCC-FT aplicada a um
caso de abuso sexual

Mariana Figueredo ✉
Universidad Nacional de Itapúa



Olivia Gamarra ✉✉
Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción Filial Alto Paraná

RESUMEN

El estrés post traumático constituye un problema grave en salud mental, principalmente en poblaciones más vulnerables como son los niños y adolescentes. Se pretendió determinar los efectos del tratamiento con Terapia Cognitiva Conductual enfocada en el Trauma TCC-FT, con la modificación en el componente de trabajo con la familia, en los niveles de Estrés Post Traumático y Depresión en un caso de abuso sexual. La participante es una adolescente de 14 años atendida en el Ministerio de la Defensa Pública de la Ciudad de Encarnación, Paraguay. Se utilizó el diseño experimental de caso único con la modalidad de línea de base múltiple, donde se tomaron 4 mediciones durante un mes de pre tratamiento con la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático y el BDI-II. Se realizaron 16 sesiones de tratamiento con mediciones semanales, y luego mediciones un mes y un año postratamiento. Los resultados mostraron disminuciones por debajo del punto de corte en ambas escalas y los índices se mantuvieron bajos un año después del tratamiento. El componente de reestructuración cognitiva reportó reducciones en los niveles de estrés post traumático, pero no en los de depresión de manera significativa, y el componente de exposición al rechazo mostró aumentos en los niveles de estrés post traumático, y mantenimiento de los niveles de depresión. Se discuten las posibles explicaciones e implicancias de los resultados.

Palabras clave: terapia cognitiva conductual enfocada en el trauma; estrés postraumático; depresión; abuso sexual

ABSTRACT

Post-traumatic stress disorder is a serious mental health problem, especially in the most vulnerable population such as children and teenagers. This case study aimed at determining the effects of treatment with Cognitive Behavioral Therapy focused on the Trauma CBT-FT, with the modification in the component of work with the family, in stress levels linked to Post Traumatic Stress Disorder and Depression associated to a case of sexual abuse. The subject is a 14-year-old female served in the Ministry of Public Defense in the City of Encarnación, Paraguay. The experimental design of unique case was used with the modality of multiple baseline, where 4 pretreatment measurements were taken over a month with the Severity Scale Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder and BDI-II. 16 treatment sessions were conducted with weekly measurements and measurements after one month and one-year post treatment. The results showed levels decreased to a minimum on both scales and rates have remained low one year after the intervention. The cognitive restructuring component reported reductions in levels of post-traumatic stress, but not in those of depression significantly, and the component of exposure to rejection showed increases in post-traumatic stress levels, and maintenance of depression levels. The possible explanations and implications of the results are discussed.

Keywords: cognitive behavioral therapy focused on trauma; post-traumatic stress; depression; sexual abuse

RESUMO

O estresse pós-traumático constitui um grave problema em saúde mental, principalmente em populações mais vulneráveis como crianças e adolescentes. O estudo tem o objetivo de verificar os efeitos da Terapia Cognitivo-Comportamental focada no trauma, com a mudança no componente de família, nos níveis de transtorno de estresse pós-traumático e depressão em um caso de abuso sexual. A participante é uma adolescente de 14 anos que foi atendida pelo Ministério de Defesa Pública da cidade de Encarnación, Paraguai. Como método foi utilizado um experimento de caso único, com linha de base múltipla, utilizando quatro medições com o *Severity Scale Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder* e o *BDI-II* no pré-tratamento. Dezesesseis sessões de tratamento foram realizadas com medições semanais e, em seguida, medições de um mês e um ano após o tratamento. Os resultados mostraram redução abaixo do ponto de corte nas escalas e manutenção de índices baixos um ano após o tratamento. O componente de reestruturação cognitiva apresentou reduções nos níveis de estresse pós-traumático, mas não nos de depressão de forma significativa. O componente de exposição à rejeição apresentou aumento nos níveis de estresse pós-traumático e manutenção dos níveis de depressão. As possíveis explicações e implicações dos resultados são discutidas.

Palavras-chave: terapia comportamental cognitiva focada em trauma; estresse pós-traumático; depressão; abuso sexual

Los problemas psicológicos que aparecen durante la infancia y la adolescencia son muy frecuentes y pueden causar serias perturbaciones que afectan a corto, mediano y largo plazo. Afortunadamente con el avance de la psicología actualmente muchos de esos problemas pueden ser abordados con modelos terapéuticos basados en la evidencia científica que han demostrado ser eficaces (APA, 2014).

Entre las situaciones que ocurren en la infancia y adolescencia relacionadas con problemas psicológicos mayores como el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y comorbilidad con depresión y otros trastornos mentales, se encuentra la exposición a eventos traumáticos (Fletcher, 2009; Kilpatrick et al., 2003; Widom, DuMont, & Czaja, 2007). El TEPT se manifiesta en un rango de

síntomas como reexperimentación del incidente, evitación de los recuerdos del trauma y/ o incremento del umbral de activación emocional o embotamiento psicológico que ocasionan un deterioro clínicamente significativo en el niño o el adolescente por al menos un mes (APA, 2014). Los principales eventos desencadenantes de TEPT son el abuso físico o sexual, haber presenciado violencia, amenazas a la integridad física.

El abuso sexual provoca consecuencias muy negativas, personas que han sido víctima de una violación se encuentran en un riesgo mayor de desarrollar TEPT que las que han sufrido otro delito (Yehuda, 1999).

En Paraguay las tasas de abuso sexual sexuales se triplicaron en los últimos 5 años según fuentes de UNICEF (2013). Según datos del Ministerio de Salud Pública en el año 2014, 684 niñas entre 10 y 14 años y 20.009 adolescentes de entre 15 y 19 años dieron a luz en Paraguay, atendiendo que los embarazos en menores de 14 años son considerados como fruto de violaciones, estas cifras son alarmantes y constituye una vulneración de los derechos humanos de las menores en el país. Entre el 2015 y el 2016 se registraron 2380 denuncias de abuso sexual, además 111 casos de trata de personas, 593 casos de pornografía y 53 casos de proxenetismo. Las cifras en niños y adolescentes ascienden a 421 casos en el 2015 (Ministerio Público, 2015). También el Ministerio de Educación y Cultura, (2015) ha reportado 277 casos de niñas y adolescentes embarazadas matriculadas en centros educativos durante el año escolar 2015.

Existen en Paraguay varios programas de prevención del abuso sexual desde la Secretaría Nacional de la niñez 2012, a través de su Programa de Atención Integral a Víctimas de Trata y Explotación Sexual y adolescencia (Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia, 2011), pero no se registran programas de tratamientos psicológicos establecidos.

De acuerdo a los registros de instituciones, se puede afirmar que, en el Paraguay, se da la característica de la naturalización del abuso sexual, puesto que en muchos hechos confirmados prima la negación del abuso, la negativa a denunciar o la minimización del hecho. Fenómeno también reportado en otros países Latinos (Bringiotti, 1999).

Una revisión de los casos atendidos en el Ministerio de la Defensa Pública de la ciudad de Encarnación, Paraguay, arrojó que el 75% de los casos la madre no cree que el hecho haya ocurrido, no hizo la denuncia y no apoya a su hija. Generalmente este tipo de perfil corresponde a madres que mantenían una relación sentimental con el abusador cuando ocurrió el hecho. En algunos casos luego de los primeros abordajes, la madre accede a acompañar a su hija en los procesos judiciales y se compromete al acompañamiento terapéutico. Otras madres no acceden a entrevistas, se reúsan a acompañar a su hija y a hacer terapia psicológica y siguen en convivencia con el abusador, convirtiéndose así en una situación muy desfavorable para la recuperación psicológica de las víctimas. La situación es doblemente desventajosa cuando existen además otros tipos de maltrato, trastornos psicológicos de los padres, y cuando se da la desintegración de la familia a partir de la develación del abuso y la intervención de la justicia.

Ante este cúmulo de situaciones y cuando no se cuenta con posibilidades de acompañamiento de los padres en el proceso terapéutico, surge la necesidad de un tratamiento eficaz orientado solo al niño o adolescente y que pueda abordar las situaciones familiares generadoras de angustia e incertidumbre.

El tratamiento de las secuelas del trauma con mayor fundamento empírico e investigación rigurosa es el basado en el modelo Cognitivo-Conductual (Foa, Rothbaum, Riggs, & Murdock, 1993). Tanto la American Psychological Association, División 12 (APA, 2017) en sus guías clínicas, como El National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2005)

británico recomendó que la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) fuera el tratamiento de primera elección para el TEPT, tanto en adultos como en infancia.

Los enfoques de tratamientos cognitivo-conductuales de niños que han sido abusados sexualmente se centran particularmente en el significado de los eventos para los niños y los padres no culpables, esforzándose en identificar y abordar las cogniciones maladaptativas (p.ej. estar permanentemente "sucio"), las malatribuciones (p.ej. sentimientos de culpa y responsabilidad) y la autoestima baja. Además, las intervenciones, se utilizan más para abordar problemas evidentemente conductuales como conductas de externalización (agresión o "exteriorización"), conductas de internalización (ansiedad, auto culpa o desaprobación) o comportamiento sexualmente reactivo, generalmente mediante la implicación de un/el padre no responsable del abuso. Asimismo, los estudios han mostrado una disminución en el estrés de los padres y un incremento en las habilidades parentales una vez completado el tratamiento (Macdonald, Higgins, & Ramchandani, 2008).

Dentro de los tratamientos Cognitivos Conductuales, la Terapia Cognitivo Conductual-Focalizada en el Trauma (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2012) ha sido la única que ha recibido la mención de tratamiento eficaz bien establecido (De Arellano, Ko, Danielson, & Sprague, 2008; NCTSN, 2005; SAMHSA, 2008; Saunders, Berliner, Hanson, 2004).

El Ministerio de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS.gov, 2017), en los últimos años ha realizado diversas investigaciones a través de varios organismos propios y contratados, con el fin de encontrar las mejores prácticas terapéuticas en infancia maltratada. Así, el Registro Nacional de Programas y Prácticas Basados en la Evidencia (*National Registry of Evidence-Based Programs and Practices*, NREPP), concedió a la TCC-FT

entre un 3.6 y un 3.8 de 4.0 puntos posibles por efectividad para tratar el TEPT, la depresión y los problemas de conducta y un 3,6 de 4.0 por su calidad en la investigación (SAMHSA, 2008). La *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), encargó a la Universidad de North-Carolina (*RTI; International University of North Carolina Evidence-based Practice Center*) un informe para evaluar la eficacia comparativa de las intervenciones (psicosociales y/o farmacológicas) para niños y niñas de edades entre 0 a 14 expuestos a malos tratos, encontraron asimismo que la TCC-FT presentaba una eficacia media en la reducción de sintomatología (TEPT, ansiedad, depresión y agresividad), presentándose como la más relevante de las orientaciones teóricas relacionadas con la intervención en trauma (Forman-Hoffman et al. 2013).

En esta línea, una serie de revisiones, sobre los ensayos experimentales y cuasi experimentales llevados a cabo con la TCC-FT, han demostrado superioridad, frente a otras terapias, en menores víctimas de traumas múltiples; en la reducción de los síntomas de TEPT, ansiedad, depresión y problemas de conducta (Cary & McMillen, 2012).

La TCC-FT (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006), es un tratamiento de base cognitivo conductual, que incluye sesiones individuales tanto para los menores como para sus cuidadores, además de sesiones conjuntas. La terapia incluye ocho componentes: la psi coeducación, la relajación, modulación emocional, la desensibilización sistemática, la exposición en vivo y el procesamiento cognitivo.

Además de los beneficios a corto plazo del tratamiento, los estudios han demostrado la efectividad de la TCC-FT durante periodos de seguimiento de uno y dos años luego de completado el mismo (Cohen & Mannarino, 1998; Cohen, Mannarino, & Knudsen, 2005; Deblinger, Steer, & Lippmann, 1999). Los autores recomiendan la

replicabilidad en población Latina, indígena, y con otras comorbilidades.

Considerando la estructura familiar que presentan los casos reportados de abuso en el Paraguay, surge la siguiente interrogante: ¿se puede abordar terapéuticamente a un adolescente sin la colaboración de sus padres en el tratamiento? Teniendo en cuenta las evidencias existentes con respecto a la exposición en el estrés post traumático (Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan, & Foa, 2010), y particularmente en situaciones de pérdida de vínculos de apego (Shear, Frank, Houck, & Reynolds, 2005; Loebach Wetherell, 2012), se optó por agregar el componente de exposición al rechazo, y basado en la evidencia existente con respecto a la regulación emocional, un componente de reestructuración cognitiva (Barlow, Allen, & Choate, 2016; Etkin, Büchel, & Gross, 2015, Gross, 2002).

Esta investigación es de carácter experimental de caso único donde se interviene terapéuticamente con el protocolo de la terapia TCC-FT trabajando solo con la víctima y no con los padres. Se quiere conocer si esta modificación tiene implicancia en el resultado sobre los niveles de estrés postraumático y depresión.

METODOLOGÍA

Diseño

El Diseño de esta investigación es experimental de caso único. Se hicieron inferencias a cerca de los efectos de la intervención comparando condiciones sin tratamiento (Kazdin, 1982).

La modalidad del diseño empleado fue de línea de bases múltiples y contempló una fase de línea base, una fase de tratamiento, una fase de seguimiento y una nueva evaluación luego de un año.

La fase de línea base contempló dos líneas de base que se establecieron para cada variable dependiente,

se tomaron mediciones semanales como así también durante el tratamiento.

Se optaron como unidades de análisis variables dependientes: 1. Los niveles de estrés postraumático y 2. Los niveles de depresión, y como variable independiente el protocolo de tratamiento modificado.

Población

Víctimas de abuso sexual que acuden al Ministerio de la Defensa pública de la Ciudad de Encarnación.

Muestra

La elección fue intencional tomando como criterios de selección: 1. Presencia de abuso sexual. 2. Presencia de diagnóstico de estrés postraumático y depresión asociada, 3. Pérdida del apoyo de la madre.

Entorno

El Ministerio de la Defensa Pública de Encarnación donde se ha llevado a cabo esta investigación es una institución que ejerce la defensa de sus usuarios, vigilando la efectiva aplicación del debido proceso, en el ámbito de su competencia. Es reconocido por el fácil acceso a la justicia para los sectores más vulnerables de la sociedad, contribuyendo a la protección de los derechos humanos. En el fuero de la niñez y adolescencia los defensores públicos asumen la defensa y garantizan el cumplimiento de los derechos de los menores (Ministerio de la Defensa Pública, 2017).

Los hechos de abuso sexual llegan derivados de otras instituciones como Consejería municipal por los derechos del niño, niña y adolescente CODENI, juzgados o escuelas, generalmente son derivados para que se tomen medidas de protección del menor y en otras situaciones constituyen la primera denuncia realizada. Generalmente suelen ser los familiares quienes sospechan el hecho o recibieron

la manifestación de la víctima y acuden al Ministerio de la defensa Pública para denunciar, en otros casos vienen a solicitar otras gestiones como prestación de alimento, relacionamiento y convivencia. Los abusos son revelados en las entrevistas y evaluaciones psicológicas cuando no se sospechaba el hecho. En una revisión de todos los casos de abuso sexual atendidos en la oficina durante el periodo 2013 a 2016, se vio que el abuso lo comete en mayor número de casos el padrastro con un 35%, seguido por otro familiar (tío, hermano) 25%, el padre biológico en 17,8 % de los casos, es cometido por un desconocido en un 14,2% y lo ejerce un no familiar conocido (vecino, amigo de la familia) en un 7%. Constituyendo en el 77,8 % de los casos, abuso sexual intrafamiliar. El periodo en que se da el abuso es 20% en la primera infancia, 32% en la segunda y tercera infancia y un 50% en la adolescencia. En el 46,4% de los casos el abuso ha sido reciente y en el 53,6 % el único o primer abuso ha sido hace varios años, esto denota que la mayoría de los casos se trata de abuso sexual sistemático donde se produce el síndrome de acomodación al abuso sexual y el mismo es develado de forma tardía, generalmente luego de un conflicto familiar o en el periodo de la adolescencia. En muchos otros casos la denuncia nunca se realizó y fue ocultada por los familiares. En el 53,6 % de los casos el abuso intrafamiliar duró varios años y en la mayoría el abusador pasó del tocamiento a la violación. En el 75% de los casos la madre no cree que el hecho haya ocurrido, no hizo la denuncia y no apoya a su hija. Generalmente este tipo de perfil corresponde a madres que mantenían una relación sentimental con el abusador cuando ocurrió el hecho. Las madres en general tienen conflictos con sus hijas adolescentes, alegan que ellas tienen malas conductas, no quieren seguir la disciplina de la casa, quieren ser promiscuas e inventan el hecho para salir de la casa. En los abusos sexuales de niñas pequeñas se encontró madres alcohólicas y con graves negligencias en el cuidado, generalmente

minimizan el hecho y no se atreven a denunciar o no denuncian por ser los abusadores familiares muy cercanos como hermanos, hijos, sobrinos.

Se encontraron algunos casos de madres que explotaron sexualmente a sus hijas, sobre quienes pesa un proceso penal por el hecho.

En algunos casos luego de los primeros abordajes, la madre accede a acompañar a su hija en los procesos judiciales y se compromete al acompañamiento terapéutico, mientras otras no acceden a entrevistas, se reúsan a acompañar a su hija, se rehúsan a hacer terapia psicológica, siguen en convivencia con el abusador, manteniendo una situación muy desfavorable para la recuperación psicológica de las víctimas.

Se observó que las secuelas del abuso sexual infantil son bastante perjudiciales. En muchos casos y especialmente en adolescente se observaron síntomas muy graves como indicadores de estrés postraumático, depresión con ideación suicida, automutilación, adicciones y hasta síntomas psicóticos que requirieron asistencia psicológica y psiquiátrica de urgencia. Esta situación se complica cuando no se cuenta con familiares aptos para la tutela.

Participante

Adolescente de 14 años, madre de una niña de 1 año, quien relata el hecho de abuso sexual por su padrastro desde los 11 años. El abuso fue sistemático aproximadamente una vez por semana y la violación es completa desde la primera vez, las primeras veces de forma violenta y luego la adolescente comenzó a ceder bajo amenazas. Aparecieron síntomas de estrés postraumático inmediatamente después de la primera violación como pesadillas y reexperimentación y depresión con síntomas psicóticos como alucinaciones visuales y auditivas relacionadas con el abuso (una voz que se convirtió en su amiga y le sugería escaparse o matarse para

detener la secuencia de violaciones). Empezó a manifestar bajo rendimiento escolar conductas disruptivas como desobediencia a la madre, salidas nocturnas, promiscuidad sexual, consumo de alcohol y drogas en algunas ocasiones, además varios intentos suicidas con hospitalizaciones. Durante su embarazo seguía conviviendo con el padrastro, pero los abusos se detuvieron, durante este tiempo persistían los síntomas de estrés postraumático y depresión, pero disminuidos como así también disminución de las conductas disruptivas, luego del parto y los siguientes meses hubo un creciente en el nivel de sus síntomas de estrés postraumático y depresión.

Instrumentos

1. *La escala de gravedad de síntomas del Estrés postraumático* (Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua, & Zubizarreta, 1997) es una escala de evaluación heteroaplicada que consta de 17 ítems, basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV, y que sirve para evaluar los síntomas de este cuadro clínico en víctimas de diferentes sucesos traumáticos. Tiene como objetivo facilitar el diagnóstico del Estrés Postraumático desde una perspectiva categorial, pero también medir la severidad del trastorno, al cuantificar cada síntoma según su frecuencia e intensidad.

Esta escala, estructurada en un formato tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia de los síntomas, consta de 17 ítems, 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación, el rango es de 0 a 51 en la escala global, de 0 a 15 en la escala de reexperimentación, de 0 a 21 en la evitación y de 0 a 15 en la activación.

El punto de corte en la escala global para el diagnóstico de TEPT es de 15. En este caso la sensibilidad sería de 100% y la especificidad del 93,7%; la eficacia diagnóstica resultante sería del 95,45%, que se puede considerar muy satisfactoria.

Para la evaluación precisa del trastorno de estrés postraumático requiere que la puntuación total de la escala se distribuya equilibradamente en las diferentes subescalas. De este modo los puntos de corte propuestos para detectar la gravedad clínica de este trastorno en cada una de las subescalas parciales son los siguientes: reexperimentación, 5 puntos, evitación, 6 puntos; y aumento de la activación, 4 puntos.

2. *El Inventario de depresión de Beck – Segunda Edición* (Beck, 2009), es un instrumento de autoinforme compuesto por 21 ítems cuya finalidad es medir la severidad de la depresión en adultos y adolescentes a partir de los 13 años. Esta versión del BDI fue desarrollada para evaluar los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos descriptos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales Cuarta Edición (APA, 2014). Las puntuaciones del BDI-II se determinan mediante la suma de las elecciones para los 21 ítems. Para esta investigación se utilizó la versión argentina de BDI-II, que reúne los requisitos psicométricos para su utilización en forma válida en nuestro medio. Se ha constatado su consistencia interna y la estabilidad Test-retest en muestras de pacientes externos, en sujetos de población general y en estudiantes universitarios. Se ha obtenido evidencia de su validez externa (convergente y discriminante) e interna (validez factorial), así como indicadores de validez para discriminar apropiadamente a pacientes del estado de ánimo de quienes padecen otro tipo de trastornos mentales. Los puntajes de corte para determinar los distintos grados de depresión son: rango 0-13 mínimo, 14-19 leve, 20 a 28 moderado y 29 a 63 serio.

3. *Protocolo de tratamiento TCC-FT*: TCC-FT es una intervención manualizada, basada en diversos componentes y dirigida a niños de entre 3 y 17 años, que hayan estado expuestos a un rango de eventos traumáticos (Cohen, Mannarino, & Deblinger,

2006). La TCC-FT puede ser utilizada eficazmente con una amplia variedad de jóvenes de entornos culturales diversos y puede ser implementada con jóvenes que han sufrido múltiples traumas (Cohen, Deblinger, & Mannarino, 2004). Utilizando un enfoque de intervención flexible, la TCC-FT utiliza elementos de distintos modelos conceptuales de tratamiento, incluyendo el cognitivo-conductual, el del apego, el humanístico, de *empoderamiento*, y de terapia familiar. Las sesiones abordan una variedad de síntomas asociados con la exposición a traumas en niños y adolescentes, incluyendo TEPT, depresión y otras dificultades emocionales y conductuales significativas. Una evaluación objetiva utilizando medidas estandarizadas es esencial para la implementación eficaz de la TCC-FT. La evaluación brinda información que permite adaptar el tratamiento a las dificultades particulares presentadas por cada niño y sus padres.

Los componentes principales de la TCC-FT están organizados de acuerdo con las siglas PRACTICA: (P) psicoeducación y habilidades de crianza; (R) relajación; modulación y expresión (A) afectiva; afrontamiento y procesamiento (C) cognitivo; narración del (T) trauma; exposición (I) in-vivo, sesiones (C) conjuntas; y (A) aumento de la seguridad en el futuro y desarrollo (Cohen, Kelleher, & Mannarino, 2008).

Al protocolo original se le ha modificado el componente de trabajo con la familia del paciente, trabajando sólo con la adolescente y se han agregado dos componentes: la *exposición cognitiva al rechazo* y la *reestructuración cognitiva de la realidad*.

PROCEDIMIENTO

Previo a la implementación del tratamiento se realizó la evaluación diagnóstica, el establecimiento de las metas del tratamiento y selección del tratamiento más adecuado.

La intervención psicológica se realizó durante los meses de julio y agosto del 2016 y la evaluación de seguimiento un año después.

El diagnóstico principal antes del tratamiento fue 309.81 (F43.10) Trastorno de estrés postraumático y 300.4 (F34.19) Trastorno depresivo persistente (distimia), grave, con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo, de inicio temprano.

Antes de comenzar a aplicar el protocolo de tratamiento se midieron los niveles de estrés postraumático y de depresión para la línea de base, observándolos por cuatro semanas mientras se hacía un trabajo de contención y acompañamiento en los procesos judiciales.

Luego se desarrollaron 16 sesiones dos veces por semana. Se desarrollaron los 8 módulos del protocolo original TCC-FT y se incluyeron en la sesión 13 y 15 los módulos experimentales para esta investigación.

INTERVENCIÓN

Durante la sesión inicial del tratamiento se revisaron los resultados de la evaluación, distinguiendo los aspectos positivos y negativos del contexto. Se consideró necesaria la desvinculación temporal de la adolescente con su madre, quien seguía conviviendo con el abusador, ejercía presión para retirar la denuncia, no creía que el abuso hubiera ocurrido y acusaba a su hija de hacer una denuncia falsa. Dentro de su núcleo no se encontraron familiares que podrían encargarse del cuidado de la adolescente con su hija y de los traslados para el tratamiento, por lo que se dio la separación de su hija, se consideró muy importante trabajar estos aspectos angustiantes para la adolescente en las primeras sesiones.

Al momento de iniciar al tratamiento, la adolescente presentaba sintomatología propia del TEPT crónico, donde los síntomas intrusivos correspondían a

pensamientos, sueños y flashbacks frecuentes y relacionados con la situación traumática vivida, los síntomas evitativos consistían en la imposibilidad de la adolescente de estar en presencia de su padrastro.

Los síntomas de aumento de la activación fisiológica estuvieron asociados a un estado de hiperalerta y desconfianza extrema, así como también al aumento notable de su irritabilidad y agresividad. Además, ante cualquier exposición a un estímulo relacionado con la violación la paciente reaccionaba con crisis de llanto e impulsividad. Lo que más llamaba la atención de sus familiares y por lo cual la calificaban como incapaz de cuidar a su bebé eran los estados de embotamiento y huida de la realidad. Esta sintomatología era intensa e invalidante, siendo variable durante dos años, desde que ocurrió la primera violación hasta que comenzó el proceso de psicoterapia.

Componente 1. Psicoeducación y habilidades de crianza

Se trabajó con la condición: paciente únicamente. La psicoeducación se dirigió a la paciente y no se realizó aquí la psicoeducación a los padres ni habilidades de crianza.

En la primera sesión: se habló de la importancia y la necesidad del tratamiento, se motivó en la participación activa y el compromiso, aquí la adolescente manifestó su deseo y necesidad de tratamiento. La confianza con el terapeuta ya se había logrado en el acompañamiento judicial.

Se plantearon sesiones individuales dos veces por semana, se explicó el tiempo aproximado de duración del tratamiento. Y se inspiró esperanza y confianza en la eficacia del modelo de tratamiento, explicándole la denominación, los aspectos que se trabajan y mostrándole algunos materiales. Se procedió a completar el cuadernillo de sesiones anotando días de las sesiones y horario, luego se le

pidió que escribiera su estado actual: estado de ánimo, sentimientos, pensamientos, emociones y se revisó cada uno de ellos y luego responder si cree que necesita el tratamiento, si cree que le va ayudar.

En la segunda sesión: se inició con la psicoeducación se mostró a la adolescente los resultados de sus evaluaciones explicándole que los síntomas correspondían al trauma por abuso sexual y que esas mismas características se dan también en personas que sufrieron otro tipo de trauma. Se explicó el mecanismo de la evitación y el motivo por el cual aparece, se habló de los síntomas de reexperimentación y de activación presentes en ella y se dialogó sobre el nivel de malestar y limitación de estos síntomas. Se le explicó el plan de tratamiento y la manera en que cada uno de los componentes va ayudar a su recuperación, como por ejemplo afrontar los recuerdos en vez de evitarlos, aprender a relajarse para reducir el malestar de los síntomas de activación fisiológica. También se brindó información referente al trauma, la frecuencia y las características en otros países y nuestro medio, dando como ejemplo otros casos atendidos por la terapeuta. Luego se le explicó las razones por las que suceden los eventos traumáticos y como suelen responder las víctimas. Los motivos de los ofensores sexuales, la patología que ellos presentan, la manera que tienen de acercarse a sus víctimas para ganar su confianza o seducirla en algunos casos o amenazarla y agredirle en otros casos. Todas estas informaciones si bien tienen el objetivo de reducir la culpa y la responsabilidad desencadenan malestar por la confrontación de los recuerdos, por lo que se validaron constantemente esas emociones. Se cerró la sesión con ejercicios de relajación.

En la tercera sesión: se trabajó sobre las creencias y los conceptos erróneos sobre el abuso, se habló sobre la virginidad (concepto médico y psicológico), en este aspecto se le explica que para algunas culturas o creencias la virginidad es algo

que se entrega libremente a otra persona y no algo que puede ser “robado”. Se propuso como tarea investigar sobre la virginidad y el pecado elaborando algunas preguntas para hacerlas a un padre o pastor de alguna iglesia que ella elija. Para el cierre de la sesión se completó el cuadernillo sobre lo desarrollado en la sesión y se solicitó a la adolescente que escriba sobre sus principales creencias y preocupaciones en relación al abuso, luego se discutió sobre esas creencias y se cerró con ejercicios de relajación.

Componente 2. Relajación

En la cuarta sesión: se dialogó sobre la experiencia de hablar con el cura. La adolescente manifestó que la experiencia ayudó a disminuir la culpa por no tener la responsabilidad ni el pecado, a tener esperanza en entregar su virginidad a conciencia y en el tiempo indicado, además ayudó a iniciarse y comprometerse en practicar la oración, que se incluyó como un recurso válido dentro de la terapia. Aquí se inició activamente el componente de relajación, se enseñó habilidades de relajación para manejar los síntomas fisiológicos del miedo y la ansiedad. Se enseñó la relajación progresiva de Jacobson y se fijaron horarios de realización diaria de esta técnica, también se enseñó la relajación con visualización creativa guiada por la terapeuta en las sesiones donde principalmente se visualizaban colores y la respiración que barrían las emociones desagradables del cuerpo y pensamientos negativos de la mente. Se fijó también como tarea realizarlas en los momentos que se sintiera con emociones y pensamientos desagradables, explicándole que siempre primero debería reconocer, validar y aceptar sus emociones o pensamientos para luego dejarlos ir con la relajación. También se propuso utilizar los recursos de la oración en todo momento. Luego de la explicación sobre las respuestas fisiológicas comunes del cuerpo al estrés, se completó el cuadernillo identificando estos

síntomas, los momentos en que ocurren con más frecuencia y el nivel de malestar de cada uno. La adolescente reportó respiración agitada, el aumento de la frecuencia cardiaca, la tensión muscular, los dolores de cabeza y del cuerpo, el dolor de estómago y las náuseas como síntomas diarios.

Componente 3. Expresión y modulación afectiva

En la quinta sesión: se habló de la experiencia con los ejercicios de relajación, se practicó en presencia de la terapeuta y se describió las sensaciones, enumerando las situaciones donde podía ayudarla y en qué medida. Luego se inició con los ejercicios de expresión y modulación afectiva. Primeramente, se ayudó a identificar y nombrar el rango completo de emociones que acompañan la exposición a eventos traumáticos, incluyendo las negativas (shock, miedo, enojo, tristeza, vergüenza), las positivas (amor, curiosidad, sensaciones físicas positivas, etc.) y las mixtas o confusas. La adolescente identificó sus emociones, registró en el cuadernillo las emociones que generan los recuerdos del abuso y las repercusiones de ello (la separación de su madre y su incapacidad de cuidar a su hija a causa de sus malestares). Luego se buscó situaciones favorables como la de recibir ayuda y posibilidad de mejoría del malestar, ser una buena madre si se lo propone y las emociones positivas que esto genera como el amor, la esperanza, el optimismo.

Se intercambiaron ideas de cómo expresar emociones en forma apropiada y afectiva, se enseñó a utilizar estrategias como el auto-dialogo positivo, para ello se escribió en el cuadernillo afirmaciones positivas para repetir las constantemente. La paciente manifestó que seguía llorando muchas horas al día, para ello se recomendó que no reprimiera el llanto, se validó el llanto como expresión emocional necesaria en el proceso por las situaciones dolorosas pasadas y actuales, se recomendó que tratase de darse cuenta de sus

pensamientos mientras lloraba y los trajera a la próxima sesión para dialogar sobre ellos.

En la sexta sesión: se dialogó sobre cada uno de los síntomas, pensamientos y emociones que estuvo experimentando los últimos días, se explicaron otras técnicas para manejar el malestar como interrupción de pensamientos, imaginación positiva. Se habló de las habilidades sociales necesarias para la convivencia y resolución de problemas. La paciente tarjo a sesión malestares por conflictos con su cuidadora actual, tristeza por el alejamiento de su hija y por escuchar noticias de su madre quien la culpabilizaba y la manera en que defendía a su pareja (padraastro abusador). Todo esto generaba un gran malestar y pensamientos suicidas, lo que requirió sesiones fuera del horario habitual, donde se aprovechó para hablar del suicidio y de las formas adaptativas versus desadaptativas de expresar emociones.

Componente 4. Procesamiento Cognitivo y afrontamiento

Séptima sesión: durante el módulo de procesamiento cognitivo y afrontamiento el terapeuta enseñó a identificar y compartir sus pensamientos y diálogos internos más íntimos, primero sobre eventos cotidianos aprovechando las experiencias sucedidas los días anteriores y sobre los procesamientos cognitivos del trauma. Se explicó el ABC o triangulo cognitivo y la manera en que los pensamientos están relacionados con los sentimientos y comportamientos, para identificar pensamientos erróneos o desadaptativos relacionados al trauma y desafiar los errores de pensamiento, reemplazándolos con pensamientos más correctos, útiles y adaptativos. Se recomendó realizar el ABC ante cada situación desagradable o las veces que sean necesarias mínimamente tres veces al día hasta el final del tratamiento.

Componente 5. Narrativa del trauma

Octava sesión: en el módulo de narración y procesamiento del trauma primeramente se habló del mecanismo de la evitación y la utilidad de afrontar los recuerdos. Se le pidió que comparase el nivel de malestar que tenía la primera vez que contó el abuso y el que tenía en ese momento. Luego se le ofreció leer algunas historias de abuso sexual en algunos informes reales y se pasó al siguiente paso de escribir su narración del abuso para luego leer en voz alta. Se cierra la sesión con ejercicios de relajación.

Sesiones novena y décima: se retomó con la narración y se trabajó en los detalles del incidente y las distorsiones cognitivas que aparecían en su relato como; “tenía que contarle a mi mamá la primera vez”, “tenía que escaparme de mi casa, tenía que ser más fuerte”, “tenía que gritar”, “cómo pude dejar que lo haga por tanto tiempo”, “soy una inútil”, “me siento un asco”. Aquí se comenzó a ayudar activamente a la adolescente a modificar las distorsiones cognitivas proveyendo información correcta, desafiando pensamientos negativos y utilizando autoafirmaciones positivas. Se utilizó la técnica de juego de roles con la consigna: ¿qué le dirías a una amiga o a tu hermana si estuviera en tu situación y con pensamientos negativos y de culpa?

Componente 6. Exposición in vivo

Sesión decimoprimera: se preparó la exposición *in vivo*, la lista de confrontación incluía la vivienda materna y la presencia de su padraastro abusador, el plan consistía en hablar sobre lo que generaba visitar ese lugar y analizar las posibilidades de lo que podría pasar asignando el rango de malestar. Se realizó exposición imaginaria de las situaciones de menor a mayor rango de malestar. Se pidió la colaboración de la cuidadora de su hija para que acompañe al hogar materno a su primera exposición *in vivo*, se recomendó que solo permaneciera un tiempo corto y reportara telefónicamente a su terapeuta el nivel de malestar. Se comunicó

telefónicamente a la madre en qué consistía el ejercicio y se pidió su colaboración.

La primera experiencia fue abrumadora para la adolescente, pues se sintió muy segura en el hogar materno hablando con su madre, pero cuando dialogan sobre el padrastro comenzó a sentirse mal.

Sesión decimosegunda: se habló de lo sucedido, se planteó retomar nuevamente gradualmente la exposición *in vivo* y ensayar la manera de resolver otras situaciones. Se utilizó el termómetro de ansiedad para las situaciones vividas y lo que supondrían otras situaciones. Se revisó la tarea del triángulo cognitivo y se escribió y analizó más de esta tarea en sesión. Se trabajaron específicamente pensamientos suicidas. Se trabajó nuevamente la exposición imaginaria, la adolescente sugirió repetir la exposición *in vivo* en la casa materna, mencionó que se sentía mucho mejor después de la experiencia y más fortalecida de enfrentar mejor en la segunda vez. Se confeccionó una lista de salidas alternativas a situaciones altamente estresantes como ver de frente a su padrastro o que el la maltrata verbalmente, se realizó la exposición imaginaria de cada situación. Se realizó la exposición *in vivo* nuevamente en la casa materna. Para dar seguridad a la adolescente se llamó a la madre a comentarle de la nueva visita como parte de una tarea con el acompañamiento de la guardadora de su hija. A la acompañante se pidió que la esperase en la entrada de la casa. Se recomendó a la adolescente hablar con su madre solo de temas cotidianos.

Componente 7. Exposición al rechazo

Sesión decimotercera: Se evaluaron los resultados de la exposición *in vivo*, para luego iniciar el módulo “Exposición Cognitiva al rechazo”. Aquí se conversó con la paciente sobre la posibilidad de citar a la madre para conocer su postura ante los hechos, primeramente, de los posibles resultados de dicha entrevista, sobre las posibles reacciones de la

madre y los sentimientos que generaba en ella la postura de su madre. Se observó durante las anteriores sesiones que esta era la situación que generaba más angustia en la paciente. Ella manifestó sus profundos deseos de que su madre le creyese, apoyase y contuviese, y sus deseos de vivir nuevamente con ella. Se realizó imaginación sobre las posibles reacciones de su madre (aceptación y rechazo) y se planteó la narración del hecho a su madre en la siguiente sesión. Como preparación, se procedió a realizar el ejercicio de imaginación. Se optó primero por imaginar que, al relatar el hecho a su madre, ésta reacciona de manera positiva: la contiene, le cree y se reconcilian, y luego la reacción negativa, donde la madre la rechaza y la culpabiliza. Se validó la tristeza y el dolor al sentir la reacción negativa de su madre y se instaló el recurso de sustitución de pensamiento donde se plantea “yo desearía que mi madre me apoyase, pero el hecho de que sea mi deseo no significa que va ocurrir solo porque yo lo necesito”.

Componente 8. Sesión Conjunta

Sesión decimocuarta: se realizó la sesión conjunta con la madre, primeramente, a solas con ella, se le pidió que exprese su punto de vista sobre la situación. Refirió lo mismo que en la primera intervención en el caso: enojo hacia su hija por mentir y hacer la denuncia a propósito para causar daño. Las palabras que usó la madre fueron bastante despectivas hacia su hija. Se procedió luego a hacer *psi coeducación*, se mostró a la madre materiales donde aparecen los indicadores comportamentales más frecuentes en del abuso sexual infantil y se explicó además los motivos por los que las víctimas suelen guardar el secreto de lo que ocurre en la casa por mucho tiempo. La madre siguió sosteniendo fuertemente su postura. Se le informó que como parte de la terapia su hija debía relatar el hecho y se solicitó escuchar el relato de su hija sin interrumpirla y sin juzgarla, a lo que ella accedió.

Se prosiguió con la narración de la adolescente en presencia de su madre, la madre escuchó sin interrumpir. Para cerrar la sesión a solas con la adolescente se valoró su valentía y las emociones que aparecieron. Con la madre individualmente también se valoró su tiempo, su esfuerzo por no interrumpir, apreciando también que se entiende que no es fácil la situación que está atravesando.

Componente 9. Restructuración Cognitiva de la realidad

Sesión decimoquinta: en la sesión se habló de la experiencia en la sesión conjunta con su madre y se identificaron los pensamientos distorsionados y se incluyeron ejercicios de restructuración cognitiva y aceptación de la realidad (negación afectiva de su madre). Se trabajó el triángulo cognitivo de esta situación, se incorporó la restructuración cognitiva y se planteó la aceptación de la realidad. Se Construyó un listado de los avances y logros hasta esta sesión.

Componente 10. Aumento de la seguridad en el futuro y desarrollo

Sesión decimosexta: Durante la sesión se habló de las habilidades de seguridad en general y personal, se elaboró un plan de seguridad para situaciones peligrosas, una lista de riesgos posibles en el entorno, se elaboró una lista de maneras de comunicar a otros las experiencias que atemorizan o la confunden, además una lista de personas y recursos con que puedan contar cuando se enfrentan situaciones peligrosas. Se escribió sobre las habilidades descubiertas y capacidad de resolver problemas. Se enseñó el concepto de asertividad y se trabajó en ello para diferentes situaciones. Se brindó información sobre la conciencia del propio cuerpo, el abuso sexual y educación sexual (incluyendo contacto corporal adecuado e inapropiado), educación sobre hostigamiento (*bullying*) y/o resolución de conflictos. Surgió

trabajar una nueva relación sentimental que estaba iniciando, se dio recursos para manejar la auto victimización y evitar hablar sobre el abuso sexual a nuevas parejas o personas.

A continuación, se presenta un resumen de las sesiones de terapia en la Tabla 1.

RESULTADOS

A continuación, se presenta el Gráfico 1, en el cual se puede observar la fluctuación de los niveles de síntomas de estrés post-traumático, como fueran evaluados a través de la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés post-traumático, cuyo rango va de 0 a 51 puntos.

En el periodo pre tratamiento se obtuvieron puntuaciones globales máximas que representan niveles de Estrés Postraumático muy elevados. Presentando en las líneas de base 1, 2, 3 y 4 respectivamente puntajes de 50, 50, 48, 48.

Durante las 8 semanas de tratamiento se pudieron observar diferentes cambios en las puntuaciones globales, así desde el inicio del tratamiento hasta la semana 4 se registraron descensos progresivos en los niveles de TEPT. La escala global presenta un punto de corte de 15 puntos para el diagnóstico de TEPT, registrándose a partir de la tercera semana puntuaciones por debajo de este corte. A partir de la quinta semana se vio un incremento en la puntuación global durante el desarrollo de los módulos “Narración y procesamiento del trauma”, los módulos introducidos al modelo original: Exposición Cognitiva la rechazo y la Restructuración Cognitiva de la realidad y el módulo de “exposición *in vivo*” con puntuaciones por encima de 15 puntos. Se finalizó con un descenso a niveles mínimos sin diagnóstico de TEPT en la última semana de tratamiento donde se desarrolló el módulo aumento de seguridad en el futuro.

Tabla 1

Resumen de las sesiones de terapia

Componentes Originales del Protocolo	Componentes Introducidos en el Estudio.	Sesiones
1. Psico-educación		Sesión 1, 2, 3
2. Relajación		Sesión 4
3. Expresión y modulación afectiva		Sesión 5, 6
4. Procesamiento cognitivo y afrontamiento		Sesión 7
5. Narrativa del trauma		Sesión 8, 9,10
6. Exposición en vivo		Sesión 11, 12
	7. Exposición cognitiva al rechazo	Sesión 13
8. Sesión conjunta		Sesión 14
	9. Reestructuración cognitiva de la realidad	Sesión 15
10. Aumento de la seguridad en el futuro		Sesión 16

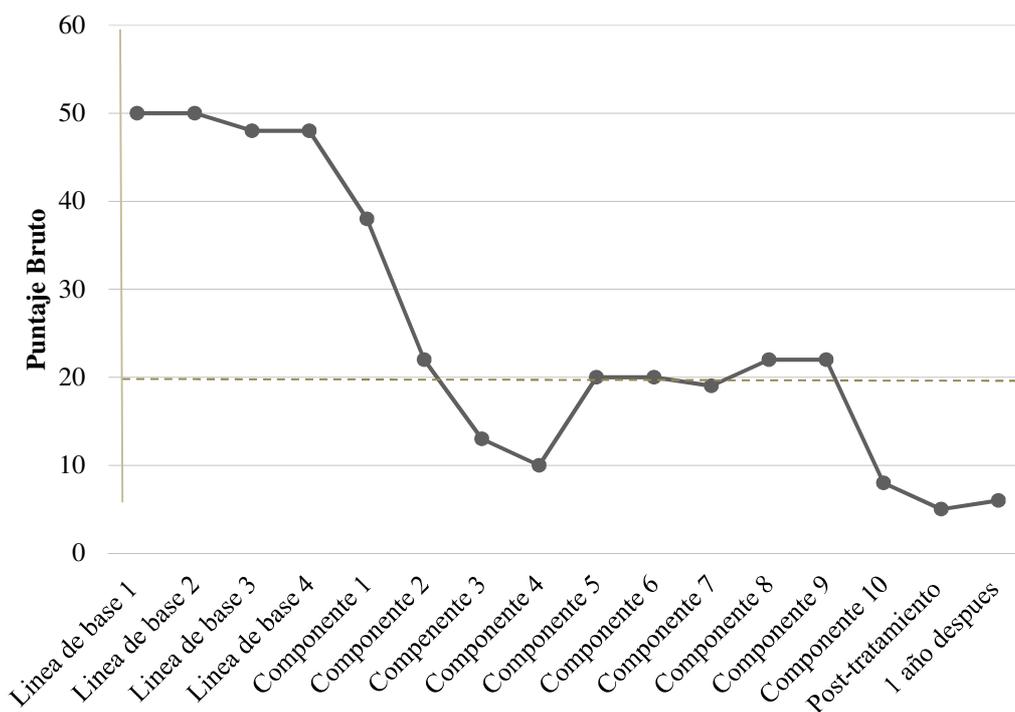


Gráfico 1. Resumen de la intervención en los niveles de estrés posttraumático, evaluados a través de la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Post-traumático. La línea punteada establece el punto de corte del diagnóstico del TEPT.

Se pudo observar en la etapa de seguimiento que la medición post tratamiento luego de un mes registró un nuevo descenso y la medición un año después se mantuvo en niveles muy mínimos, puntuaciones globales 5 y 6.

A continuación, se presenta el Gráfico 2, en el cual se puede observar la fluctuación de los niveles de síntomas de depresión, tal como fueran evaluados a través de Inventario de Depresión de Beck, cuyo rango de puntaje va de 0-63.

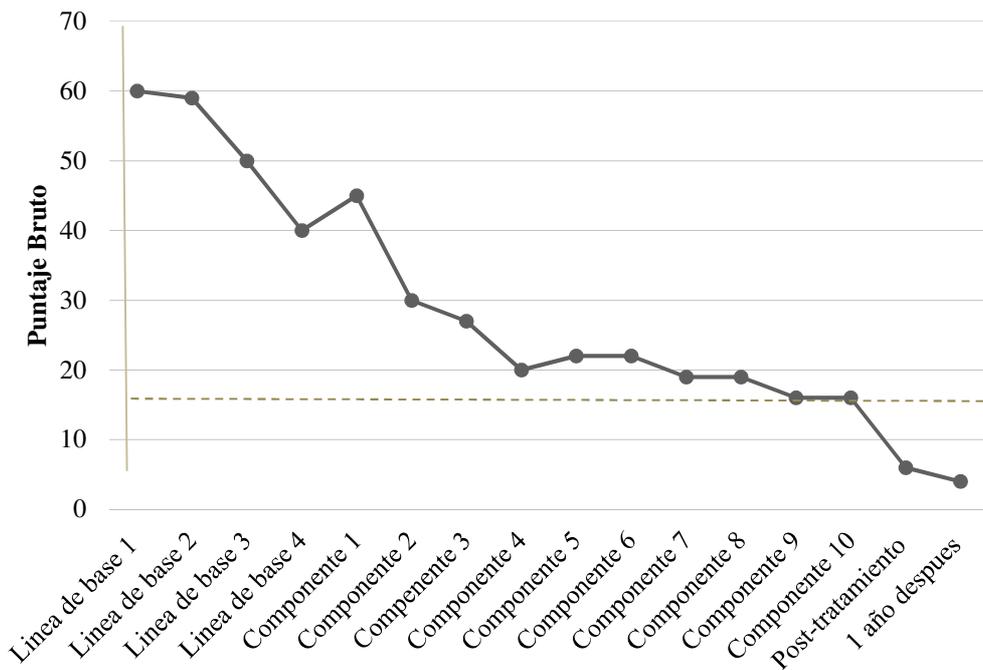


Gráfico 2. Resumen de la intervención en los niveles de depresión, evaluados a través del Inventario de Depresión de Beck. Las líneas punteadas establecen los rangos de depresión 0 – 13 Mínimo 14 – 19 Leve 20 – 28 Moderado 29 – 63 Severo.

Las medidas de la depresión a través del BDI-II también presentaron características semejantes a las de estrés postraumático. Se registraron medidas muy elevadas en las líneas de base 60, 59, 50 y 40, estas puntuaciones son consideradas Depresión severa (rango 29-63). En la primera y segunda semana de tratamiento los puntajes se mantuvieron elevados con tendencia a disminución (45, 30). Se registraron descensos progresivos en las puntuaciones hasta la cuarta semana (27, 20), con un pequeño aumento entre la quinta y la sexta semana durante el desarrollo de los módulos “Narración y procesamiento del trauma”, estas puntuaciones representan depresión moderada (rango 20-28). En la séptima y octava semana se registraron puntuación de 19 y 16 correspondientes al nivel de depresión leve (rango 14.19). En el periodo de seguimiento se observó mejoría, obteniendo una puntuación de 6 en la medición post tratamiento. Luego de un año se registró una puntuación de 4, que corresponde a nivel mínimo de depresión (rango 0-13) en la escala BDI-II.

DISCUSIÓN

Esta investigación expone los resultados de la aplicación de un protocolo de tratamiento para el estrés postraumático y depresión en una adolescente víctima de abuso sexual, atendida en el Ministerio de la Defensa Pública de la Ciudad de Encarnación.

Las características de las familias en nuestro medio constituyen un obstáculo para el tratamiento psicológico de la víctima de abuso sexual, ya que lo más preocupante es la minimización del hecho por la propia madre de la víctima, quien en la mayoría de los casos no cree que el abuso haya ocurrido, no hizo la denuncia y no apoya a su hija en la denuncia y en el tratamiento. Este perfil generalmente corresponde a madres que mantenían una relación sentimental con el abusador cuando ocurrió el hecho, en general las madres tienen conflictos con sus hijas adolescentes, alegan que ellas tienen malas conductas, no quieren seguir la disciplina de la casa, quieren ser promiscuas e inventan el hecho para salir de la casa. En los abusos sexuales de niñas

pequeñas se encuentran madres alcohólicas y con graves negligencias en el cuidado. En este contexto se justifica la necesidad de terapias para el abuso sexual que aborden específicamente el rechazo de las madres, ofreciéndoles a las víctimas nuevos recursos para sobrellevar las emociones que este rechazo genera.

Desde el punto de vista teórico existían evidencias de que la exposición era un componente no sólo útil para reducir la ansiedad, sino también el distrés que genera la pérdida de un vínculo de apego (Shear, Frank, Houck, & Reynolds, 2005; Loebach Wetherell, 2012). A su vez, existían evidencias con respecto a la reestructuración cognitiva como una estrategia saludable de regulación emocional en niños, adolescentes y adultos (Barlow, Allen, & Choate, 2016; Etkin, Büchel, & Gross, 2015, Gross, 2002).

Teniendo en cuentas estas características, la investigación planteó aplicar un tratamiento Cognitivo Conductual enfocado en el trauma TCC-FT con modificaciones, ya que el modelo original incluye sesiones con los padres no abusadores. Así, se introdujo un módulo antes y uno después del módulo sesiones conjuntas con padres: 1) Exposición Cognitiva al rechazo y 2) La Reestructuración Cognitiva de la realidad.

Los resultados mostraron que los niveles de estrés postraumáticos descendieron por debajo del punto de corte establecido por el instrumento y los de depresión también descendieron a niveles mínimos con el tratamiento. Estos indicadores comenzaron a mostrarse a partir de la tercera sesión, con el trabajo de los primeros componentes del tratamiento: la psicoeducación y la relajación. Con relación a los cambios clínicos se observó buena adherencia al tratamiento, cambios en las cogniciones, mejores estrategias de afrontamiento, cambios conductuales positivos. Las ideas suicidas seguían surgiendo en varias sesiones del tratamiento, pero no se dio ningún intento suicida y en las etapas de

seguimiento los pensamientos suicidas se extinguieron.

A diferencia de lo reportado por Shear et al., (2005), y por Loebach Wetherell (2012), luego de la introducción del componente de exposición al rechazo aumentaron 3 puntos los niveles de estrés post traumático, y se mantuvieron constantes los niveles de síntomas depresivos. En primer lugar, debe tenerse en cuenta que lo reportado por los autores corresponde a ensayos clínicos con adultos en situación de duelo complicado, y no a adolescentes con estrés post traumático. En segundo lugar, para que la exposición sea efectiva en la reducción del nivel de ansiedad y de distrés general debe ser prolongada en cuanto a su duración, y repetida. En el protocolo de Shear et al. (2005) se realizan exposiciones imaginarias y en vivo con repeticiones diarias, y duraciones que van de los diez minutos a la media hora. La ausencia de repetición en la exposición puede haber sido un factor que afectó la eficacia de este componente.

La introducción del componente de reestructuración cognitiva reportó reducciones de 14 puntos en la sintomatología del estrés post traumático, no obstante, no produjo reducción de puntos en los síntomas de depresión. Sólo el componente de la psicoeducación reportó reducciones mayores, 16 puntos, lo cual sugiere el rol de la regulación emocional en la patogénesis y en el mantenimiento del estrés post traumático, y la importancia de la investigación de dichos mecanismos. El hecho de que el componente de reestructuración cognitiva no haya tenido resultados en cuanto a la medida de los síntomas depresivos es un hecho ya reportado (Dimidjian et al., 2006; Hawley et al., 2017), y que sugiere mecanismos diferentes en cuanto a la regulación emocional, en la cual las emociones negativas se reducen por medio de la reevaluación cognitiva, y a la regulación del estado de ánimo, más influenciada por los niveles de actividad y sueño principalmente, que por las cogniciones.

Se recomienda realizar otras investigaciones tomando estas modificaciones a la terapia TCC-FT con grupo control aleatorizados y compararlos con otros tratamientos, a su vez realizar ensayos clínicos comparando los componentes de reestructuración cognitiva y de exposición al rechazo. Con respecto a este último componente, también sería útil comparar la eficacia del mismo según la cantidad de exposiciones y el tiempo de las mismas, dentro de la terapia TCC-FT. Las próximas investigaciones podrían realizar un análisis por sub escalas de TEPT y depresión, mostrando los síntomas más persistentes a través del tiempo, ya que esta investigación se limitó al análisis en base a las puntuaciones generales obtenidas a través de los instrumentos. Por otro lado, se sugiere realizar validaciones de estos y otros instrumentos en la población paraguaya, ya que constituye una limitación metodológica en este trabajo.

A partir de esta investigación se vio la necesidad de acompañamiento a las víctimas en los procesos de justicia. Existe gran preocupación por la revictimización de los niños y niñas quienes deben pasar por muchas instancias de evaluaciones. Esto se podría remediar planteando un protocolo de actuación justo con un protocolo de terapia TCC-FT, ya que cada declaración de la víctima se convertiría en un proceso terapéutico utilizando adecuadamente los módulos de narración del trauma y exposición en vivo que contempla la terapia enfocada en el trauma.

Se evidencia también la necesidad de capacitación a las autoridades judiciales sobre las características de las víctimas de abuso sexual, especialmente en adolescentes con conductas disruptivas ya que muchas veces erróneamente quitan credibilidad en el testimonio.

En cuanto al rol negativo que ejercen muchas madres al negar el hecho y la retirada de apoyo a su hija, es altamente recomendable tomar acciones

legales sobre el hecho punible de omisión al deber del cuidado.

REFERÊNCIAS

- American Psychological Association - APA. (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association - APA. (2017). *Trauma*. Retrieved from <http://www.apa.org/topics/trauma/index.aspx>
- American Psychological Association - APA. (2017). *Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults*. Retrieved from <http://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2016). Toward a unified treatment for emotional disorders – Republished Article. *Behavior Therapy, 47*(6), 838-853.
- Beck, A. (2009). *BDI-II Inventario de Depresión* (2nd ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Botero, C. (2005). Efectividad de una intervención cognitivo-conductual para el estrés postraumático. *Universitas Psychologica, 4*(2), 205-220.
- Bringiotti, M. I. (1999). *Maltrato Infantil: Factores de riesgo para el maltrato físico en la población infantil*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Cary, C. E., & 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. doi:10.1016/j.childyouth.2012.01.003

- Cohen, J. A., Deblinger, E., & Mannarino, A. P. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 393-402. doi:10.1097/00004583-200404000-00005
- Cohen, J. A., Kelleher, K., & Mannarino, A. P. (2008). Identifying, treating and referring traumatized children: the role of pediatric providers. *Archives of pediatric and adolescent medicine*, 162, 447-452. doi:10.1001/archpedi.162.5.447
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1998). Interventions for sexually abused children: initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 3, 17-26. doi:10.1177/1077559598003001002
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Press. doi:10.1176/appi.ps.201300255
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2012). *Trauma-focused CBT for children and adolescents: treatment applications*. New York: Guilford Press. doi:10.1177/1077559512451787
- Cohen, J. A., Mannarino, A., & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 135-145.
- De Arellano, M. A., Ko, S. J., Danielson, C. K., & Sprague, C. M. (2008). *Trauma-informed interventions: Clinical and research evidence and culture-specific information project*. Los Angeles: National Center for Child Traumatic Stress. Retrieved from http://nctsn.org/nctsn_assets/pdfs/CCG_Book.pdf
- Deblinger, E., Steer, R. A., & Lippmann, J. (1999). Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse and Neglect*, 23, 1371-1378. doi:10.1016/S0145-2134(99)00091-5
- Department of Health & Human Services - HHS.gov. (2017). *Search for maltreatment on HHS.gov*. Retrieved from https://search.hhs.gov/search?q=maltreatment&HHS=Search&site=hhs.gov_only&entqr=3&ud=1&sort=date:DL:d1&output=xml_no_dtd&ie=UTF-8&lr=lang_en&client=HHS&proxystylesheet=HHS&filter=0
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalzing, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., ... & Atkins, D. C. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: Propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526. doi:4808201600020000400018
- Etkin, A., Büchel, C., & Gross, J. J. (2015). The neural bases of emotion regulation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(11), 693.
- Finkelhor, D. (2005). *Abuso sexual al menor. Causas, consecuencias y tratamiento*. Mexico: Pax Mexico.
- Fletcher, J. M. (2009). Childhood mistreatment and adolescent and young adult depression. *Social Science & Medicine*, 68, 799-866. doi:10.1016/j.socscimed.2008.12.005

- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., & Murdock, T. B. (1993). Post-traumatic stress disorder in rape victims. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, *12*, 273-303. doi:10.1007/BF00977239
- Forman-Hoffman, V., Knauer, S., McKeeman, J., Zolotor, A., Blanco, R., Lloyd, S., & Viswanathan, M. (2013). Child and adolescent exposure to trauma: Comparative effectiveness of interventions addressing trauma other than maltreatment or family violence. *Comparative Effectiveness Review*, *107*.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, *39*(3), 281-291
- Hawley, L. L., Padesky, C. A., Hollon, S. D., Mancuso, E., Lapos, J. M., Brozina, K., & Segal, Z. V. (2017). Cognitive-behavioral therapy for depression using mind over mood: CBT skill use and differential symptom alleviation. *Behavior therapy*, *48*(1), 29-44.
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the national survey for adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 692-700. doi:10.1037/0022-006X.71.4.692
- Loebach Wetherell, J. (2012). Complicated grief therapy as a new treatment approach. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *12*(2), 159-166.
- Macdonald, G. M., Higgins, J., & Ramchandani, P. (2008). *Intervenciones cognitivo-conductuales para el abuso sexual de niños* (Revisión Cochrane traducida, Vol. 4). Retrieved from <http://www.biblioteca.cochrane.com>
- Ministerio de la Defensa Pública. (2017). *Misión y Visión*. Retrieved from <http://www.mdp.gov.py/el-ministerio/mision-y-vision>
- Ministerio Público. (2015). *Informes*. Retrieved from <http://www.ministeriopublico.gov.py/ano-2015-i1030>
- National Child Traumatic Stress Network - NCTSN. (2005). *Empirically Supported Treatments and promising practices*. Retrieved from <http://www.nctsn.org/>
- National Institute for Clinical Excellence - NICE. (2005). *Post-traumatic stress disorder: management - Clinical guideline*. Retrieved from <http://www.nice.org.uk/guidance/cg26>
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., & Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical psychology Review*, *30*(6), 635-641.
- Saunders, B. E., Berliner, L., & Hanson, R. F. (2004). *Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment*. Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center. doi:10.1080/19361521.2011.545811
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration - SAMHSA. (2008). *Review of trauma-focused cognitive behavioral therapy*. Retrieved from <http://nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=135>
- Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia. (2011). *Seguimiento al Estudio de las Naciones Unidas sobre Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes - Datos de Paraguay*. Retrieved from www.unicef.org/paraguay/spanish/py_hoja_datos_violencia_abr11.pdf

Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *JAMA*, *293*(21), 2601-2608.

Widom, C. S., DuMont, K., & Czaja, S. J. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of General Psychiatry*, *64*(1), 49-56. doi:10.1001/archpsyc.64.1.49

Yehuda, R. (1999). Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, *44*, 317-326. doi:10.1177/070674379904400104

Recebido em 03/03/2018 Revisado em 24/03/2018 Aceito em 05/04/2018
--