

Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma

Psychotherapy for Victims of Sexual Abuse Inspired in Trauma Focused Cognitive-Behavior Therapy

Cristóbal Guerra^a & Paulina Barrera^b

^a*Escuela de Psicología, Universidad Santo Tomás, Viña del Mar, Chile*

^b*Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, Viña del Mar, Chile*

En Chile existe muy poca investigación referida a la efectividad de las intervenciones terapéuticas con adolescentes víctimas de abuso sexual. En el resto del mundo hay evidencia de la efectividad de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (TF-CBT) que hacen suponer de su utilidad en el contexto chileno. Por esta razón, el objetivo de este estudio fue realizar la evaluación piloto de un protocolo inspirado en la TF-CBT. En total participaron 21 adolescentes de sexo femenino (edades entre 12 y 17 años) que estaban ingresadas a un centro de atención a víctimas en la ciudad de Viña del Mar, Chile. Catorce adolescentes completaron el programa de tratamiento basado en la TF-CBT, en tanto siete adolescentes conformaron el grupo de comparación. Todas las participantes respondieron instrumentos de autorreporte para evaluar su sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad. Los resultados muestran que el grupo de tratamiento disminuyó significativamente su sintomatología, en tanto el grupo de comparación no mostró variaciones. Se discute sobre la utilidad de este tipo de tratamientos en el contexto chileno y sobre la necesidad urgente de obtener evidencia empírica sobre la efectividad de los tratamientos que actualmente se implementan en el país.

Palabras clave: abuso sexual, adolescentes, terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, investigación en psicoterapia.

In Chile there is little research about the effectiveness of therapeutic interventions with adolescent victims of sexual abuse. In the world, there is evidence of the effectiveness of trauma focused cognitive behavior therapy (TF-CBT), which suggest its usefulness in the Chilean context. Therefore, the aim of this study was to do a pilot evaluation of a protocol inspired by the TF-CBT. The participants were 21 adolescents (12 to 17 years old) who were admitted to a victims care center in the city of Viña del Mar, Chile. Fourteen adolescents completed the treatment program based on TF-CBT, and seven adolescents formed the comparison group. All participants responded self-report scales to assess their symptoms of post-traumatic stress, depression and anxiety. The results show that the treatment group significantly reduced their symptoms, while the comparison group showed no change. It is discussed about the usefulness of this type of treatment in the Chilean context, and over the imperative need to increase the empirical evidence of effectiveness of the treatments which are currently being implemented in this country.

Keywords: sexual abuse, adolescents, trauma focused cognitive-behavior therapy, psychotherapy research.

Los autores agradecen a Patrick Smith, Institute of Psychiatry Psychology & Neuroscience King's College London, UK.

Contacto: C. Guerra, Escuela de Psicología de la Universidad Santo Tomás, 1 norte 3041, Viña del Mar. Correo electrónico: cguerravio@yahoo.es

Cómo citar: Guerra, C. & Barrera, P. (2017). Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. *Revista de Psicología*, 26(2), 1-13.
<http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.47952>

Introducción

Las víctimas de abuso sexual infantil comúnmente sufren una serie de consecuencias adversas entre las que se destacan el estrés postraumático (TEPT), la depresión y la sintomatología ansiosa (Arredondo, 2002; Pereda, 2009; Saywitz, Mannarino, Berliner, & Cohen, 2000).

Tal como muestra una revisión reciente, en Chile el abuso sexual en contra de personas menores de 18 años presenta una alta incidencia y prevalencia (Guerra & Pereda, 2015). Por esta razón, el Estado de Chile, a través del Servicio Nacional de Menores (Sename), ha implementado una serie de centros especializados en la atención de las víctimas de abuso sexual infantil y adolescente. Actualmente, a lo largo de todo el país, existen más de 120 centros especializados en la atención a víctimas de abuso sexual infantil y adolescente. Además, cada año se abren nuevos centros debido a la alta demanda que estos tienen. Estos centros son financiados por Sename, pero administrados por instituciones externas u organismos no gubernamentales que deben funcionar siguiendo las normativas técnicas elaboradas y supervisadas por el mismo Sename.

En las normas técnicas de estos programas especializados (Sename, 2013) se establece que la intervención debe realizarse considerando el interés superior del niño y se enfatiza en que la intervención debe ser interdisciplinaria, incluyendo la psicoterapia y la labor de trabajadores sociales. No obstante, Sename (2013) no sugiere un modelo particular de psicoterapia para ayudar a las víctimas, omitiendo cualquier referencia a la abundante evidencia que existe a nivel internacional sobre la efectividad de algunos modelos de psicoterapia por sobre otros. Las normativas técnicas utilizadas en Chile son demasiado generales (Capella & Gutiérrez, 2014), dejando abierta la posibilidad de que los equipos profesionales realicen intervenciones sin el soporte empírico suficiente, lo que es un riesgo para las víctimas que ellos atienden.

Ante la falta de profundidad de las normativas técnicas, los terapeutas tienen la opción de revisar ellos mismos los resultados de estudios empíricos. Desafortunadamente, en Chile existe una amplia brecha entre la investigación empírica y la psicoterapia. La investigación en el área de la psicoterapia es escasa en el país (Vera-Villaruel

& Ortiz, 2003; Vera-Villaruel & Mustaca, 2006), y mucho más escasa en el área de la psicoterapia con víctimas de abuso sexual (Guerra & Arredondo, 2017). Adicionalmente, los psicólogos clínicos chilenos indican que ellos usualmente no leen los resultados de las investigaciones en psicoterapia (Moncada & Kühne, 2003), por lo que parece poco probable que accedan a los artículos publicados en el extranjero y, de ese modo, complementen sus prácticas con la evidencia de la investigación.

La realidad chilena contrasta con lo que sucede en otras partes del mundo. Por ejemplo, en Estados Unidos el Departamento de Justicia patrocinó una revisión de los tratamientos con evidencia empírica de su efectividad para apoyar a los niños y adolescentes que han sufrido maltrato físico y sexual (Saunders, Berliner, & Hanson, 2004). Lo mismo sucede en el Reino Unido, donde existe una guía específica de tratamientos basados en la evidencia para víctimas de abuso sexual (National Institute for Health and Care Excellence, 2005). En ambos países se sugiere la realización de programas de tratamiento basados en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT, por su nombre en inglés Trauma Focused Cognitive-Behavior Therapy) como uno de los tratamientos adecuados para tratar las consecuencias adversas del abuso sexual.

El Ministerio de Salud de Chile (Minsal) y Unicef (2011) también recomiendan la TF-CBT para el manejo del estrés, TEPT, problemas de conducta, autoestima y aumento de apoyo parental de los menores de 15 años abusados sexualmente. No obstante, esta sugerencia está basada en la revisión de evidencia extranjera, sin entregar sugerencias para su aplicación en el contexto nacional ni evidencia específica de su efectividad en este país.

Debido a lo anterior, parece pertinente realizar estudios que entreguen evidencia de la utilidad de la TF-CBT en el contexto chileno. A continuación se explica en qué consiste este modelo de terapia, para luego describir los objetivos y resultados de este estudio.

Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma

La TF-CBT corresponde a un modelo de psicoterapia originalmente diseñado por Cohen,

Mannarino, & Deblinger (2006) para ayudar a niños, adolescentes y a sus padres a superar las consecuencias negativas de eventos traumáticos. En particular, la TF-CBT fue diseñada para reducir los síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático.

La TF-CBT está basada en los principios del modelo cognitivo-conductual. Habitualmente la duración del tratamiento es de 12 sesiones, que incluyen sesiones individuales con el niño, individuales con sus padres, y conjuntas con el niño y sus padres.

El tratamiento está organizado en los siguientes componentes (Cohen et al., 2006): psicoeducación (para normalizar las respuestas de la víctima ante los eventos traumáticos y reforzar pensamientos que le permitan afrontar la situación exitosamente); habilidades parentales (dirigidas a reforzar y/o entrenar las habilidades adecuadas en los padres que les permitan entregar un soporte y apoyo adecuado a sus hijos); relajación (para entregarle a la víctima las herramientas necesarias para reducir su ansiedad en diferentes etapas del tratamiento); expresión y regulación emocional (en orden a lograr que la víctima aprenda a expresar sus emociones de forma asertiva en lugar del afrontamiento evitativo); afrontamiento cognitivo y procesamiento cognitivo (para que la víctima pueda explorar activamente sus pensamientos y pueda reconocer y modificar aquellos que sean errados o disfuncionales); creación de una narrativa del trauma (con el objetivo de que la víctima pueda enfrentar los recuerdos traumáticos y con base en ello logre una reestructuración cognitiva que le permita integrar la experiencia traumática en su vida); exposición en vivo a estímulos que le recuerden el trauma (para reducir en la víctima la evitación de situaciones inocuas que le recuerden el trauma, mediante la exposición gradual a recuerdos y/o actividades inofensivas que se encuentran asociadas al evento traumático); establecimiento de un plan de seguridad y de desarrollo a futuro (para aumentar la sensación de autoeficacia de la víctima).

Los componentes recién señalados están interrelacionados entre sí. La duración y profundidad con que se trabaje cada uno de ellos dependerá de

las necesidades de cada víctima y de sus familias¹.

La TF-CBT es un modelo flexible que debe ser adaptado a las necesidades de cada familia, considerando aspectos culturales (De Arellano, Danielson, & Felton, 2012). Además, el éxito de la terapia dependerá de la conformación de una fuerte alianza terapéutica entre la víctima, sus padres o adultos responsables y el terapeuta (Cohen, Mannarino, Kliethermes, & Murray, 2012).

La TF-CBT es un tratamiento con soporte empírico. Internacionalmente existe amplia evidencia de su utilidad para tratar las consecuencias de eventos traumáticos en niños y adolescentes (Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004; Cohen et al. 2012; Dittmann & Jensen, 2014; Konanur, Muller, Cinamon, Thornback, Zorzella, 2015; Webb, Hayes, Grasso, Laurenceau, & Deblinger, 2014). Como ya se ha señalado, en Chile no existen investigaciones que entreguen evidencia de su efectividad, es por esto que el objetivo del presente estudio es evaluar los resultados de la aplicación piloto de un protocolo de psicoterapia para el tratamiento de víctimas de abuso sexual inspirado en la TF-CBT.

Elaboración del programa de tratamiento para el contexto chileno

El programa de tratamiento fue diseñado para adolescentes que fueron víctimas de abuso sexual crónico. Las sesiones son de aproximadamente 60 minutos de duración. En cada sesión se trabaja aproximadamente 40 minutos con las víctimas en formato individual, y 20 minutos con los padres o tutores legales (solos o en compañía del adolescente).

Los objetivos del tratamiento con los adolescentes son: reducir sintomatología, promover una comprensión adecuada de la experiencia traumática, disminuir las creencias de culpa, incrementar las creencias de autoeficacia para enfrentar los recuerdos traumáticos e integrar la experiencia traumática en la historia de vida de la víctima. Por su parte, los objetivos con los padres o tutores legales son: promover una comprensión adecuada

¹ Para mayor información sobre los componentes Cohen et al. (2006) sugieren visitar el sitio www.musc.edu/tfcbt

de las consecuencias de la experiencia traumática vivida por el adolescente y fortalecer sus habilidades para apoyar al adolescente.

El tratamiento propuesto no posee un número fijo de sesiones ni tampoco un protocolo rígido. Únicamente se proponen cuatro fases de tratamiento, que incorporan los componentes de la TF-CBT. Cada una de las fases debe ser adaptada a las necesidades de cada adolescente.

La primera fase tiene que ver con el desarrollo de una alianza terapéutica sólida con el adolescente y con su familia, debido a la alta relevancia de este factor en el logro terapéutico (Zorzella, Muller, & Cribbie, 2015). Esta fase es importante en el contexto chileno ya que, como es sabido, los casos de abuso sexual usualmente son investigados en paralelo por los tribunales penales y por los tribunales de familia. Por esta razón, antes de iniciar la psicoterapia es usual que los adolescentes hayan tenido que narrar los hechos traumáticos varias veces (ante el fiscal, el perito, la policía, etc.), lo que se asocia a una victimización secundaria y, ocasionalmente, a la desconfianza de la víctima en el sistema y, por tanto, la desconfianza hacia el terapeuta (Ramírez, Martínez, & Guerra, 2012). De acuerdo con la noción clásica de alianza terapéutica (Bordin, 1979; Horvath & Luborsky, 1993), en esta fase se trabaja para lograr un acuerdo con el adolescente y sus tutores respecto de los objetivos del tratamiento, las actividades o tareas necesarias para lograrlos, y en el desarrollo de un vínculo colaborativo.

Adicionalmente, se realiza la evaluación inicial mediante instrumentos de autorreporte, y mediante una entrevista clínica para conocer los pensamientos y los sentimientos del adolescente referidos a la experiencia traumática. En esta fase se entrega la retroalimentación al adolescente y a sus tutores legales respecto a los resultados de la evaluación inicial, lo que ayuda a definir los objetivos y actividades a realizar en la terapia. Finalmente, se realiza un entrenamiento a los adolescentes en estrategias de relajación (McCallie, Blum, & Hood, 2006), con el objeto de entregarle herramientas para enfrentar el posible estrés en las siguientes etapas del tratamiento.

La segunda fase se centra en la psicoeducación, tanto con el adolescente como con sus tutores legales. En primer lugar, se realiza con los adolescentes, y luego con los adolescentes en conjunto con sus padres o tutores.

Los adolescentes que han sido sexualmente traumatizados usualmente están confundidos respecto de lo que pasó y respecto de quién es el responsable (Plaza Villarroel, Beraud Fernández, & Valenzuela Arancibia, 2014). Por esta razón la psicoeducación está dirigida a ayudar al adolescente a clarificar la información inapropiada sobre el abuso sexual (información que puede haber sido entregada por el mismo agresor sexual) con la expectativa que esto ayude a reducir sus síntomas.

Además, debido a que el programa de tratamiento se diseñó para adolescentes víctimas de abuso crónico, que típicamente comienza en la niñez, en esta etapa se utiliza una historieta elaborada previamente en Chile que cuenta la historia de una niña de aproximadamente siete años que fue abusada sexualmente (*La historia de Juanita*; Centro de Atención a Víctimas de Delitos Violentos de Viña del Mar & Yáñez, 2007). Se utiliza esta historia para ayudar a los adolescentes a conectarse con su infancia (cuando el abuso comenzó) y, desde ahí, comenzar con la modificación de creencias inapropiadas. La historieta es una herramienta que permite comenzar a hablar con los adolescentes sobre temas importantes, por ejemplo: qué es el abuso sexual, cuáles son sus consecuencias, de quién es la culpa (del agresor y no del niño), y cómo se puede enfrentar.

Adicionalmente se realiza psicoeducación a los padres o tutores para que comprendan las reacciones de sus adolescentes (e.g. por qué la mayoría se demora en revelar lo sucedido, cuáles son las reacciones más comunes) y para que aumenten sus herramientas de apoyo a los adolescentes².

En la tercera fase se construye una línea de vida (Schauer, Neuner, & Elbert, 2011) como actividad de apoyo a la realización de la narrativa del trauma. Si bien, la línea de vida no se encuentra en los protocolos de TF-CBT se decidió incluirla debido a que, como ya se ha señalado, en Chile es excesivo el número de veces que los adolescentes deben narrar los hechos traumáticos. Por lo anterior parece necesario abordar la situación traumática.

² La historia de Juanita y otros materiales para trabajar con los padres se encuentran en el capítulo 3 del libro publicado por la Corporación de Asistencia Judicial de la Región de Valparaíso (2007). Recuperado de <https://goo.gl/cHDnBP>.

tica no únicamente focalizada en el hecho traumático, sino en un contexto mayor (eventos vitales significativos, tanto negativos como positivos), lo que permite abordar la narrativa del trauma de forma más gradual y complementarla con la narrativa de eventos cargados de emoción positiva.

Como se muestra en la figura 1, en primer lugar, el adolescente reconoce los eventos significativos de su vida (tanto positivos como negativos) y los anota en una hoja. Luego, en cada sesión, el adolescente va realizando una narrativa verbal de cada uno de ellos. El objetivo es que el adolescente realice un afrontamiento activo de sus experiencias de vida, reconozca y exprese asertivamente sus emociones respecto de ellas y las integre en su historia vital.

En esta fase se utiliza como principal herramienta el Diálogo Socrático (Ellis, 1995) para ayudar a los adolescentes a procesar sus recuerdos traumáticos de forma más adaptativa. De este

modo los adolescentes van reconociendo nuevos significados de sus experiencias (por ejemplo, inicialmente pueden conectarse con su debilidad: “soy débil, no pude evitarlo”; y luego con su fortaleza: “no pude evitarlo, pero fui valiente al soportarlo todo ese tiempo y al atreverme a hablar”). Es necesario poner especial cuidado en la sesión donde el adolescente crea la narrativa del abuso sexual. Previo a ello es importante inducir estados de tranquilidad (por medio de las técnicas de relajación), y coordinar con los padres o tutores las estrategias de apoyo y contención posteriores a la sesión. En la sesión específica donde se construye la narrativa del trauma el objetivo principal es que el adolescente enfrente sus recuerdos traumáticos y modifique las creencias erradas respecto del abuso sexual. Es muy importante lograr que el adolescente reconozca sus propios recursos y los que hay en su red de apoyo, de manera de incrementar su autoeficacia.

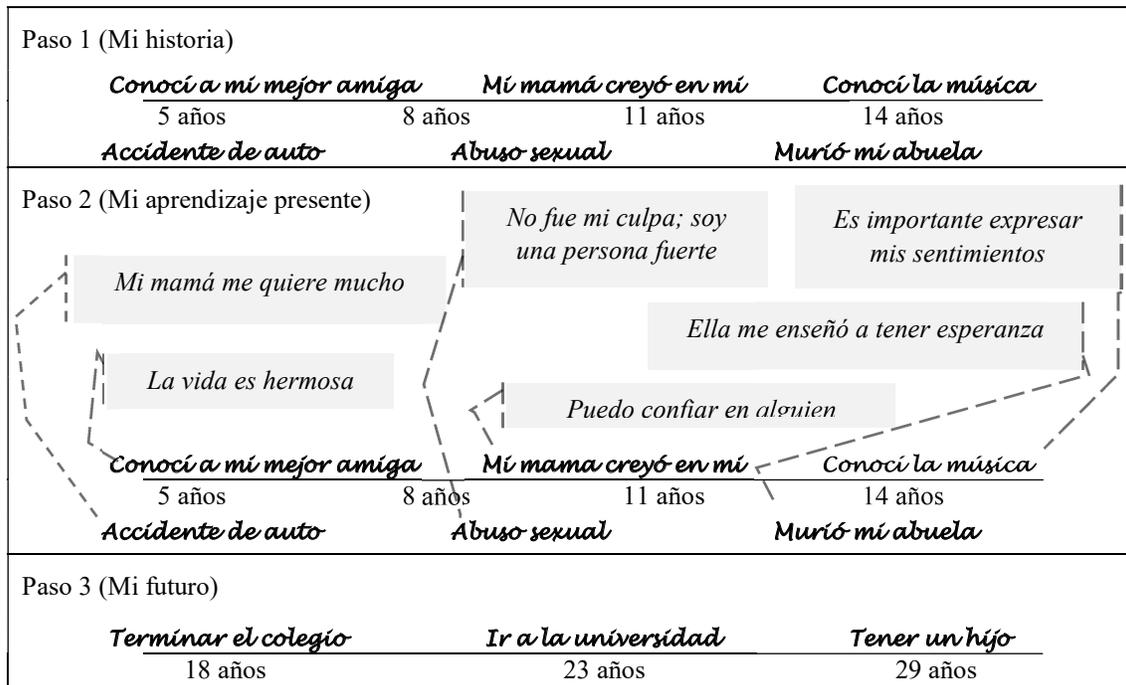


Figura 1. Ejemplo de los pasos en la elaboración de la línea de vida.

El siguiente paso en la línea de vida es favorecer la integración de las experiencias traumáticas en su historia vital. Para ello se consulta al adolescente sobre lo que quiere hacer en el futuro y se le pide que lo incluya en su línea de vida. Luego de ello se reflexiona sobre cómo sus experiencias pasadas le han permitido desarrollar los recursos, aprendizajes y fortalezas necesarias para lograr sus objetivos en la vida y para enfrentar las dificultades en el futuro. En esta etapa es importante ayudar al adolescente a plantearse objetivos a corto, mediano y largo plazo (Godoy, 1998). Por ejemplo, si un adolescente que ha dejado de ir al colegio debido a su depresión indica que le gustaría ir a la universidad (objetivo a largo plazo) es necesario reflexionar sobre objetivos a medio plazo (e.g. terminar el colegio) y a corto plazo (e.g. levantarse por las mañanas e ir al colegio). Con base en lo anterior es posible planificar las acciones necesarias para lograr sus objetivos en lugar de utilizar estrategias de afrontamiento evitativas. En esta etapa suele ser útil trabajar con técnicas de desensibilización sistemática (Guerra & Plaza, 2009) para enfrentar estímulos que recuerden al trauma (e.g. “no voy al colegio, ya que allí me acuerdo de lo que me pasó”).

La última fase del tratamiento es la evaluación final en la que se aplican los mismos instrumentos del inicio y se realiza una nueva entrevista clínica de evaluación con el adolescente y con sus tutores. En esta etapa se debe evaluar el nivel de éxito de la terapia. En el caso de ser exitosa es necesario trabajar con los adolescentes y sus tutores en el reconocimiento de sus propios recursos que les permitieron avanzar en su proceso de recuperación. Aproximadamente un mes después de finalizada la intervención se realiza una sesión de seguimiento. En el caso de que la terapia no haya resultado exitosa se debe analizar la situación y tomar decisiones respecto a cómo proseguir con el proceso de recuperación del adolescente.

La hipótesis central del estudio fue que el protocolo inspirado en la TF-CBT puede ser efectivo en población chilena, dado que para su elaboración se consideraron los aspectos culturales y contextuales. En los siguientes párrafos se describe el procedimiento y los resultados de la evaluación piloto de este tratamiento en población chilena.

Método

Diseño

En este estudio se utilizó un diseño cuasiexperimental con un grupo de tratamiento y un grupo de comparación. Se realizaron evaluaciones sistemáticas antes y después de la intervención, además de una entrevista de seguimiento al mes de terminada la intervención.

Participantes

Participaron 21 adolescentes de sexo femenino de entre 12 y 17 años ($M = 14,52$; $DT = 1,81$) que estaban por iniciar una intervención psicoterapéutica en un centro especializado en la ciudad de Viña del Mar, Chile. Todas las participantes habían sido víctimas de abuso sexual intrafamiliar revelado por primera vez hace no más de seis meses. En todos los casos el abuso había comenzado en la infancia (entre los cuatro y ocho años), y el último episodio había ocurrido hace menos de 12 meses.

Todas las participantes se encontraban asistiendo regularmente a colegios municipales y ninguna de ellas se encontraba tomando medicamentos para controlar su sintomatología. En todos los casos la familia de las participantes había tomado las medidas básicas de protección hacia la víctima (darle credibilidad a lo señalado por la víctima, impedir el contacto entre el agresor y la víctima, e iniciar acciones legales en contra del agresor).

Por imperativos éticos, inicialmente se pretendió que las 21 participantes conformaran el grupo de tratamiento. No obstante, por diferentes razones (enfermedad de un familiar, falta de motivación, problemas económicos) siete de las participantes hicieron la evaluación inicial, pero no iniciaron la terapia hasta después de un largo período de tiempo. Se decidió incluir a estas siete participantes como grupo de comparación.

De este modo, el grupo de tratamiento quedó conformado por 14 participantes y el grupo de comparación por siete participantes. Ambos grupos no mostraron diferencias en su edad ($U = 39,5$; $p > ,05$) ni tampoco en sus niveles de depresión ($U = 47,0$; $p > ,05$), ansiedad ($U = 41,0$; $p > ,05$) o estrés postraumático ($U = 45,0$; $p > ,05$). El grupo de tratamiento estuvo en terapia entre cinco y ocho meses, mientras que el grupo de comparación se mantuvo sin iniciar la terapia por un pe-

río entre tres y nueve meses. Esta diferencia de tiempo no fue estadísticamente significativa ($U = 42,5; p > ,05$). La tabla 1 muestra los estadísticos

descriptivos de los dos grupos referidos a su edad, sintomatología inicial y tiempo en terapia o sin terapia.

Tabla 1
Estadísticos descriptivos de los grupos

	Edad	Meses	Depresión	Ansiedad	TEPT
Grupo de tratamiento	14,71 (1,77)	6,07 (0,99)	29,21 (12,57)	29,21 (9,85)	38,00 (12,62)
Grupo de comparación	14,14 (1,95)	5,71 (1,97)	26,00 (7,21)	26,86 (6,77)	36,86 (12,32)

Estadísticos descriptivos para el grupo de tratamiento ($n = 14$) y para el grupo de comparación ($n = 7$) referidos a la edad, sintomatología previa, meses en terapia (grupo de tratamiento) y sin terapia (grupo de comparación). M = media. DT = desviación típica.

Instrumentos

Escala de Depresión de Beck. BDI, por su nombre en inglés Beck Depression Inventory (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2002). La escala incluye 21 ítems que miden un amplio rango de síntomas depresivos. El formato de respuestas incluye cuatro alternativas organizadas de menor a mayor severidad del síntoma. La puntuación total se obtiene de la sumatoria a las respuestas de todos los ítems. La puntuación total se interpreta de la siguiente manera: entre 0-9 = *depresión ausente o mínima*; entre 10-18 = *depresión moderada*; entre 19-29 = *depresión moderada a severa*; entre 30-64 = *depresión severa*. Este instrumento ha sido usado previamente con adolescentes en Chile, mostrando propiedades psicométricas adecuadas (Guerra, Martínez, Ahumada, & Díaz, 2013).

Subescala de Ansiedad Estado del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. STAI, por su nombre en inglés Stait-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1982). Este es un instrumento de autorreporte de 20 ítems que evalúan síntomas de ansiedad. El formato de respuestas varía de 0 = *nunca* a 3 = *siempre*. El puntaje total se obtiene de la sumatoria de todas las respuestas (previa recodificación de los ítems inversos), pudiendo variar entre 0 y 60 puntos (mayores puntuaciones indican mayor ansiedad). Las puntuaciones no están asociadas a puntajes de corte, pero existen normas para adolescentes de sexo femenino: percentil 50 = 22 puntos; percentil 75 = 31 puntos; percentil 85 = 36 puntos; percentil 99 = 53 puntos. Esta subescala presenta propiedades psicométricas adecuadas en adolescentes chilenos (Guerra et al., 2013).

Subescala de Frecuencia de la Escala de Trauma de Davidson. DTS, por su nombre en inglés Davidson Trauma Scale (Davidson et al., 1997). Se trata de un instrumento de autorreporte de 17 ítems que evalúan la frecuencia de síntomas de estrés postraumático. Los ítems están organizados en cinco alternativas de respuesta (0 = *nunca* a 4 = *todos los días*). El puntaje total se obtiene de la sumatoria de todos los ítems (puntajes totales entre 0 y 68). El puntaje de corte se establece en los 20 puntos. Tal como en el caso de los otros instrumentos, la DTS ha mostrado adecuada confiabilidad y validez en el estudio de Guerra et al. (2013).

Entrevista Clínica. Se realizó una entrevista clínica con las adolescentes y sus padres o tutores legales para conocer sus creencias sobre el abuso sexual (e.g., ¿qué es para ti el abuso sexual?, ¿quién crees tú que es el responsable de los abuso sexuales?), sobre su autoeficacia (e.g., ¿qué tan capaz te sientes de enfrentar lo que te pasó?), y sobre sus estrategias de afrontamiento (e.g., ¿qué haces cuando te acuerdas de lo que te pasó?). El formato de la entrevista fue semiestructurado y fue llevada a cabo por el psicólogo tratante.

Procedimiento

Previo a su implementación, el estudio fue aprobado de forma independiente por un comité de ética universitario y por el comité técnico de una institución que atiende víctimas de abuso sexual. Adicionalmente se solicitó consentimiento informado tanto a los tutores legales como a las propias adolescentes. Para evitar que las participantes o sus tutores legales se sintieran obligados a participar se les dio la opción de participar de la

intervención sin que sus datos fueran incluidos en el estudio. Una persona no dio el consentimiento para participar del estudio, por lo que se realizó la intervención, pero no se incluyeron los datos de su proceso terapéutico en este estudio.

Las participantes fueron derivadas a psicoterapia en un centro especializado. Tanto en el grupo de tratamiento como en el grupo de comparación se realizó una evaluación preliminar de los síntomas. Luego, el grupo de tratamiento participó de entre 13 y 20 sesiones de psicoterapia ($M = 16,07$; $DT = 2,62$).

El grupo de comparación participó de la evaluación inicial, pero, por las razones ya explicadas, no inició la psicoterapia inmediatamente. En ambos grupos se llevó a cabo una evaluación posttest para evaluar la evolución de los síntomas. El grupo de comparación comenzó una psicoterapia similar a la del grupo de tratamiento después de la evaluación posttest. Un mes después de finalizada la intervención se realizó una evaluación de seguimiento al grupo de tratamiento mediante una entrevista clínica.

En todos los casos el proceso de evaluación y de psicoterapia fue llevado a cabo por un psicólogo con formación cognitivo-conductual, acreditado por la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos y con más de 10 años de experiencia trabajando con víctimas de abuso sexual.

Análisis de datos

Se realizó una comparación de los cambios en la sintomatología dentro de cada grupo y entre los grupos, tanto antes como después de la intervención. Se calcularon los estadísticos descriptivos para cada variable (media y desviación estándar) y, dado el reducido tamaño de la muestra, se evaluó la significación estadística de las diferencias mediante pruebas no paramétricas (pruebas de Wilcoxon y Mann-Whitney). Todos los análisis fueron realizados con el programa estadístico SPSS (IBM Corporation, 2012).

Resultados

En la evaluación pretest, las adolescentes del

grupo de intervención presentaban altos niveles de depresión, ansiedad y TEPT. De acuerdo con los criterios de interpretación del BDI, en la evaluación pretest se encontraban en la categoría de depresión moderada a severa. Después de la intervención todas las adolescentes del grupo de tratamiento redujeron sus niveles de depresión. La comparación entre las puntuaciones pretest y posttest muestran una disminución significativa de los síntomas ($z = -3,2$; $p < ,05$; $d = 1,72$). La puntuación promedio de depresión en la evaluación posttest se encuentra justo en el punto de corte (ver figura 2).

Respecto a la ansiedad, en el pretest el grupo de tratamiento estaba cercano al percentil 75. En la evaluación posttest se aprecia que todas las adolescentes del grupo de tratamiento disminuyeron sus niveles de ansiedad. Esta reducción fue estadísticamente significativa de acuerdo con la prueba de Wilcoxon ($z = -3,2$; $p < ,05$; $d = 1,65$). El promedio de ansiedad en la evaluación posttest estuvo bajo el percentil 50.

Por su parte, la puntuación de TEPT del grupo de tratamiento antes de la intervención superó largamente el punto de corte de la DTS. Pese a que en la evaluación posttest se evidencia una disminución significativa de esta sintomatología ($z = -2,6$; $p < 0,05$; $d = 1,21$), el puntaje promedio se mantiene sobre el puntaje de corte. Es importante señalar que en 13 de las 14 participantes (92,86%) la intervención se asoció a una disminución de la sintomatología de TEPT por debajo del punto de corte, pero en una de ellas esta sintomatología fue mayor en la medición posttest. Este resultado inesperado en una de las participantes será abordado en la Discusión.

Por otro lado, el grupo de comparación no mostró variaciones en sus niveles de depresión ($z = -0,9$; $p = ,35$), ansiedad ($z = -1,2$; $p = ,20$) y TEPT ($z = -0,769$; $p = ,44$) entre las dos mediciones. Consistente con esto, en el posttest el grupo de comparación presentó niveles significativamente mayores que el grupo de tratamiento en depresión ($U = 94,5$; $p < ,01$; $d = 2,85$), ansiedad ($U = 89,0$; $p < ,05$; $d = 1,2$) y TEPT ($U = 80,0$; $p < ,05$; $d = 1,28$). La tabla 2 muestra los puntajes promedio de ambos grupos en el posttest.

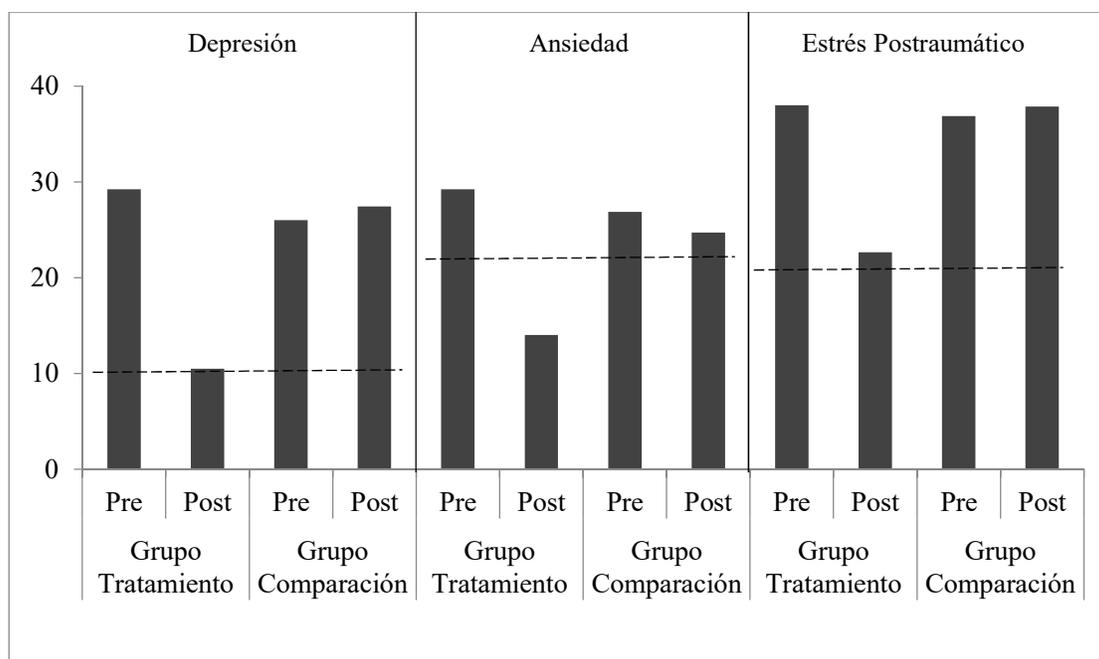


Figura 2. Sintomatología previa y posterior a la intervención en ambos grupos.
 Nota. Las líneas punteadas representan los puntajes de corte de la escala de depresión y TEPT y el percentil 50 de la escala de ansiedad.

Tabla 2
 Puntajes promedio de los grupos

	Depresión <i>M (DT)</i>	Ansiedad <i>M (DT)</i>	TEPT <i>M (DT)</i>
Grupo de Tratamiento	10,50 (6,35)	14,00 (8,37)	22,64 (12,77)
Grupo de Comparación	27,43 (5,50)	24,71 (9,48)	37,86 (10,88)

Estadísticos descriptivos para el grupo de tratamiento ($n = 14$) y para el grupo de comparación ($n = 7$) referidos sintomatología en la evaluación post. *M* = media. *DT* = desviación típica.

Las 13 adolescentes que reportaron mejoras fueron dadas de alta. Se realizaron entrevistas clínicas de seguimiento un mes después de terminado el tratamiento. En las entrevistas, las adolescentes reportan sentirse bien y señalan que la intervención las ayudó a entender lo que les sucedió. Adicionalmente indican que disminuyeron sus sentimientos de culpa y que incrementaron su sentido de autoeficacia para enfrentar los eventos traumáticos vividos. Se indicó a las adolescentes y a sus adultos responsables que si tenían alguna necesidad vinculada al abuso sexual sufrido podían reingresar a tratamiento. Nueve meses después de la entrevista de seguimiento ninguna de ellas solicitó reingresar al centro de tratamiento. Por su parte, la adolescente del grupo de tratamiento que aumentó sus niveles de TEPT continuó en terapia por ocho meses después del

postest.

Discusión

El objetivo de la investigación fue realizar la evaluación piloto de un protocolo de psicoterapia para el tratamiento de víctimas de abuso sexual inspirado en la TF-CBT. La falta de estudios en esta área hacen imperativo aumentar los esfuerzos por generar evidencia de la efectividad de los tratamientos para las víctimas de abuso sexual en Chile, sobre todo considerando su alta prevalencia (Guerra & Arredondo, 2017).

En el resto del mundo hay evidencia de la efectividad de la TF-CBT (Cohen et al., 2012; Dittmann, & Jensen, 2014; Konanur et al., 2015), pero tal como señalan varios autores, previo a su implementación en nuevos contextos y culturas es

necesario realizar adaptaciones (De Arellano et al., 2012; Murray & Skavenski, 2012). Por esta razón en este estudio se diseñó un protocolo que respeta los principios de la TF-CBT, pero que está adaptado a la realidad chilena.

La principal adaptación realizada tuvo que ver con intentar reducir la victimización secundaria producida en el proceso judicial en Chile, donde se requiere que la víctima de abuso sexual elabore una narrativa del trauma en reiteradas oportunidades (Ramírez et al., 2012). Como ya se ha explicado, esta victimización secundaria tiende a disminuir la confianza de las adolescentes sexualmente victimizadas en el sistema del cual la terapia forma parte. Por esta razón es necesario enfatizar en la necesidad de construir una alianza terapéutica sólida antes de comenzar a profundizar en los recuerdos traumáticos.

Adicionalmente, a diferencia del modelo de TF-CBT utilizado en Estados Unidos, en este protocolo la construcción de la narrativa no estuvo focalizada exclusivamente en el abuso sexual vivido por las adolescentes (como sucede en el sistema judicial chileno), sino que en diversos eventos significativos (positivos y negativos). De esta manera busca aproximarse a la narrativa del trauma en forma gradual para prevenir la victimización secundaria.

Otra adaptación importante tuvo que ver con la utilización del material gráfico en formato de historieta para realizar la psicoeducación. Este material permitió abordar la problemática del abuso sexual en términos generales (analizando la historia de la protagonista del cómic) como un paso previo a analizar la historia particular de cada adolescente que participó del tratamiento. Se considera que trabajar con materiales didácticos especialmente elaborados para Chile tiene la ventaja de abordar la psicoeducación de forma coherente con la idiosincrasia nacional y además permite a las adolescentes identificarse con otros en la misma situación.

Es sabido que la cultura latina en general, y la chilena en particular, presentan mayor tendencia al colectivismo que la cultura angloparlante (Rojas-Méndez, Coutiño-Hill, Bhagat, & Moustafa, 2008), por lo que la posibilidad de identificarse con otras víctimas (que afrontan la situación de forma adaptativa) pudiese resultar en un beneficio para las adolescentes, tal como lo sugieren los resultados de este estudio. Estas adaptaciones

hacen que la terapia evaluada en Chile tenga una duración mayor a las 12 sesiones que usualmente considera la versión original de la TF-CBT. En el caso de esta investigación, las adolescentes del grupo de tratamiento asistieron a terapia entre 13 y 20 sesiones.

Los resultados de la evaluación piloto del protocolo de psicoterapia son alentadores respecto de su posible utilidad para trabajar con adolescentes víctimas de abuso sexual en Chile. Después de la intervención, las adolescentes del grupo de tratamiento disminuyen significativamente su sintomatología, mientras que el grupo de comparación mantiene alta sintomatología.

En particular, todas las participantes del grupo de tratamiento disminuyeron sus niveles de depresión y ansiedad. En el caso de estrés postraumático se observó una tendencia similar, con la excepción de una participante del grupo de tratamiento que aumentó sus niveles de TEPT de 30 a 47 puntos. Es necesario señalar que el aumento en la sintomatología de esta participante coincidió con la decisión del tribunal de otorgar la libertad al agresor y con la existencia de rumores en el entorno familiar de la adolescente de que el agresor se vengaría. Este contexto adverso ayuda a comprender el aumento de la sintomatología postraumática en la adolescente, pese a haber participado en el tratamiento.

Lo anterior permite resaltar la idea de que el éxito de cualquier psicoterapia con adolescentes víctimas de abuso sexual dependerá en gran medida de que las condiciones de protección y apoyo social se mantengan aseguradas, tal como lo indican Minsal y Unicef (2011) en su guía clínica para la atención de víctimas de abuso sexual. Asimismo, se entiende que los síntomas de TEPT funcionan como señal de alerta ante la amenaza, por tanto sería adaptativo que disminuyan cuando el peligro ha terminado y que se reactiven cuando una nueva situación peligrosa se presenta (Carvajal, 2002). Por esta razón se considera que los psicoterapeutas que trabajan con víctimas de abuso sexual se deben mantener alertas a los cambios en las condiciones de seguridad y apoyo, para adaptar los tratamientos a las necesidades emergentes de las víctimas.

También es pertinente que en los equipos profesionales se contemple la psicoterapia en combinación con un trabajo interdisciplinario que incluya a trabajadores sociales, tal como lo sugiere

Sename (2013). Por ejemplo, en el caso de la adolescente que presentó un aumento en la sintomatología de TEPT luego de la excarcelación de su agresor, se continuó con un proceso de intervención en crisis (Echeburúa & De Corral, 2007), en modalidad interdisciplinaria (Bravo Ampuero, 2007), en el que participó el psicólogo, una trabajadora social y una abogada. Posteriormente se trabajó fuertemente con los padres de la adolescente en la elaboración de un plan de seguridad y de contención, y se incluyó un tratamiento farmacológico (Carvajal, 2002).

Tal como señalan Cohen et al. (2006), la TF-CBT no es un modelo rígido de psicoterapia que define paso a paso lo que el terapeuta debe hacer. En lugar de ello los autores argumentan que se trata de un modelo flexible que debe ser adaptado a las necesidades de pacientes individuales. Con base en lo anterior se concluye que la efectividad de este tipo de protocolos está fuertemente influida por las condiciones de seguridad y apoyo. Es necesario que los terapeutas monitoreen constantemente si estas condiciones varían a lo largo de la psicoterapia y para ello es muy relevante el trabajo colaborativo con los padres o tutores legales (Cohen et al., 2012). De este modo, cuando las condiciones de seguridad no están cubiertas se hace necesario priorizar en su logro antes de iniciar o continuar una psicoterapia como la que aquí se presenta (Minsal & Unicef, 2011).

Los resultados preliminares dan cuenta de la posible utilidad de este tipo de tratamientos en población chilena. No obstante, solo se trata de resultados preliminares obtenidos a partir de una evaluación piloto en un contexto clínico. El estudio que aquí se presenta tiene limitaciones que hay que considerar al momento de interpretar los resultados. Por ejemplo, se trata de un estudio con una muestra pequeña, y la asignación de los participantes a los grupos de intervención y de comparación no fue aleatoria. Por lo tanto, antes de concluir de forma más definitiva sobre la utilidad de este tipo de tratamientos se hace necesario realizar investigaciones con mayor grado de control experimental, que incluyan una muestra mayor (como varones).

Por otro lado, debido a las adaptaciones culturales ya explicadas, el protocolo chileno posee un número variable de sesiones que es mayor al protocolo original de TF-CBT. Futuros estudios deberían controlar el número de sesiones, dado que

pueden ser parte de la explicación de los resultados. Al mismo tiempo es necesario que estos estudios se focalicen en determinar de forma más clara el número óptimo de sesiones en el contexto chileno, cuidando que esto no implique una rigidez excesiva del protocolo. Por último, es necesario que futuros estudios realicen evaluaciones de seguimiento más sistemáticas que la realizada en este estudio, donde únicamente se realizó el seguimiento mediante entrevista clínica.

Referencias

- Arredondo, V. (2002). *Guía básica de prevención del abuso sexual infantil*. Viña del Mar, Chile: Paicabi.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, F. B., & Emery, G. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, 16*(3), 252-260.
<http://dx.doi.org/10.1037/h0085885>
- Bravo Ampuero, C. (2007). La reparación en el trabajo interdisciplinario en los centros de atención a víctimas de delitos violentos de la Corporación de asistencia judicial de Valparaíso. En Corporación de Asistencia Judicial (Ed.), *Atención a víctimas de delitos violentos: reflexiones desde la practica* (pp. 53-70). Viña del Mar, Chile: Ril Editores.
- Capella, C. & Gutiérrez, C. (2014). Psicoterapia con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: sobre la reparación, la resignificación y la superación. *Psicoperspectivas, 13*(2), 93-105.
<http://doi.org/chkt>
- Carvajal, C. (2002). Bases neurobiológicas y farmacoterapia del trastorno por estrés postraumático. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 40*(2), 48-68.
<http://doi.org/dj7csd>
- Centro de Atención a Víctimas de Delitos Violentos de Viña del Mar & Yáñez, E. (2007). Material didáctico para la atención de abuso sexual infantil: "La historia de Juanita". En Corporación de Asistencia Judicial de la Región de Valparaíso (Ed.), *Atención a víctimas de delitos violentos: reflexiones desde la práctica* (pp. 242-246). Viña del Mar, Chile: Ril Editores.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer R. A. (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*(4), 393-402.
<http://doi.org/c75j6q>
- Cohen, J., Mannarino, A., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children*

- and adolescents. New York, New York: Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Kliethermes, M., & Murray, L. A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse & Neglect*, 36(6), 528-541.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.03.007>
- Corporación de Asistencia Judicial de la Región de Valparaíso. (2007). *Atención a víctimas de delitos violentos: reflexiones desde la práctica*. Viña del Mar, Chile: Ril Editores.
- Davidson, J. R. T., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., ... Feldman, M. E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27(1), 153-160.
<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291796004229>
- De Arellano, M., Danielson, C., & Felton, J. (2012). Children of Latino descent: Culturally modified TF-CBT. En J. Cohen, A. Mannarino, & E. Deblinger (Eds.), *Trauma focused CBT for children and adolescents: Treatment applications* (pp. 253-279). New York, New York: Guilford Press.
- Dittmann, I. & Jensen T. K. (2014). Giving a voice to traumatized youth experiences with trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Child Abuse & Neglect*, 38(7), 1221-1230.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.11.008>
- Echeburúa, E. & De Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 15(3), 373-387. Recuperado de <https://goo.gl/97A9Av>
- Ellis, A. (1995). *Better, deeper, and more enduring brief therapy: The rational emotive behavior therapy approach*. New York, New York: Brunner/Mazel.
- Godoy, A. (1998). El proceso de evaluación conductual. En V. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid, España: Siglo XXI
- Guerra, C. & Arredondo, V. (2017). Investigación sobre psicoterapia en abuso sexual infantil: ¿una tarea pendiente en Chile? *Summa Psicológica*, 14(1), 1-11.
<https://doi.org/10.18774/summa-vol14.num1-227>
- Guerra, C., Martínez, P., Ahumada, C., & Díaz, M. (2013). Análisis psicométrico preliminar de la Escala de Trauma de Davidson en adolescentes chilenos. *Summa Psicológica*, 10(2), 41-48.
<http://dx.doi.org/10.18774/summa-vol10.num2-139>
- Guerra, C. & Pereda, N. (2015). Abuso sexual infantil: definiciones, tipología y magnitud del fenómeno. En V. Arredondo (Ed.), *Abuso sexual infantil: elementos básicos para su comprensión* (pp. 26-57). Viña del Mar, Chile: Paicabi.
- Guerra, C. & Plaza, H. (2009). Tratamiento cognitivo-conductual del estrés postraumático en un caso de violación infantil. *Revista de Psicología*, 18(1), 103-129.
<http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2009.17130>
- Horvath A. O. & Luborsky L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.
<http://dx.doi.org/10.1037//0022-006X.61.4.561>
- IBM Corporation. (2012). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, New York: IBM Corp.
- Konanur, Sh., Muller, R. T, Cinamon, J. S., Thornback, K., & Zorzella, K. P. M. (2015). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy in a community-based program. *Child Abuse & Neglect*, 50, 159-170.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.013>
- McCallie, M. S., Blum, C. M., & Hood, Ch. J. (2006). Progressive muscle relaxation. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 13(3), 51-66.
http://dx.doi.org/10.1300/J137v13n03_04
- Ministerio de Salud de Chile & Unicef. (2011). *Guía Clínica: atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual*. Recuperado de <http://bit.ly/2sXn19G>
- Moncada, H. & Kühne, W. (2003). Importancia de la investigación en psicoterapia para los psicólogos clínicos. *Terapia Psicológica*, 21(2), 193-201.
- Murray, L. & Skavenski, S. (2012). International Settings. En J. Cohen, A. Mannarino, & E. Deblinger (Eds.), *Trauma Focused CBT for children and adolescents: Treatment applications* (pp. 225-252). New York, New York: Guilford Press.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2005). *Post-traumatic stress disorder: management*. Recuperado de <https://goo.gl/WyGva1>
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 135-144.
 Recuperado de <https://goo.gl/JLyUNw>
- Plaza Villarroel, H., Beraud Fernández, C., & Valenzuela Arancibia, C. (2014). Procesamiento traumogénico del abuso sexual infantil en niñas y su relación con variables victimológicas. *Summa Psicológica*, 11(2), 35-44.
<http://dx.doi.org/10.18774/summa-vol11.num2-184>
- Ramírez, M. C., Martínez, P. & Guerra, C. (2012). Medidas paliativas de a victimización secundaria en niños víctimas de delitos sexuales: la experiencia del Cavi Viña del Mar. En Equipo Departamento de Asistencia Jurídica, Ministerio de Justicia (Ed.), *Encuentro Nacional de los Centros de Víctimas de Delitos Violentos de las Corporaciones de*

- Asistencia Judicial: 18 años de intervención profesional especializada* (pp. 135-145). Santiago, Chile: Ril Editores.
- Rojas-Méndez, J. I., Coutiño-Hill, V., Bhagat, R. S., & Moustafa, K. S. (2008). Evaluación del individualismo y colectivismo horizontal y vertical en la sociedad chilena. *Multidisciplinary Business Review*, 1(1), 36-48.
Recuperado de <https://goo.gl/LKN5JM>
- Saunders, B. E., Berliner, L., & Hanson, R. F. (2004). *Child physical and sexual abuse: Guidelines for treatment*. Charleston, South Carolina: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner, L., & Cohen, J. A. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55(9), 1040-1049.
<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.9.1040>
- Schauer, M., Neuner, F., Elbert T. (2011). *Narrative exposure therapy: A short term treatment for traumatic stress disorders* (2nd edition). Cambridge, Massachusetts: Hogrefe Publishing.
- Servicio Nacional de Menores (Sename). (2013). Bases técnicas: Línea programas de protección especializada en maltrato y abuso sexual infantil (PRM). Recuperado de <http://bit.ly/2sXKNn9>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Vera-Villaruel, P. & Mustaca, A. (2006). Investigaciones en psicología clínica basadas en la evidencia en Chile y Argentina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 551-565.
Recuperado de <https://goo.gl/J4h5uH>
- Vera-Villaruel, P. & Ortiz, J. (2003). Investigaciones en psicología clínica basadas en la evidencia en Chile: un análisis bibliométrico de tres revistas de Psicología. *Terapia Psicológica*, 21(1), 61-66.
- Webb, C., Hayes, A., Grasso, D., Laurenceau, J., & Deblinger, E. (2014). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for youth: Effectiveness in a community setting. *Psychological Trauma*, 6(5), 555-562.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0037364>
- Zorzella, K. P. M., Muller, R. T., Cribbie, R. A. (2015). The relationships between therapeutic alliance and internalizing and externalizing symptoms in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Child Abuse & Neglect*, 50, 171-181.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.08.002>

Fecha de recepción: 8 de marzo de 2017.
Fecha de aceptación: 12 de junio de 2017.