
Reflexión Metodológica sobre los Retos en la Implementación con Niños Puertorriqueños Víctimas de Abuso Sexual del Modelo Basado en la Evidencia Terapia Cognitiva-Conductual Focalizada en el Trauma

Recibido: 20 de mayo de 2017 / Aceptado: 31 de enero de 2019

Yamilette Berrios¹, Edanilka Medina-Sustache¹, & Gilda Rodríguez-Díaz¹

¹Universidad Carlos Albizu

Resumen

El presente artículo se tiene como propósito realizar una reflexión metodológica en torno a la utilización de la Terapia Cognitiva-Conductual Focalizada en el Trauma (TF-CBT), cuyo modelo es basado en la evidencia, con niños puertorriqueños víctimas de trauma, específicamente abuso sexual en la niñez. En Puerto Rico, se identifica la exposición de menores a dicha problemática social, demandando, no sólo de política pública pertinente, sino de intervenciones y profesionales especializados y sensibles ante las necesidades de los menores que sufren de síntomas y secuelas asociadas a esta experiencia generadora de trauma. Al aplicar esta modalidad terapéutica en el contexto puertorriqueño, se identifica la relevancia que tiene el considerar tanto los retos clínicos, como los culturales, debido a que estos pueden incidir en la fidelidad en términos de implementación. Algunos de los retos, a nivel clínico, son el adiestramiento adecuado y la aplicación de técnicas específicas. Mientras, algunas de las variables contextuales a considerarse son el familismo y la participación del menor en el sistema judicial. Por tal motivo, resulta relevante y pertinente la adaptación cultural de modelos basados en la evidencia y el desarrollo de información contextualizada que beneficien a las poblaciones servidas, contribuyendo de esa forma a su bienestar y por consiguiente, al fortalecimiento de la profesión.

Palabras claves: retos clínicos, TF-CBT, modelo basado en la evidencia, niños puertorriqueños, trauma.

Abstract

This article is intended to conduct a methodological analysis about the use of Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT). This is an evidence-based model used with Puerto Rican child victims of trauma, specifically sexual abuse in childhood. In Puerto Rico the exposure of children to this problem demands not only of public policies which address this issue, but also interventions performed by professionals specialized in the treatment of children who are suffering the symptoms and sequelae associated with this traumatic experience. By applying this therapeutic method in the context of the Puerto Rican culture the relevance of the many clinical challenges, as well as cultural, is highlighted since this can interfere with the fidelity in terms of implementation. Some of these challenges, in the clinical sense are; the proper training and the application of specific techniques. Some of the contextual variables to be considered are the “familismo” and participation of the children within the justice system. And so, for this reason the cultural adaptation of evidence-based models and the development of contextualized information is relevant and pertinent because this benefit the population served thus contributing to their well-being and also the strengthening of the profession.

Keywords: Clinical challenges, TF-CBT, evidence-based model, Puerto Rican children, trauma.

MFP-MHSAS Fellow 2019-2020 (SAMHSA Grant 1H79SM080390-01).

Toda comunicación relacionada a este artículo debe dirigirse al siguiente correo electrónico: vberrios533@sunmail.albizu.edu.

El abuso sexual (AS), considerado como una de las múltiples manifestaciones de maltrato hacia la niñez, implica la exposición y/o utilización de un menor para actividades sexuales, entendiéndose actos lascivos, incesto, agresión sexual, trata humana y/o pornografía infantil (Ley Núm. 246, 2011). Dichas acciones son constitutivas de abuso debido a que entre el agresor y el victimario puede existir tanto asimetría de edad como coerción (López, Hernández & Carpintero, 1995; en Cantón & Cortés, 2010). Ambos conceptos implican la consideración del nivel cognoscitivo de las partes, la capacidad de consentimiento (Berliner, 2010; en Cantón & Cortés, 2015), y el control tanto físico como emocional para llevar a cabo tales acciones (Berliner & Elliot, 2002; en Cantón & Cortés, 2015).

En Puerto Rico, para diciembre de 2016, se reportaron 1,066 querellas de delitos sexuales de las cuales en 91 de ellas estuvo involucrado un menor (Estadísticas de delitos sexuales y maltrato de menores, enero a diciembre de 2016). Mientras, el Instituto de Estadísticas de Puerto Rico y el Departamento de la Familia indicaron que entre los años 2012-2013, el 2.4% de los referidos de maltrato que recibieron fue por alegaciones de AS, identificando en un 68.3% como víctimas a féminas y en un 29.8% a varones (Disdier, Lugo & Irizarry, 2015). Reportaron que el AS fue más común en féminas (6.4%), en comparación con los varones (2.1%) y, que la tasa más alta de esta tipología de maltrato se observó en el grupo de edad de 12 a 14 años, con un 6.6% (Disdier, Lugo & Irizarry, 2015).

Al considerar la política pública puertorriqueña que atiende esta problemática social, se identifica la Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores (Ley Núm. 246, 2011), conocida como la Ley 246; y, la Ley Habilitadora de los Centros de Servicios Integrados a Menores Víctimas de Abuso Sexual, llamada de igual forma como la Ley de los CIMVAS (Ley Núm. 158, 2013). Ambos estatutos contemplan protocolos y

procedimientos enfocados en proveer servicios a niños y niñas que se sospechan que son víctimas, garantizando de esta forma su seguridad y bienestar.

La intervención con víctimas que alegan o a quien les ha sido sustentada la experiencia de AS, tanto a nivel forense como terapéutico, es de carácter complejo. En la ley de los CIMVAS, se explica en el Artículo 4, la necesidad de centros integrados que garanticen un ambiente apropiado y seguro, ya que en ese entorno el menor ha de relatar los eventos de los que alegadamente fue víctima. De igual forma, es imperativo contar con servicios y profesionales especializados en la temática que sean sensibles y garanticen su mejor bienestar. Todo esto es relevante debido a que por medio del relato vertido, este puede revivir la experiencia, aumentando así la posibilidad de presentar sintomatología asociada al trauma.

Ante este panorama, resulta relevante reflexionar metodológicamente sobre el uso de modelos terapéuticos basado en evidencia que beneficien la salud mental de las víctimas en el contexto puertorriqueño. Uno de estos es la Terapia Cognitiva Conductual- Focalizada en el Trauma (TF-CBT), propuesto por Cohen, Mannarino y Deblinger (2017). A lo largo del escrito se ofrecerá información sobre los síntomas y las secuelas producto de la exposición a eventos de abuso sexual infantil y el modelo terapéutico TF-CBT. También, se integrarán los retos clínicos y culturales en la implementación del modelo. Sobre el primero, se presentarán datos sobre la supervisión clínica de estudiantes practicantes en la implementación del modelo y la aplicación de estrategias. Mientras, sobre los retos culturales se hará énfasis en el niño en el contexto puertorriqueño, el ambiente familiar y la participación del niño en procesos legales.

Algunos Síntomas y Secuelas del AS

Para entender el impacto del abuso y la negligencia en los niños y adolescentes, se

debe comenzar a escuchar lo que ellos pueden enseñar y lo que tienen que decir relacionado al abuso (van der Kolk, 2015). Siendo los niños y adolescentes quienes experimentaron el evento, es importante que el profesional de salud mental conozca sobre las consecuencias del abuso, no obstante, su posicionamiento debe ser uno de escucha y empatía. Los profesionales deben evaluar las posibles secuelas del abuso sexual, incluyendo diversas fuentes de información, escuchando no tan solo lo que reporta el menor, sino también sus padres, cuidadores y otros profesionales. van der Kolk (2015), expone que, a consecuencia de lo experimentado los niños y adolescentes comienzan a tener una visión de mundo particular, por lo que desarrollan una perspectiva única al respecto. Esta forma de ver el mundo va a estar fundamentada en las consecuencias que trae consigo el haber sido expuesto a un evento traumático. Por esto, es importante que cuando se interviene con algún niño que ha experimentado algún tipo de abuso, el profesional reconozca las secuelas o consecuencias de dichas experiencias. Las verbalizaciones, conductas, pensamientos y sentimientos experimentados por estos van a ser afectados por las exposiciones tempranas a maltrato y, por consiguiente, su forma de ver al mundo va a ser trastocado.

Algunos niños y adolescentes que han experimentado AS, pueden presentar trauma complejo. Este surge a raíz de la acumulación de múltiples victimizaciones interpersonales como lo es el abuso físico, AS, abuso emocional y negligencia, explotación, rechazo, abandono y ser testigos de violencia doméstica (Grasso, Green & Ford, 2013; en Courtois & Ford, 2013). Según estos autores, las experiencias se van uniendo, lo que involucra una combinación compleja y llevan a que el niño experimente miedo, alienación y desmoralización. Una posible explicación de estos sentimientos y comportamientos lo puede ser la ausencia de respuesta adecuada y protección por parte de los cuidadores.

El trabajo con niños que han sido expuestos a múltiples traumas trae consigo un sin número de retos. Según Courtois y Ford (2013), las personas que han experimentado trauma complejo confrontan dificultades, retos y dilemas frente a los terapeutas y otros profesionales que ofrecen algún tipo de servicio. Esto se debe a las secuelas del trauma a los que día a día estos niños fueron enfrentados. Muchos sobrevivientes de formas tempranas de trauma enfrentan sentimientos de ira y odio (Courtois & Ford, 2013). Los autores mencionan que estos niños son prisioneros de sus emociones mostrando alteraciones entre intensidad emocional y estrés fisiológico. Por este motivo, pueden mostrarse indispuestos a expresar sus sentimientos y cualquier otra emoción. También, la exposición al trauma afecta la identidad de las víctimas y su autoconfianza de forma negativa. Estos sentimientos pueden traducirse en autodesprecio, pobre valor propio y falta de autoconfianza. Es así que la relación entre los sentimientos del “Yo”, como el pobre auto concepto y los estados internos de sentimientos, pensamientos y percepciones traen como consecuencia miedos, desesperación, rabia y otras disforias extremas o entumecimientos y reacciones disociativas. No solo se ven afectados los sentimientos hacia sí, sino que otros ámbitos de su vida se ven trastocados por la exposición al trauma.

Courtois y Ford (2013), mencionan que estresores traumáticos complejos involucran traumatización y exposición en las relaciones familiares e interpersonales de forma crónica incluyendo amenaza a la integridad, al desarrollo personal y la habilidad de relacionarse con otros de forma saludable. De esta forma, estos niños van a confrontar dificultades en los contextos en los que se desempeñan. Así que no sólo confrontan dificultades intrapersonales, sino que sus relaciones interpersonales son impactadas. De esta manera, el profesional no solo va a observar cómo estos niños tienen dificultades en la regulación de sus emociones o de

entenderse a sí mismos, sino que pueden enfrentar dificultades en su relación con los otros. Las atribuciones erradas y los esquemas relacionados al yo y otros, son las consecuencias más comunes relacionadas al impacto cognitivo del abuso crónico en la niñez, lo cual debilita el desarrollo saludable y de relaciones (Cole & Putnam, 1992; McCann & Pearlman, 1992; ambos en Courtois & Ford, 2013).

En un estudio realizado por Witt, Münzer, Ganser, Fegert, Goldbeck y Plener (2016), participaron niños y niñas que fueron expuestos a algún tipo de maltrato como abuso físico, abuso emocional, AS, AS con penetración, negligencia y exposición a violencia doméstica. Se encontró que en los casos que hubo múltiples tipos de maltrato incluyendo AS y AS con penetración, existió la presencia de más condiciones mentales y comorbilidades que en los grupos de niños en donde no hubo AS. El diagnóstico más prevalente lo fue el Oposicional Desafiante y Desórdenes de Conducta, seguido por Déficit de Atención e Hiperactividad y Desorden de Estrés Post Traumático.

El Modelo de Terapia Cognitiva Conductual-Focalizada en el Trauma

La Terapia Cognitiva Conductual-Focalizada en el Trauma (TF-CBT, por sus siglas en inglés), (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2017), es un modelo de intervención específico para menores que han sido víctimas de experiencias traumáticas, incluyendo el AS. Se han realizado muchas investigaciones científicas para medir la efectividad del TF-CBT, incluyendo 20 estudios completos estudios clínicos controlados (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2017). La TF-CBT principalmente involucran intervenciones derivadas de las terapias cognitivas y conductistas tradicionales (Allen & Hoskowitz, 2014). No obstante, esta terapia integra componentes de otras perspectivas teóricas incluyendo: apego, humanística y acercamiento de

empoderamiento (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2017).

Se considera dentro del enfoque cognitivo, respecto al desarrollo de la sintomatología del trauma, como factor primariamente etiológico, la presencia de pensamientos maladaptativos. Mientras, los aspectos conductistas, tanto de aprendizaje clásico como de aprendizaje operante, son factores etiológicos poderosos en el desarrollo y mantenimiento del estrés postraumático, así como, las respuestas emocionales. A través del condicionamiento clásico, se facilita que el menor pueda procesar varias de sus respuestas al trauma, incluyendo recuerdos físicos y las memorias del trauma. Para extinguir las respuestas maladaptativas del trauma, el modelo TF-CBT enfatiza en la discusión directa y el procesamiento de los eventos traumáticos (Allen & Hoskowitz, 2014).

De acuerdo a esta intervención, el énfasis en el apego tiene lugar a través de la integración del cuidador, lo cual ha resultado en reducción de estrés para el adulto encargado y mejorando los resultados para el menor. Los aspectos de la teoría humanista se centran en la relación entre menor y el terapeuta, la cual es valorada y vista como fundamental para la implementación exitosa de las técnicas del TF-CBT.

EL TF-CBT es un modelo basado en seis componentes los cuales se implementan en un orden secuencial. Estos se resumen en el acrónimo PRACTICE: Psicoeducación y entrenamiento en destrezas parentales, Relajación, entrenamiento en identificación y modulación Afectiva, acoplamiento Cognitivo, desarrollo de la narrativa del Trauma y procesamiento cognitivo, exposición “In vivo”, sesiones Conjuntas entre el menor y cuidador; y “Enhance” (aumentar) el desarrollo del futuro y la seguridad.

Algunos retos clínicos y culturales en la implementación del Modelo TF-CBT

En Puerto Rico, como parte del quehacer de la práctica clínica, los profesionales deben mantenerse en constante adiestramiento, tanto como parte de los requisitos para el relicenciamiento, como por el bienestar de la población a la que ofrecen servicios. Aunque como parte de los currículos de enseñanza existen cursos que abarcan modelos psicoterapéuticos, las prácticas basadas en la evidencia y el desarrollo de modelos de intervención basados en la evidencia presentan un reto tanto para el profesional con licencia como para los estudiantes graduados.

En la realidad de nuestra isla, el uso de modelos o intervenciones terapéuticas, descansa bajo la discreción y fiducia del profesional, quien principalmente es el que evalúa su nivel de competencia en el uso del mismo. No obstante, en EE.UU., estados como el de California reconocen un nivel mínimo de competencia profesional para el uso del modelo a través de un proceso de certificación. En el caso específico del modelo TF-CBT, dicho proceso de certificación identifica aquellos clínicos que han completado un entrenamiento diseñado para establecer proficiencia en el uso del modelo. Para cualificar, el clínico debe tener mínimamente un grado académico de maestría, en alguna disciplina de la salud mental y ser licenciado para dicha práctica. Haber completado adiestramiento especializado en el modelo, tanto en línea como dos días presenciales con un entrenador certificado y participar posteriormente de una cantidad de llamadas de consulta con el entrenador. Adicional, es requisito que complete tres protocolos del modelo TF-CBT utilizando las medidas clínicas estandarizadas (Allen & Hoskowitz, 2014). Las prácticas e intervenciones basadas en la evidencia, aunque reconocen un nivel de flexibilidad en su implementación, la fidelidad con la que se apliquen es un factor determinante en la efectividad de las mismas. Un adiestramiento profesional especializado y

algún proceso de supervisión clínica, establece un nivel de competencia mínimo, no solo respecto a los fundamentos teóricos sino en la implementación y práctica.

Experiencia en la supervisión clínica especializada con estudiantes doctorales y el uso del Modelo TF-CBT

La práctica clínica supervisada, en el campo de la psicología, conforma uno de los pilares del desarrollo profesional (Falender & Shafranske, 2013). Es en este entorno que se forjan los conocimientos, los valores y las destrezas necesarias para un ejercicio profesional competente. Falender y Shafranske (2013), exponen que la práctica supervisada da énfasis a dos funciones principales: (1) garantizar la integridad de los servicios clínicos que se le proveen al cliente y (2) el desarrollo de competencias en el supervisado.

También, exponen que la supervisión efectiva se centra en la relación entre el supervisor y el supervisado, la exploración continua y la praxis educativa (Falender & Shafranske, 2013). Dichos autores conciben que estos elementos son mutuamente influyentes entre sí y que a su vez, fortalecen el proceso de supervisión. Teniendo como base dichos conceptos, resulta relevante realizar un análisis de la experiencia de la supervisión clínica especializada con estudiantes doctorales y la aplicación de TF-CBT en menores víctimas de AS.

La relación entre el supervisor y el supervisado puede considerarse como la base en la cual se cimenta el proceso de supervisión clínica. El entorno de la supervisión se torna en un espacio seguro para el supervisado dialogar tanto de teoría como de práctica con el supervisor, partiendo de la comprensión del segundo, debido a que es un profesional licenciado con experiencia tanto en la población como en el modelo. Entre las partes se desarrolla una especie alianza terapéutica en la que el supervisado expone asuntos con el supervisor sobre observaciones clínicas

relacionadas al participante, el plan de tratamiento y la fidelidad al modelo terapéutico. La finalidad de dicho ejercicio es contribuir al bienestar y a la estabilidad emocional de la víctima de AS, atendiendo los signos y síntomas producto de la experiencia generadora de trauma.

La exploración continua forma parte de las conversaciones constantes entre el supervisor y el supervisado, esto debido a que se gana conciencia de cómo surge y evoluciona el proceso terapéutico. En la implementación del Modelo TF- CBT es imprescindible la observación directa de la ejecución clínica del supervisado, para analizar cómo el menor está procesando el tema trabajado en la sesión. En caso que el supervisado identifique dificultad en sí mismo para internalizar aspectos que ha presentado el cliente, se identifican estrategias afines con el modelo que logren la meta establecida. Una de las fases que propone el modelo, es el procesamiento cognitivo del trauma mediante el desarrollo de una narrativa alterna, plasmando por medio de una historia su percepción, emociones, sentimientos y acciones asociadas. Este proceso puede resultar para algunos participantes difícil ya que pueden resurgir síntomas asociados a la experiencia traumática, por lo que el monitoreo constante es vital para garantizar un ambiente terapéutico sensible y seguro a las necesidades del menor. A su vez, puede ser uno de los componentes más retantes para ejecutar para el estudiante en adiestramiento clínico.

La praxis propone que, por medio de la supervisión clínica, el supervisado adquiere herramientas que garantizan una aplicación adecuada del modelo y a tono con la etapa de desarrollo cognitivo del menor. En esta fase, se repasan técnicas por medio de la discusión de información terapéutica, el ensayo de roles y la observación, consolidando de esta forma la aplicación de destrezas. Otra de las fases que propone el modelo, es facilitar estrategias al menor para que logre el manejo de pensamientos, emociones y conductas relacionadas a la experiencia traumática. Por lo que en el

espacio de supervisión, se deberá discutir cómo el material será presentado, se pueden realizar ensayos en vivo y el supervisor ofrecer recomendaciones para una mejor aplicación. De igual forma, facilita ejemplos sobre cómo ha desarrollado una sesión para atender dicho tema y aplicado técnicas asociadas, sirviendo como guía al supervisado.

Parte del componente de expresión del afecto y modulación, requiere la integración de técnicas particulares para procurar la regulación afectiva (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2017). Esto debido a que los participantes pueden mostrar temor sobre sus emociones o carecen de destrezas para identificarlas y expresarlas. Por lo que dicho componente pretende promover en el participante el uso de estrategias de afrontamiento para el reconocimiento y la modulación de emociones. Una de las estrategias que se utiliza en este módulo es la identificación de sentimientos. Cohen, Mannarino & Deblinger (2017), proponen la utilización de diferentes técnicas, tales como: (1) que el terapeuta comparta e intercambie con el participante cómo se sienten o se han sentido; (2) por medio de juegos, como el Bingo Emocional y; (3) ejercicios prácticos desarrollados por el terapeuta donde durante la sesión se identifiquen emociones y se describan cómo se sienten, entre otros. El proceso de supervisión puede ayudar al supervisado a identificar la estrategia pertinente para utilizar durante la sesión, desarrollar el ejercicio práctico o conocer de juegos terapéuticos que cumplan con el propósito del módulo, entre otras alternativas.

Emplear técnicas específicas y correspondientes al Modelo TF-CBT

Allen (2014), señala que para entender la importancia de las prácticas basadas en la evidencia, es necesario considerar aquellos factores que afectan que se obtengan resultados exitosos del tratamiento. Se han clasificado en cuatro categorías distintas dichos factores: relación terapéutica,

variables del cliente y eventos fuera de la terapia, expectativas y el efecto placebo, y técnicas del tratamiento (Asay & Lambert, 1999). Para efectos de lo que se está planteando en este artículo, se discutirá brevemente la categoría de las técnicas del tratamiento.

Para que una intervención sea basada en la evidencia, el tratamiento debe estar fundamentado en alguna base teórica que pueda explicar el desarrollo particular del problema, pero apoyado por literatura empírica. A su vez, las técnicas que se empleen deben ser específicas y demostrar su efectividad a través del uso replicado de las mismas en las investigaciones.

Por tanto, el terapeuta, además de tener un dominio sobre las bases teóricas y fundamentos del modelo, debe dominar e implementar adecuadamente las estrategias terapéuticas específicas del modelo. Lo que requiere que el profesional, a través de sus intervenciones, mantenga, reconociendo las variables del cliente como aspectos culturales, los objetivos del modelo e implemente correctamente las técnicas específicas de intervención, en este caso del TF-CBT. Requiriendo, a su vez, un cierto nivel de rigurosidad y autoevaluación constante de su ejecución como terapeuta.

El contexto del niño puertorriqueño

El TF-CBT ha sido implementado en contextos urbanos, suburbanos y rurales, así como, ambientes escolares, clínicos, residenciales y del hogar. Según el Child Welfare Information Gateway (2012), este modelo ha demostrado efectividad con niños y familias de distintos bagajes culturales como lo son: caucásicos, afroamericanos e hispanos de diversos niveles socioeconómicos. Al momento, este modelo ha sido adaptado para población latina, nativo americano y con deficiencias auditivas. El TF-CBT puede ser adaptado para trabajar efectivamente con poblaciones que son culturalmente muy distintas de la población original con el que

fue desarrollado (O'Callaghan, McMullen, Shannon, Rafferty & Black, 2016).

No obstante, reconociendo el componente de integración a los padres y cuidadores como uno de los más relevantes del modelo, debemos reconocer la gran cantidad de niños que como parte de haber sido expuestos a diversas formas de maltrato, son ubicados en el sistema de cuidado sustituto del Departamento de la Familia. Para el año 2014, se estimó que 7,932 menores de 18 años residían en hogares donde el jefe de familia no guardaba un vínculo consanguíneo (Census Bureau, 2014).

Aunque bien el TF-CBT puede integrar a los cuidadores del hogar de crianza, la estabilidad del niño en dicho hogar y la disponibilidad por parte del cuidador, son variables que el clínico debe considerar en la selección del modelo. El nivel educativo, tanto del cuidador como del niño, debe ser reconocido por el clínico, para poder ser sensible a través de la comunicación e implementación de estrategias en cada uno de los seis componentes. Por ejemplo, en el componente de la psicoeducación, el terapeuta debe reconocer y evaluar el lenguaje que utiliza cuando explica el impacto de la experiencia del trauma. En ocasiones, el mismo puede hacer alusión a palabras y lenguaje muy técnico tanto para el menor como para el cuidador. Sobre este asunto del lenguaje, se debe reconocer que en Puerto Rico existen diversos regionalismos y formas de expresión, distintas y correspondientes a la zona geográfica en la que reside la familia.

Contexto familiar

El entorno familiar es uno de los espacios de interacción de los niños y niñas, incluyendo aquellos/as que han sido víctimas de AS. Arellano, Danielson y Felton (2012), expusieron la relevancia de la adaptación cultural de TF-CBT, con el fin de que este se convirtiera en una modalidad terapéutica sensible a las necesidades culturales y contextuales de la

comunidad latina, incluyendo las familias puertorriqueñas. La misma es relevante debido a las comparaciones en la aplicación del modelo tanto con la muestra de blancos como con los grupos considerados latinos dentro de los que se encuentran las comunidades mexicanas, cubanas y puertorriqueñas. Dichos autores identificaron la religión o la espiritualidad, el familismo, el personalismo en la relación terapéutica, el respeto y la simpatía, los roles tradicionales de género, las creencias conservadoras sobre el sexo y la importancia de la virginidad, y las prácticas tradicionales en torno a la maternidad, como constructos culturales relevantes para integrar y considerar en la aplicación del modelo (Arellano, Danielson & Felton, 2012).

El constructo cultural del familismo hace referencia al interés del sistema en mantener una relación cercana (Arellano, Danielson & Felton, 2012), lo que da paso al apoyo, la interdependencia, la cohesión y la cooperación entre sus miembros. En medio de este contexto y ante la revelación de un evento de AS, pueden surgir dos fenómenos: la cultura del silencio, también conocido como secretividad y la retractación de la víctima. Este último es definido como la negación explícita y completa del menor sobre la experiencia de AS, en escenarios formales e informales luego de haber relatado los hechos (Malloy, Mugno, Rivard, Lyon & Quas, 2016).

Collin-Vézina, De La Sablonnière-Griffin, Palmer y Milne (2014), llevaron a cabo un estudio de corte cualitativo con el fin de identificar preliminarmente las barreras ante la revelación de un evento de AS. Para ello, realizaron entrevistas a 67 hombres y mujeres adultos sobrevivientes de AS en la niñez. Identificaron tres tipos de barreras: (1) ellos mismos, que comprende la culpa internalizada de la víctima, los mecanismos de auto-protección y el desarrollo inmaduro al momento del abuso y (2) en su relación con otros, entiéndase, violencia y disfunción familiar, dinámicas de poder, conciencia

sobre el impacto de la revelación y conexión social frágil, y (3) las asociadas con el mundo, haciendo referencia a la etiqueta, el tabú de la sexualidad, la falta de servicios disponibles y la invisibilización del AS según el momento histórico.

Jeremiah, Quinn y Alexis (2017), realizaron un estudio cualitativo de tipo crítico etnográfico con nueve mujeres adultas ubicadas en el Este del Caribe. Durante la niñez, estas experimentaron tanto AS como negligencia y, al presente, eran víctimas de violencia doméstica. Los resultados propusieron que la cultura del silencio, elemento considerado como parte de la norma cultural, está relacionado con el evento de AS y su respectivo manejo, lo que en el ciclo de abuso a lo largo de sus historias de vida.

Otro elemento que es de influencia en el entorno familiar es la retractación de las víctimas en los casos de AS. Malloy et al. (2016), llevaron a cabo un estudio con 58 casos de retractación. Los hallazgos revelaron que los menores estaban menos propensos a retractarse cuando eran inicialmente removidos de sus casas o separados de sus hermanos luego de la revelación. De igual forma, encontraron que era menos probable la retractación cuando miembros de la familia expresaban su creencia a favor de las alegaciones realizadas por este. Sin embargo, se identificó que los menores presentaban más vulnerabilidad a retractarse cuando miembros de la familia expresaban no creer en la alegación hecha por el menor y cuando las visitas con el alegado agresor eran recomendadas en la primera vista.

Participación del niño en el sistema legal

En Puerto Rico, se han realizado esfuerzos con el fin de evitar el impacto de la revictimización de los niños que han confrontado AS. Un ejemplo mencionado anteriormente es la ley conocida como la Ley de los CIMVAS (Ley Núm.158, 2013). Como ya se indicó, parte del proceso de desarrollo del trauma complejo incluye que

el niño sea expuesto una y otra vez de alguna forma a la experiencia vivida. A pesar de estos esfuerzos, niños puertorriqueños aún se les requiere que, en múltiples ocasiones, hablen sobre sus experiencias de abuso. Esto provoca que a nivel terapéutico no solo se trabaje la secuela del trauma vivido, sino que se deba atender la sintomatología provocada por los procesos con las autoridades que ocurren a la par con el proceso psicoterapéutico. En esta línea, Courtois y Ford (2013), mencionan que los estados de alienación del niño o separación del Yo y hacia otras personas, pueden ser exacerbados cuando ocurren otros tipos de abusos o victimizaciones que pueden ser repetitivos y crónicos. Es de esta forma que este tipo de exposición puede conducir a la víctima a estados de hipervigilancia, alteración de estado de ánimo y que, a su vez, desarrollen fuertes mecanismos protectores, como lo es la disociación como un mecanismo de resistencia a la recurrencia.

Los niños que han vivido diversas manifestaciones de maltrato pueden ser expuestos a varias intervenciones por parte de las autoridades, puede provocar que resistan al proceso legal (Quas & Goodman, 2012). Según Hall y Sales (2008), en Quas y Goodman (2012), estas exposiciones pudieran generar consecuencias a nivel psicológico. Los niños no solo tienen que hablar una y otra vez sobre el abuso, sino que las estrategias de entrevista no necesariamente son amigables y acordes a sus etapas de desarrollo.

Quas y Goodman (2012), exponen que para entender cómo los niños reaccionan al proceso judicial, existen diversas teorías. Los autores mencionan la Teoría de Sistemas Ecológicos de Bronfenbrenner (1979), la cual conceptualiza el sistema judicial como una institución social que tiene el poder de influir en el desarrollo de forma directa. Su efecto puede complejizarse cuando se une con otros sistemas de influencia, como la familia. Es decir, un niño en donde el sistema judicial

le cuestiona la veracidad de su testimonio sobre los hechos ocurridos, a su vez, en el contexto familiar ocurre una dinámica similar. El efecto de narrar la experiencia de abuso y no tener el apoyo de su familia, puede causar daños más significativos en comparación con el niño que tiene el apoyo de su familia, quienes no le cuestionan la veracidad de su testimonio. Por otra parte, las investigaciones establecen que los niños que han sido víctimas de abuso y comparecieron al tribunal, mostraron pobre ajuste en comparación con aquellos que no tuvieron dicha participación (Quas & Goodman, 2012). Los autores explican que esto se debe a que a los niños que han sido abusados sexualmente, muchas veces se les cuestiona sobre los detalles íntimos sexuales en un foro público. En muchas ocasiones, estos no comprenden los procesos y términos legales lo que provoca un incremento en la ansiedad. Se ha probado que los niños que son expuestos a testificar, especialmente aquellos que lo hacen de forma repetitiva, confrontan un aumento en los problemas sexuales, evitación defensiva y otros síntomas internalizantes. Según los autores, otros estudios han encontrado altos niveles en resultados negativos como pobre autoconcepto, bajo auto control, incremento en síntomas internalizantes y externalizantes y un mayor riesgo en comportamientos suicidas en niños que testifican, comparados con aquellos que no lo hacen. Es así que la unión entre testificar y los resultados adversos, dependen de otros factores incluyendo, no solo las veces en que el niño testifica, sino también la corroboración de evidencia, el apoyo materno y la severidad del abuso (Quas & Goodman, 2012). Un ejemplo de esto son niños víctimas de abusos severos donde el perpetrador es una persona cercana por un periodo prolongado de tiempo. Otros factores que influyen son la presión ejercida por el perpetrador y los miembros de la familia. A eso se unen sentimientos conflictivos hacia el perpetrador, lo que constituye uno de los mayores problemas para el niño. Por este motivo, es especialmente retante para los niños hacer

frente al perpetrador en repetidas ocasiones y responder a preguntas señaladas sobre sus experiencias. Esto provoca una gama de emociones que van en detrimento del desarrollo adecuado del niño.

El testificar produce actitudes y resultados negativos en cuanto a la salud mental (Quas & Goodman, 2012). Los niños mayores, como los adolescentes, tienen un mayor riesgo de reportar actitudes negativas. En un estudio realizado por Quas, Wallin, Horwitz, Davis y Lion (2009), con una muestra de 94 niños y niñas maltratados de 4 a 15 años se exploraron los sentimientos hacia el hecho de asistir a las citas judiciales. Los autores indican que los niños con dificultades de comportamiento o deficiencia cognitiva estuvieron más tiempo en proceso judicial. Se encontró que los niños mayores que tienen dificultades en el proceso, pueden volverse negativos a asistir a las audiencias debido a su falta de estabilidad. A su vez, esta falta de estabilidad puede conducir a que los niños experimenten sentimientos negativos con mayor frecuencia sobre el proceso judicial. Como parte de las conclusiones, se menciona que niños con un entendimiento más avanzado sobre el proceso muestran menos incomodidad a asistir a las audiencias en especial cuando tienen algún tipo de apoyo (Quas et al., 2009). Estableciendo la importancia de la psicoeducación sobre los procesos judiciales.

Los niños expuestos a eventos traumáticos, como lo es el abuso en sus diversas manifestaciones, tienen una alta probabilidad de que no puedan terminar de testificar en una sola ocasión (Quas & Goodman, 2012). Entonces, existe una gran probabilidad de que los niños sean expuestos de forma constante. Como ya se ha mencionado, esto puede provocar el aumento de sintomatología relacionada a la salud mental del menor. Por este motivo, los profesionales de salud mental que le brindan servicios especializados a esta población se enfrentan al reto que el sistema judicial provoca debido a las

exposiciones constantes a la narrativa del abuso. De esta manera, se encuentran niños que pueden comenzar a mostrar resistencia en la experiencia de la psicoterapia puesto que pueden relacionarla a las exposiciones anteriores.

Respecto al modelo TF-CBT, uno de los componentes incluye trabajar con la narrativa del trauma. Esto puede tener un impacto en la disposición del menor ante el proceso terapéutico, ya que focaliza en la narrativa de su trauma, sobre todo en los casos de niños que hayan participado del sistema judicial previo a la terapia. Por otra parte, si el menor ha recibido y culminado el servicio de psicoterapia utilizando el modelo TF-CBT, y se enfrenta al proceso judicial este pudiera afectar negativamente el sentido de esperanza, así como el nuevo significado desarrollado como parte de las metas terapéuticas.

Conclusión

En Puerto Rico, lamentablemente, se documenta una alta exposición de los niños a experiencias traumáticas, que incluyen pero no se limitan a AS. Lo que crea un espacio de necesidad, tanto en la prestación de servicios psicoterapéuticos para atender las necesidades clínicas como secuela del impacto de dichas experiencias, como en la utilización de modelos de intervención efectivos. A su vez, la diversidad respecto a los posibles síntomas y secuelas de dichas experiencias en los menores, supone un reto para el clínico. Tanto en la identificación y evaluación adecuada de los síntomas como en la selección adecuada de modelos de intervención para atender los mismos. No se debe pasar por alto la posibilidad en estos menores de un trauma complejo.

Si bien los tratamientos basados en la evidencia pueden ser la mejor alternativa en la intervención psicoterapéutica, el clínico debe reconocer las variables culturales que pueden intervenir tanto en la implementación como en alcanzar las metas terapéuticas. En nuestro conocimiento, no contamos con una amplia

variedad de modelos o intervenciones basadas en la evidencia, adaptados culturalmente para intervenir con niños puertorriqueños víctimas de AS. La carencia de modelos adaptados y publicaciones sobre intervenciones terapéuticas en nuestro país, dejan desprovisto al clínico de fuentes criollas de información y referencia.

El adiestramiento clínico especializado, así como, la supervisión clínica, tanto para estudiantes en adiestramiento como para profesionales, son herramientas útiles para la implementación de tratamientos basados en la evidencia. Ambas herramientas viabilizan que el clínico pueda desarrollar competencias en el modelo TF-CBT y así garantizar la fidelidad en la implementación del mismo. Esto es un elemento importante tanto para mantener los estándares de las prácticas basadas en la evidencia como para garantizar el bienestar de nuestros clientes o participantes.

Una aportación significativa que podríamos realizar los profesionales clínicos en Puerto Rico es documentar y publicar cómo las variables culturales, como el familismo y la participación del menor en el sistema judicial son abordadas y trabajadas utilizando modelos como el TF-CBT. Esto permitirá un espacio no tan solo de reconocimiento, sino de reflexión y análisis sobre variables externas e internas al proceso de prestación de servicios. A su vez, nos permitirían desarrollar estrategias y técnicas específicas, así como la adaptación para una implementación más efectiva de dichos modelos. Definitivamente, los procesos terapéuticos para los niños y familias puertorriqueñas representan un campo en desarrollo para la psicología como profesión.

Referencias

Allen, B. (2014). Understanding evidence-based treatment for trauma-exposed children. En B. Allen & M. Kronenberg (Eds.), *Treating*

Traumatized Children(pp. 3-25). New York: The Guilford Press.

Allen, B. & Hoskowitz, N. A. (2014). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy. En B. Allen & M. Kronenberg (Eds.), *Treating Traumatized Children*(pp. 47-63). New York: The Guilford Press.

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: The Guilford Press.

Asay, T. P & Lambert, M. J. (1999) The empirical case for the common factors in therapy: Quantative findings. En M. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: what works in therapy* (pp. 351-357). Washington, DC: American Psychological Association.

Callaghan, P., McMullen, J., Shannon, C., Rafferty, H. & Black, A. (2016). A randomized controlled trial of trauma cognitive behavioral therapy for sexual war-affected Congolese girl. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 52(4) 1-11.

Cantón, J. & Cortés, M. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: Una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 31(2), 552-561.

Cantón, J. & Cortés, M. (2010). *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil* (2a. ed.). España: Ediciones Pirámide.

Child Welfare Information Gateway. (2012). *Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children affected by sexual abuse or trauma*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau.

- Recuperado de: <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/trauma.pdf>
- Cohen, J., Mannarino, A. & Deblinger, E. (2012). *Trauma-Focused CBT for children and adolescents: Treatment applications*. New York: The Guilford Press.
- Cohen, J., Mannarino, A. & Deblinger, E. (2017). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Collin-Vézina, D., De La Sablonnière-Griffin, M., Palmer, A. & Milne, L. (2015). Research article: A preliminary mapping of individual, relational, and social factors that impede disclosure of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 43, doi: 10.1016/j.chiabu.2015.03.010.
- Courtois, C. A. & Ford, J.D. (2013). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach*. New York: The Guilford Press.
- Disdier, O.M., Lugo, R. & Irizarry, M. (2015). Perfil del maltrato de menores en Puerto Rico: Año fiscal federal 2012-2013. *Instituto de Estadísticas de Puerto Rico y Departamento de la Familia*. Obtenido de www.estadisticas.gobierno.pr.
- Falender, C. & Shafranske, E. (2013). *Clinical supervision: A competency-based approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Estadísticas de delitos sexuales y maltrato de menores, enero a diciembre de 2016. *Gobierno de Puerto Rico: Policía*. Recuperado de <http://policia.pr.gov/estadisticas-delitos-sexuales-y-maltrato-a-menores/>
- Grasso, D., Greene, C. & Ford, J. (2013) Cumulative Trauma in Childhood. En J. Ford & C. Courtois (Eds.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescents: Scientific Foundations and Therapeutic Models* (pp. 79-99). New York: The Guilford Press.
- Jeremiah, R., Quinn, C. & Alexis, J. (2017). Exposing the culture of silence: Inhibiting factors in the prevention, treatment, and mitigation of sexual abuse in the Eastern Caribbean. *Child Abuse & Neglect*, 66, 53-63. doi: 10.1016/j.chiabu/2017.01.029.
- Ley 158. (2013). *Ley Habilitadora de los Centros de Servicios Integrados a Menores Víctimas de Abuso Sexual (CIMVAS)*. Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- Ley 246. (2011). *Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores*. Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- Malloy, L., Mugno, A., Rivard, J., Lyon, T. & Quas, J. (2016). Familial influences on recantation in substantiated child sexual abuse cases. *Child Maltreatment*, 21(3), 256-261. doi: 10.1122/1077559516650936.
- Quas, J. & Goodman, G. (2012). Consequences of criminal court involvement for child victims. *Psychology, Public Policy, and Law*, 18(3), 392-414.
- United States Census Bureau (2014). *American Community Survey* (Data file). Recuperado de: <https://factfinder.census.gov/faces/tableservices/jsf/pages/productview.xhtml?src=CF>
- van der Kolk, B. (2015). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Penguin Group.
- Witt, A., Münzer, A., Ganser, H., Ferget, J., Goldbeck, L. & Plener, P. (2016). Experience by children and adolescents of more than one type of maltreatment: Association of different classes of maltreatment profiles with clinical outcome variables. *Child Abuse & Neglect*, 57, 1-11.