

# Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma de una adolescente víctima de abuso sexual: caso clínico

## Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy in an adolescent victim of sexual abuse: clinical case

Ana Leticia Becerra Gálvez, Diana Sarabia Sánchez, Carla Isabel Matus Hernández  
Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México

**Resumen:** Las víctimas de abuso sexual pueden experimentar repercusiones psicológicas graves a corto y largo plazo como ansiedad, depresión, culpa y trastorno de estrés postraumático. Existen diferentes alternativas de tratamiento para este problema, de entre las cuales la Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma (TCC-CT) es una opción adecuada para abordar las consecuencias psicológicas derivadas del abuso sexual y otros eventos traumáticos. El objetivo de este trabajo es describir los efectos de la TCC-CT sobre la sintomatología ansioso-depresiva y los sentimientos de culpa de una adolescente que sufrió abuso sexual. Los resultados revelan que se obtuvo una disminución clínicamente significativa en la sintomatología depresiva (CCO = -0.39) y una reducción en el sentimiento de culpa registrada a lo largo de las fases; línea base ( $Y_t = 9.3$ ) e intervención ( $Y_t = 3.1$ ). La participación de los familiares es fundamental para la recuperación y la adaptación positiva de las víctimas de abuso sexual infantil.

*Palabras clave:* violencia sexual, evento traumático, intervención, terapia cognitivo conductual, adolescencia

**Abstract:** Victims of sexual abuse can experience serious short- and long-term psychological problems such as anxiety, depression, guilt and post-traumatic stress disorder. There are different treatment alternatives for this problem; however, Trauma-Focused Cognitive Beha-

---

**Dra. Ana Leticia Becerra Gálvez**  [0000-0002-5075-6098](https://orcid.org/0000-0002-5075-6098). Profesora de Carrera Titular A de Tiempo Completo. Psicóloga y Supervisora de la Práctica Clínica de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México.

**Lic. Diana Sarabia Sánchez** es Psicóloga de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México.

**Lic. Carla Isabel Matus Hernández** es Psicóloga de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México.

**Para citar este artículo:** Becerra Gálvez, A.L., Sarabia Sánchez, D. y Matus Hernández, C.I. (2025). Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma de una adolescente víctima de abuso sexual: caso clínico. *Clínica Contemporánea*, 16(1), Artículo e3. <https://doi.org/10.5093/cc2025a3>

La correspondencia de este artículo debe ser enviada a Ana Leticia Becerra Gálvez al email: [behaviormed.ana@gmail.com](mailto:behaviormed.ana@gmail.com)



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

vioral Therapy (TF-CBT) is a suitable option for addressing the psychological consequences derived from sexual abuse and other complex traumatic events. The objective of this study is to describe the effects of TF-CBT on the anxious-depressive symptoms and feelings of guilt of an adolescent who suffered sexual abuse. The results reveal that a clinically significant decrease was achieved in depressive symptoms ( $CCO = -0.39$ ), along with a reduction in the feeling of guilt recorded through phases: baseline ( $Yt = 9.3$ ) and intervention ( $Yt = 3.1$ ). The participation of family members is essential for the recovery and positive adaptation of victims of child sexual abuse.

*Keywords:* sexual violence, traumatic event, intervention, cognitive-behavioral therapy, adolescence

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023) refiere que el abuso sexual es un tipo de agresión que implica actos sexuales no deseados o forzados, cometidos sin consentimiento a través de amenazas o coacción. A nivel mundial, se declara que una de cada cinco mujeres y uno de cada 13 hombres sufrieron abusos sexuales cuando tenían entre 0 y 17 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Al respecto, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2019) refiere que la violencia sexual es la más frecuente en las mujeres, niñas y adolescentes, siendo una de las violaciones más graves de los derechos humanos, arraigada y tolerada en el mundo. En México, según los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022) el 12.6% de mujeres de 15 años o de más edad; vivieron situaciones de abuso sexual durante su infancia, siendo los agresores en su mayoría hombres de su núcleo familiar.

Por otra parte, el Programa Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (2021) refiere que, en 2014, 23 mil adolescentes de entre 12 a 17 años sufrieron algún tipo de agresión sexual en donde se incluyen el acoso, tocamientos y actos sexuales no consentidos. Sin embargo, estos datos no reflejan por completo la realidad debido a la estigmatización del tema, la falta de redes de apoyo, la dificultad para detectar las señales físicas, el poco reconocimiento familiar y la falta de denuncias ante las autoridades (Acuña, 2014; Schönbacher et al., 2012).

Los sobrevivientes de abuso sexual pueden experimentar afecciones psicológicas a corto y largo plazo, tales como trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastorno límite de la personalidad (TLP), ideación suicida, trastornos alimentarios, trastornos del sueño, ansiedad y depresión (Chen et al., 2010; Hailes et al., 2019; Li et al., 2023). Además, debido al estigma dentro de los contextos sociales, las víctimas tienden a desarrollar culpa y vergüenza (Aakvaag et al., 2016; Kennedy y Prock, 2018) que están fuertemente relacionadas con la depresión, el TEPT y una baja autoestima, afectando todo ello a la capacidad de adaptarse en la vida adulta (Bentivegna y Patalay, 2022; Feiring et al., 1998; Shi et al., 2021).

Las consecuencias psicológicas pueden manifestarse en una depresión expresada en sentimientos de tristeza, irritabilidad, problemas de concentración y sueño, deseos de morir y pesadillas (Colombé et al., 2020). También se ha encontrado que la ansiedad como consecuencia del abuso sexual es más prevalente en mujeres que en hombres, mostrando incluso una mayor severidad de los síntomas (Guillén et al., 2019).

Si bien no existe información consistente sobre los factores de riesgo y de protección para que se presenten este tipo de síntomas en las víctimas de agresiones sexuales, se sabe que la atención oportuna se torna esencial (Pinto, 2014). El impacto psicológico puede variar a corto y largo plazo según el tipo de agresión, la frecuencia, la gravedad, la relación con el agresor, determinados rasgos de personalidad de la víctima, el apoyo social tras la revelación, entre otros (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011; Pereda, 2010).

Actualmente, existen revisiones que demuestran la efectividad de distintos tipos de psicoterapia para el tratamiento de niños y adolescentes con historia de abuso sexual, en las que se destacan la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (TCC-CT), la terapia de grupo,

el tratamiento de exposición prolongada (EP), la terapia de procesamiento cognitivo (CPT), la terapia conductual, la desensibilización y reprocesamiento de los movimientos oculares (EMDR) y la terapia de juego (Tichelaar et al., 2020; Xiang et al., 2021). En general, los estudios coinciden en que la TCC es una opción adecuada para tratar con niños y adolescentes que experimentaron eventos traumáticos, incluyendo el abuso sexual (Macdonald et al., 2012; Sousa-Gomes et al., 2024; Thielemann et al., 2022; Xian-Yu et al., 2023). No obstante, se recomienda que la TCC-CT sea el tratamiento de primera línea para tratar específicamente a niños de seis años en adelante que vivieron algún evento traumático (Rossouw et al., 2022).

La duración del tratamiento varía según el caso, aunque el tiempo aproximado es de 12 a 20 sesiones de 50 minutos e incluye técnicas psicoeducativas, de relajación, de exposición y de modificación cognitiva ante el trauma (Cohen et al., 2012; Grady et al., 2023). La TCC-CT ha demostrado ser altamente eficaz, puesto que existen mejoras en los síntomas del TEPT como resultado primario y en los síntomas de depresión, ansiedad y duelo como resultados secundarios desde el pretratamiento hasta el seguimiento a los 12 meses (Cary y McMillen, 2012; Lenz y Hollenbaugh, 2015; Rakhmasar et al., 2021; Thielemann et al., 2023). En otro caso publicado por Bowyer (2014) se reportó una disminución clínicamente significativa en los síntomas de TEPT, de depresión, así como de culpa y vergüenza en una adolescente víctima de una agresión sexual. También en ese mismo año, de Arellano et al. (2014) encontraron, por medio de una revisión sistemática de la literatura, que también ayudaban a mejorar la comunicación padres-víctima, las prácticas parentales y el autocuidado. Con base en lo anterior, el objetivo de este estudio es describir los efectos de la Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma (TCC-CT) sobre la sintomatología ansioso depresiva y los sentimientos de culpa en una adolescente que sufrió abuso sexual.

## Método

### Identificación del Paciente

Paciente femenina, “A”, de 15 años originaria de la Ciudad de México y residente de Nezahualcóyotl, Estado de México; estudiante de tercer grado de secundaria, soltera y de religión católica, con nivel socioeconómico bajo; comparte casa habitación con ambos padres y hermano mayor (17 años). Víctima de abuso sexual perpetrado por su abuelo paterno y atendida por el servicio de psicología de la Clínica Universitaria de Atención a la Salud (CUAS) “Aurora” de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-Zaragoza) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). La paciente fue acompañada por su madre, quien ofreció información relacionada con el caso y el avance en el proceso legal, el cual quedó inconcluso debido a retrasos administrativos durante la pandemia por la COVID-19. Dado que “A” es menor de edad, se leyó y revisó junto con su tutora el formato de consentimiento informado bajo el cual se estipulaban sus derechos y obligaciones como usuaria del servicio psicológico, la garantía en el resguardo de los datos personales y el manejo confidencial de información sensible relacionada con el caso. Se obtuvo consentimiento de paciente y familiar aceptando atención psicológica y su participación en esta investigación.

### Motivo de Consulta

La paciente reporta que, por el abuso sexual ejercido por su abuelo, con quien compartía casa-habitación, ha desarrollado sintomatología ansioso-depresiva severa y sentimientos de culpa. Dichos síntomas incrementaron tras la denuncia formal, por comentarios de la familia extensa que culpa a la menor del abuso y por los cambios en la dinámica familiar nuclear. Niega antecedentes psiquiátricos. Recibió terapia de lenguaje a los 4 años por problemas de comunicación verbal y de lecto-escritura. Niega consumo de tóxicos o fármacos.

## Historia del problema

La paciente refiere que fue víctima de abuso sexual por parte de su abuelo paterno, con quien compartía casa-habitación, durante aproximadamente cuatro años. Comenta que reveló el abuso a su madre y hermano a inicios de 2020 debido al intenso malestar que presentaba al interactuar con su abuelo, decidiendo realizar la denuncia de manera formal con las autoridades pertinentes y cambiar de domicilio. “A” no recibe atención psicológica oportuna debido a las políticas de confinamiento denominadas por el gobierno de México como Jornada Nacional de Sana Distancia (23 de marzo de 2020). Otros obstáculos que impidieron este tipo de atención fueron el cambio repentino de domicilio con el fin de no exponer a la adolescente a mayor violencia y las afectaciones a nivel económico.

Al inicio de 2023 fueron canalizados por el municipio a la CUAS Aurora de la FES-Zaragoza, UNAM, que ya ofrecía servicio presencial bajo el cumplimiento de las normas sanitarias. La paciente refiere que durante el confinamiento estuvo “tranquila”, ya que sabía que ni ella ni su agresor podían salir y, por lo tanto, no existían razones para que se llevara algún tipo de convivencia entre ellos. Sin embargo, el malestar se incrementó cuando se abrieron todas las actividades y, por lo tanto, tuvo que regresar a la escuela: “*me da mucho miedo encontrármelo y que me vuelva a lastimar o que me reclame porque lo denuncié*” (sic. pac.). Las respuestas de ansiedad y depresión fueron más frecuentes e intensas ante los comentarios de sus tíos y otros integrantes de la familia, quienes afirman que ella provocó el abuso con su manera de vestir y que, dada la denuncia, ha provocado una ruptura en la familia.

## Estrategias de evaluación

El proceso de evaluación incluyó la implementación de una entrevista conductual semiestructurada elaborada *ad hoc* con base en el formato de Historia Clínica Psicológica de las CUAS-FES-Zaragoza-UNAM, así como de elementos de las Medidas de Asistencia del Protocolo Inicial de Atención, Asistencia y Reparación Integral a Niñas, Niños y Adolescentes Víctimas de Violencia Derivada del Delito y Violaciones a Derechos Humanos de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas ([CEAV] Gobierno de México, 2021). En esta entrevista se recogieron datos relacionados con la dinámica familiar, historia y tipo de abuso, manifestaciones psicológicas adversas en sus tres niveles de respuesta (motor, cognitivo-emocional y fisiológico) a raíz del evento y denuncia del agresor, situaciones estímulas evocadoras del malestar psicológico, consecuencias y variables socioculturales asociadas con la historia de aprendizaje y estrategias de afrontamiento previo y posterior al abuso.

-Inventario de Depresión de Beck II (*Beck Depression Inventory II*, BDI-II; Beck et al., 1996). Es un autoinforme que consta de 21 ítems con respuesta tipo Likert de cuatro puntos que se emplea para detectar y evaluar la gravedad de la depresión experimentada durante las dos semanas previas a la realización de la prueba. En su adaptación mexicana, su consistencia interna es de  $\alpha = .85$  (Galindo et al., 2015). Es uno de los instrumentos más utilizados para la medición del constructo y ha sido validado en adolescentes mexicanos (Contreras-Valdez et al., 2015).

-Inventario de Ansiedad de Beck (*Beck Anxiety Inventory*, BAI; Beck et al., 1988). Es una escala de autoinforme que consta de 21 ítems con respuesta tipo Likert de 4 puntos (0 = En absoluto y 3 = Severamente) para medir la gravedad de los síntomas de ansiedad. Es uno de los más utilizados debido a la simplicidad de su aplicación y evaluación. En su adaptación mexicana su consistencia interna es de  $\alpha = .82$  (Galindo et al., 2015). El BAI muestra propiedades psicométricas aceptables en población adolescente (Cova et al., 2007; Osman et al., 2002).

-Escala Numérico Análogo (ENA; Frampton y Hughes-Webb, 2011), herramienta de medición cuantitativa que se utiliza con frecuencia para evaluar la gravedad (intensidad) de algún malestar físico, cognitivo o emocional que va del 0 (ausencia) al 10 (la peor valoración percibida). Para fines de este caso fue empleada para medir la intensidad del sentimiento de culpa.

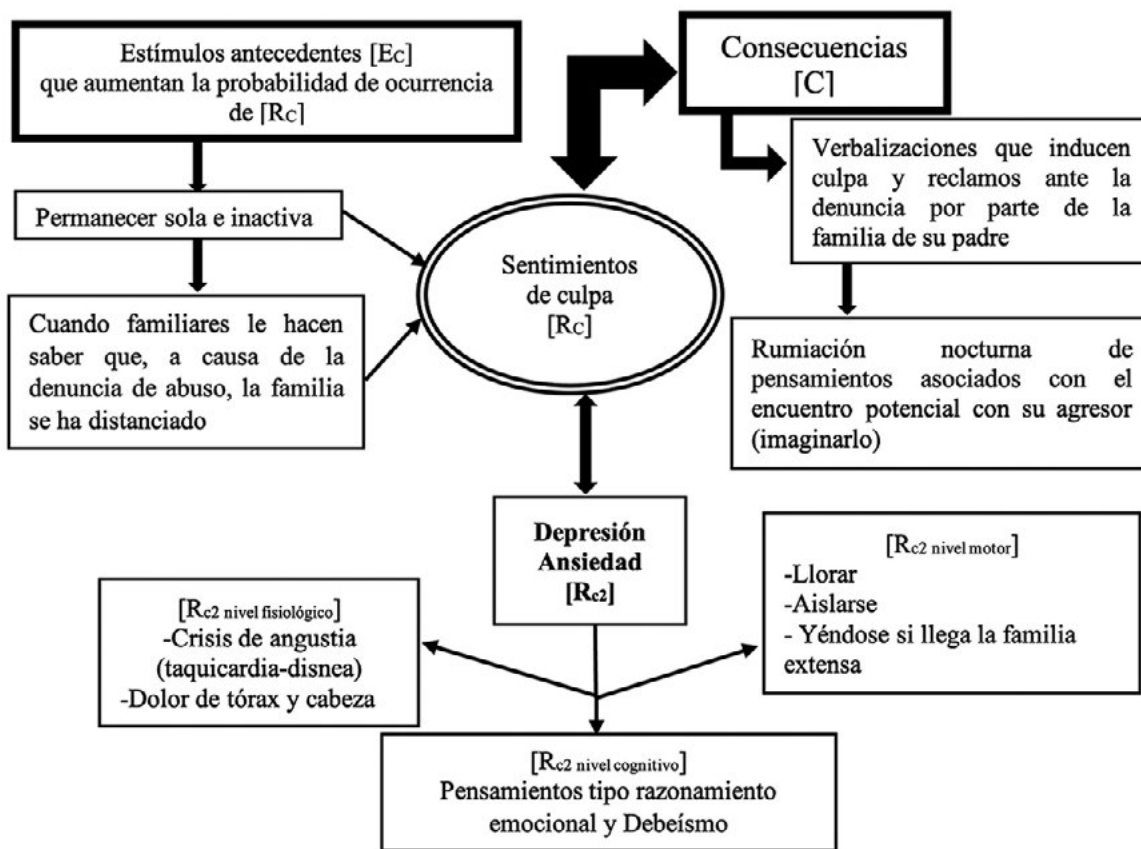
De forma complementaria, para identificar la historia de abuso, se empleó una entrevista conductual con la tutora. Se realizó un cotejo de los criterios del DSM-5. Se consideró el diagnóstico de 309.28 (F43.23) Trastor-

no de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido, dado que no se cumplían los criterios para Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). No obstante, es importante señalar que, aunque una persona no cumpla con los criterios diagnósticos de un trastorno, puede experimentar malestar clínicamente significativo que afecta a su bienestar y funcionamiento diario, como en el caso de esta paciente.

### Análisis topográfico y funcional de la conducta

Se llevó a cabo un análisis topográfico del comportamiento para identificar la forma en la que se presentaban los comportamientos asociados con ansiedad, depresión y culpa, empleando parámetros de la conducta como frecuencia, duración e intensidad. También se llevó a cabo el análisis funcional de la conducta para establecer las relaciones entre las causas estimulatoras de índole contextual o cognitivo [EC], y las consecuencias [C] que influyen sobre la conducta [Rc, c2] y así modificarla. En la Figura 1 se expresa la representación del análisis funcional de la conducta del caso de “A”.

**Figura 1.** Representación del análisis funcional de la conducta de “A”



El malestar psicológico de “A” se caracteriza a nivel conductual por presentar llanto por lo menos 2 veces a la semana, ganas de gritar, aislarse y dormir poco (3- 4 horas por noche). Además, refería quedarse dormida en la escuela y tener poca concentración o motivación para involucrarse en las tareas académicas. También en la escuela presenta crisis de angustia caracterizadas por taquicardia, agitación motora y dificultad para respirar. A nivel cognitivoemocional, la paciente tiene pensamientos como “*me va a encontrar y me va a hacer algo peor*”, “*me puede matar o me puede dañar más por denunciarlo*” (sic. pac.). Reporta sentimientos de culpa y enojo hacia sí misma “*no aguanté nada*”, “*¿por qué lo dije? Es mi familiar y no debí hacerlo*”, “*ahora*

por mi culpa mi familia se está distanciando, todos me culpan porque dicen que yo era la coqueta y la que lo provocaba". A nivel fisiológico, refiere tener dolor de tórax tipo quemante/punzante en una escala análoga del dolor (7/10) y dolor de cabeza (6/10).

Las condiciones estímulares externas evocadoras del malestar psicológico son: permanecer inactiva, tener que convivir con algunos integrantes de su familia externa, quienes le hacen saber que "por su culpa", ahora nadie quiere a su agresor. Cuando esto ocurre la paciente busca refugio en el baño, trata de respirar por la boca, se da consejos a sí misma "no fue mi culpa" y trata de calmarse "intento tener algo en la boca, pensar en que no me va a pasar nada" (sic. pac.). Cuando está en casa su madre, su padre y/o su hermano tratan de calmarla ofreciendo palabras de aliento. Al interactuar con familiares de su padre que conviven aún con el agresor, solo recibe reclamos por la denuncia. Algunas variables mediadoras son: estilo de afrontamiento centrado en la emoción y apoyo social percibido a nivel emocional como insuficiente.

## Diseño del estudio

Se trata de un experimento de caso único ( $N = 1$ ), se empleó el modelo básico A-B y se midió el efecto de la intervención temporalmente acorde con los objetivos y criterios de cambio conductual establecidos. Se realizaron medidas pre-post sin seguimiento para conocer el cambio clínico objetivo.

## Tratamiento

Intervención psicológica fundamentada en los principios de la Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma (TCC-CT): constó de 9 sesiones de 60 minutos impartidas una vez por semana. Los objetivos del tratamiento se construyeron con base en el análisis funcional de la conducta y se configuraron con el fin de reducir la sintomatología ansioso-depresiva, así como los sentimientos de culpa derivados del abuso y de la denuncia ante las autoridades. En la Tabla 1 se describen los objetivos y contenido de cada una de las sesiones.

**Tabla 1.** Estructura de las sesiones de evaluación y tratamiento en el caso de "A"

Sesión	Objetivo	Contenido
1	Valoración inicial y recogida de información.	Evaluación inicial y captura de historia clínica.
2	Identificación de información relevante asociada con el abuso sexual.	Entrevista conductual de primera vez en la cual se identificaron la conducta de interés, las condiciones estímulares externas e internas bajo las cuales se manifiesta, y sus posibles consecuencias.
3	Evaluación conductual de las conductas y emociones de interés centradas en el trauma (Pre-intervención).	Aplicación de escalas, entrevista conductual de seguimiento y descripción del Análisis Funcional de la Conducta.

**Tabla 1.** Estructura de las sesiones de evaluación y tratamiento en el caso de “A” (Continuación)

Sesión	Objetivo	Contenido
4	<p>Psicoeducación del abuso sexual, violencia de género y violencia contra las mujeres y las niñas.</p> <p>Entrenamiento en respiración diafragmática profunda como estrategia de modulación afectiva.</p> <p>Procesamiento cognitivo y narrativa del trauma para la identificación y desafío de pensamientos distorsionados asociados con la experiencia traumática y sus consecuencias (depresión y sentimiento de culpa).</p>	<p>Información (conceptos y estadísticas) de violencia de género ejercida en contra de las mujeres y las niñas (OMS, 2022; UNICEF, 2016).</p> <p>Modelamiento, moldeamiento y puesta en marcha de ejercicios en respiración diafragmática profunda.</p> <p>Enlistado de creencias asociadas con el abuso y sus efectos emocionales, cognitivos e interpersonales. Modificación de pensamientos y creencias relacionados con la culpa (técnica del pastel).</p>
5	<p>Reestructuración cognitiva de creencias disfuncionales asociadas con el trauma.</p> <p>Psicoeducación en higiene de sueño (Técnica complementaria a la TCC-CT).</p>	<p>Confrontación de creencias por medio de la técnica de elecciones imposibles, la cual implica plantear al paciente escenarios hipotéticos en los que se cuestionen la rigidez y la falta de adaptabilidad de sus ideas.</p> <p>Entrenamiento en prácticas para promover un sueño saludable y reparador.</p>
6	Mejora de habilidades de seguridad: diseño del plan.	Desarrollo de habilidades prácticas y cognitivas ante la experimentación de situaciones estresantes asociadas con el abuso, los reclamos de la familia paterna y un posible encuentro con el abusador.
7	Mejora de habilidades de seguridad: rol playing de técnicas defensivas.	Ejercicios de rol playing ante situaciones hipotéticas que conllevan la interacción con otros y bajo las cuales se presentan síntomas de depresión y ansiedad.
8	<p>Mejora de habilidades de seguridad: búsqueda de redes de apoyo.</p> <p>Psicoeducación en distracción cognitiva (Técnica complementaria a la TCC-CT).</p>	<p>Enlistado de alternativas de solución ante situaciones hipotéticas que conllevan la regulación de emociones, el apoyo social y la toma de decisiones.</p> <p>Entrenamiento en focalización de atención a estímulos neutrales o placenteros con el fin de parar el pensamiento desadaptativo y reducir la ansiedad.</p>
9	<p>Evaluación conductual de las conductas y emociones de interés centradas en el trauma (Post-intervención).</p> <p>Sesión conjunta con paciente y familiares.</p>	<p>Aplicación de escalas.</p> <p>Involucrar a los familiares en el tratamiento, educándoles en las manifestaciones postraumáticas, habilidades parentales y en el desarrollo de un plan de emergencia de seguridad familiar.</p>

## Análisis de Resultados

Se calculó el Índice de Cambio Clínico Objetivo (CCO) para determinar los cambios en la paciente. Dicho índice es significativo cuando se obtiene un puntaje mayor a  $\pm 0.20$  (Cardiel, 1994). Para calcularlo se empleó la siguiente fórmula:  $CCO = \frac{Post-Pre}{Pre}$

Para conocer los efectos de la intervención sobre los sentimientos de culpa, estos se midieron a lo largo de las dos fases: A (línea base) y B (intervención) los índices de descripción para diseños N = 1 como: nivel [  $Y_t$  ], la tendencia [  $b$  ], y la variabilidad [  $V$  ].

## Resultados

Los resultados revelan que se obtuvo una disminución en los síntomas de ansiedad y depresión según las escalas BAI y BDI-II. Sin embargo, al obtener el cálculo del CCO solo se consiguió una reducción clínicamente significativa en la depresión, como se observa en la Tabla 2.

**Tabla 2.** Aplicación de los Inventarios BAI y BDI-II durante la pre y post evaluación

Inventario	Pre-intervención	Post-intervención	CCO
BAI	33	29	-0.12
BDI-II	43	26	-0.39*

\*CCO > 0.20

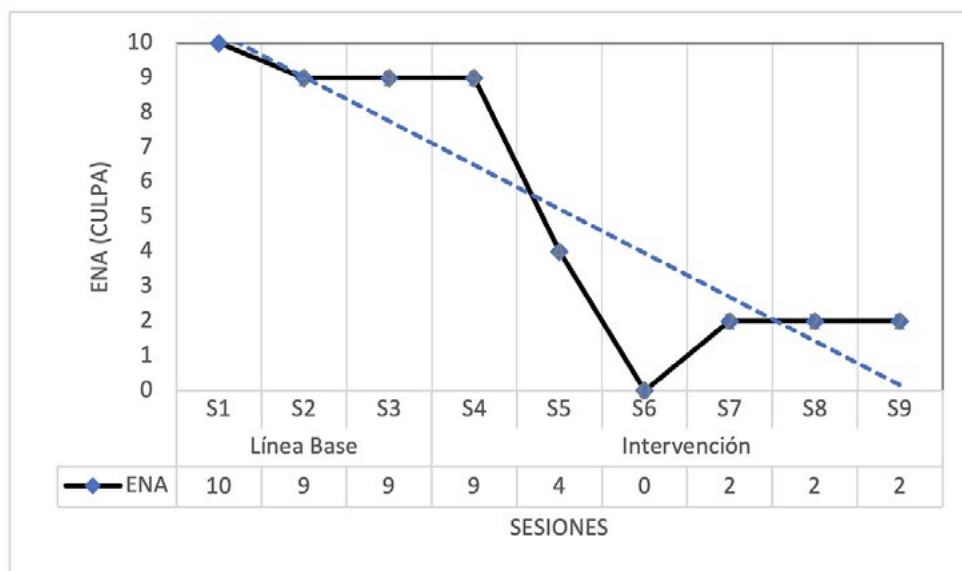
El nivel, tendencia y variabilidad dejan ver que se consiguió una disminución significativa del síntoma de culpa. En la Tabla 3 se puede observar cómo en la línea base la intensidad del malestar promedio fue mayor ( $Y_t = 9.3$ ) en comparación con la fase de intervención ( $Y_t = 3.1$ ); la tendencia es negativa, con una magnitud importante, confirmándose el descenso de este malestar ( $b = -12.0$ ).

**Tabla 3.** Índices descriptivos para la línea base y la intervención del sentimiento de culpa en el caso de "A"

Fase		$b$	$V$
Línea Base	9.3	-0.02	0.07
Intervención	3.1	-12.0	1.14

En la Figura 2 se observan las puntuaciones otorgadas al sentimiento de culpa percibido durante las dos fases, dando cuenta de la tendencia que se obtuvo a partir de la valoración análoga subjetiva sesión a sesión. El pico a la baja con valoración cero de la culpa que se registra en la sesión número seis, fue posterior al trabajo de procesamiento cognitivo (técnica del pastel) y durante el entrenamiento en mejora de las habilidades de seguridad.



**Figura 2.** Sentimiento de culpa percibido por “A” antes y durante la intervención basada en TCC-CT

Durante esta intervención se observó que la paciente logró desarrollar habilidades para tolerar la angustia y fue capaz de enfrentar las emociones difíciles sin recurrir a comportamientos disfuncionales o evitativos como, por ejemplo, conductas de autolesión o consumo de sustancias. Además, “A” logró identificar, a través de las actividades, alternativas de solución y estrategias de afrontamiento de situaciones estresantes, por ejemplo: confrontar al agresor, convivir con familiares que la culpan del abuso y retomar el proceso legal inconcluso. Al término de la intervención, la paciente comenta *“la terapia me ayudó mucho porque sentía mucha culpa, ahora entiendo que no fue mi responsabilidad y ¿pude haber hecho algo?, yo confiaba en él y se aprovechó...”* (sic. pac.).

### Discusión y conclusiones

Se destaca la eficacia de la TCC-CT en una intervención aplicada a un caso de abuso sexual, en donde se alcanzaron los objetivos terapéuticos. Se consiguió una mejora objetiva en las puntuaciones de las escalas BAI y BDI-II y también en la Escala Numérico Análoga (ENA) según las verbalizaciones realizadas por la usuaria. Un hallazgo de la implementación del tratamiento es que, aunque la paciente no presentaba señales de TEPT, los resultados indican que este modelo permite cambios clínicamente significativos en la sintomatología de depresión. Esto coincide con el estudio realizado por Thielemann et al. (2023), quienes mencionan que este tipo de intervención permite mejoras en los síntomas de depresión y ansiedad como resultado secundario.

Por otro lado, a diferencia de otros estudios y casos reportados (Macdonald et al., 2012; Thielemann et al., 2023; Xian-Yu et al., 2023), no se encontró un cambio clínicamente significativo en la disminución de ansiedad. Este resultado puede deberse a situaciones similares reportadas en otros casos (Rakhmasar et al., 2021) donde el agresor estaba en libertad y existía la posibilidad de un reencuentro con él, creándose así un contexto adverso para la víctima. No obstante, los cambios observados durante las sesiones muestran avances en la reducción de los síntomas a través de la implementación de estrategias de relajación ante las crisis presentadas.

La usuaria presentaba sentimientos de culpa derivados del evento traumático y de la denuncia, sintomatología común que confirman estudios previos (Aakvaag et al., 2016), de modo que se trabajó con las cogniciones desadaptativas que han sido fuertemente asociadas con la depresión y otras secuelas del trauma (Feiring et al., 1998). La paciente reportó una reducción de la intensidad del sentimiento de culpa al identificar a los diferentes responsables de la situación, al reconocer que hizo lo que pudo con las herramientas que tenía en ese momento

y dadas las condiciones por la pandemia por COVID-19. Este resultado concuerda con el caso realizado por Bowyer (2013), quien reporta disminuciones significativas en los sentimientos de culpa y vergüenza a partir de la implementación de intervenciones con enfoque cognitivo-conductual.

La victimización secundaria que sufre la usuaria, debido a la minimización del abuso y la culpabilización por su entorno familiar, ocurre en un contexto sociocultural que perpetúa el secretismo y la normalización de la violencia sexual intrafamiliar. Estos factores pueden impedir que las víctimas reciban el apoyo necesario y dificultar su recuperación. Por esta razón, la creación de un plan emergente de apoyo resultó esencial para enseñar y entrenar en estrategias de protección ante nuevas y potenciales situaciones problemáticas, por ejemplo, ataques verbales por parte de su familia paterna o un posible encuentro con su agresor. De esta manera, el entrenamiento de acciones plausibles le ayudará a hacer frente a futuros estresores y lidiar con la culpa, síntoma que afecta significativamente su bienestar emocional. La TCC-CT ha sido defendida como el tratamiento de primera elección en personas que sufrieron eventos traumáticos (Rossouw et al., 2022), y tal como se sugiere, este trabajo apoya la eficacia del tratamiento para la reducción de los síntomas derivados del abuso sexual intrafamiliar.

Este estudio tiene limitaciones a considerar, entre ellas el tiempo transcurrido entre el abuso y el inicio de la terapia psicológica, un factor que pudo influir en la manifestación de síntomas y la respuesta al tratamiento (Pereda, 2010). Además, la clínica universitaria ofrece a los usuarios un servicio de psicología enfocado principalmente en la contención y que, además, se rige por un calendario escolar que implica un número de sesiones limitadas. Asimismo, dada la dificultad para realizar un seguimiento del mantenimiento de los cambios, no se pudo obtener información sobre la consistencia de las mejoras, y con ello, la prevención de recaídas. Si bien se contó con la supervisión de un especialista, se carecen de protocolos de acción institucionales y nacionales lo suficientemente sólidos y claros para ayudar a las víctimas. En el caso de las clínicas universitarias que prestan servicio psicológico, se sugiere la creación de cursos formativos en este tema y la creación de convenios con otras instancias gubernamentales y civiles. Igualmente, se debe tomar en cuenta que, al ser un estudio de caso único, existe poco control sobre las variables y, al no tener una muestra representativa, no se pueden generalizar estos hallazgos. No obstante, dada la claridad de la metodología de la TCC-CT, se puede seguir replicando con otras víctimas de abuso.

Se sugiere para futuras investigaciones hacer un seguimiento a corto y largo plazo, con el fin de tener información acerca de la estabilidad de los logros del tratamiento y, conjuntamente, crear un plan de prevención ante posibles recaídas en un contexto donde el agresor es un familiar cercano. Es necesario que los profesionales de la salud implementen medidas preventivas donde se involucren a los niños y adolescentes, así como a los cuidadores principales y a los docentes disminuyendo la posibilidad del abuso sexual infantil. Por otro lado, se vuelve primordial proporcionar recursos legales para crear una cultura de la denuncia judicial ante cualquier violación de los derechos, aun cuando el agresor sea un miembro más de la familia.

## Referencias

- Aakvaag, H. F., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., Dyb, G., Røysamb, E. y Olf, M. (2016). Broken and guilty since it happened: A population study of trauma-related shame and guilt after violence and sexual abuse. *Journal of Affective Disorders*, 204, 16–23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.004>
- Acuña, M. J. (2014). Abuso sexual en menores de edad: generalidades, consecuencias y prevención. *Medicina Legal de Costa Rica*, 31(1), 57-69.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory- II*. Psychological Corporation.
- Bentivegna, F. y Patalay, P., (2022). The impact of sexual violence in mid-adolescence on mental health: a UK population-based longitudinal study. *The lancet Psychiatry*, 9(11), 874–883. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00271-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00271-1)

- Bowyer, L., Wallis, J. y Lee, D. (2013). Developing a compassionate mind to enhance traumafocused CBT with an adolescent female: a case study. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 42(2), 248–254. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000362>
- Cardiel, R. (1994). La medición de la Calidad de Vida (Measuring Quality of Life). En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero, (Eds). *Epidemiología clínica* (pp. 189-199). Interamericana-McGraw Hill.
- Cary, C. E. y McMillen, J. C. (2012). The data behind the dissemination: A systematic review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth. *Children and Youth Services Review*, 34(4), 748–757. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.01.003>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. y Deblinger, E. (2012). *Trauma-Focused CBT for children and adolescents: Treatment applications*. The Guilford Press.
- Colombé M., Pozo, E. y Mesa, I. (2020). El abuso sexual infantil. Su relación con algunos problemas emocionales. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, 9. <https://www.eumed.net/rev/caribe/2020/09/abuso-sexual-infantil.html>
- Contreras-Valdez, J. A., Hernández-Guzmán, L. y Freyre, M. A. (2015). Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia Psicológica*, 33(3), 195-203. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000300004>
- Cova, F., Rincón, P. y Melipillán, R. (2007). Rumiación y presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(2), 175-183.
- Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., Elamin, M. B., Seime, R. J., Shinozaki, G., Prokop, L. J. y Zirakzadeh, A. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(7), 618–629. <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0583>
- de Arellano, M. A., Lyman, D. R., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Huang, L. y Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(5), 591–602. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300255>
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Psicología Conductual*, 19(2), 469-486.
- Feiring, C., Taska, L. y Lewis, M. (1998). The Role of Shame and Attributional Style in Children's and Adolescents' Adaptation to Sexual Abuse. *Child Maltreatment*, 3(2), 129-142. <https://doi.org/10.1177/1077559598003002007>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2016). *Abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes. Una guía para tomar acciones y proteger derechos*. [https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-04/proteccion-AbusoSexual\\_contra\\_NNyA-2016.pdf](https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-04/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA-2016.pdf)
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2019). *ONU México hace un llamado a eliminar todas las formas de violencia sexual contra las mujeres y las niñas*. [https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/onu-m%C3%A9xico-hace-unllamado-eliminar-todas-las-formas-de-violencia-sexual-contra#\\_ftnref4](https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/onu-m%C3%A9xico-hace-unllamado-eliminar-todas-las-formas-de-violencia-sexual-contra#_ftnref4)
- Frampton, C. L. y Hughes-Webb, P. (2011). The measurement of pain. *Clinical Oncology*, 23(6), 381–386. <https://doi.org/10.1016/j.clon.2011.04.008>
- Galindo, O., Rojas, E., Meneses, A., Aguilar, J. L., Álvarez, M. A. y Alvarado, S. (2015). Propiedades Psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología: Investigación y Clínica Biopsicosocial en Oncología*, 12(1), 51-58. [https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2015.v12.n1.48903](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48903)
- Galindo, Ó., Rojas, E., Meneses, A., Aguilar, J., Álvarez, M. y Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II en pacientes con cáncer. *Psicología y salud*, 26(1), 43-49.
- Gobierno de México. (2021). *Protocolo Inicial de Atención, Asistencia y Reparación Integral a Niñas, Niños y Adolescentes Víctimas de Violencia Derivada del Delito y Violaciones a Derechos Humanos de la Comisión ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV)*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/682443/Borrador\\_PNNA\\_Nov.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/682443/Borrador_PNNA_Nov.pdf)
- Grady, M. D., Yoder, J., Deblinger, E. y Mannarino, A. P. (2023). Developing a trauma focused cognitive behavioral therapy application for adolescents with problematic sexual behaviors: A conceptual framework.

- Child Abuse & Neglect*, 140, Artículo e106139. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106139>
- Guillén, I., López, C., García, C., Guillén, C. y Guillén, J. (2019). Diagnósticos psiquiátricos prevalentes a consecuencia del abuso sexual durante la infancia y la adolescencia. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, 12, 13-20. <https://doi.org/10.5538/2385-703X.2019.12.13>
- Hailles, H. P., Yu, R., Danese, A. y Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The lancet. Psychiatry*, 6(10), 830–839. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en el Hogar* [Comunicado de prensa]. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/endireh/Endireh2021\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/endireh/Endireh2021_Nal.pdf)
- Kennedy, A. C. y Prock, K. A. (2018). “I Still Feel Like I Am Not Normal”: A Review of the Role of Stigma and Stigmatization Among Female Survivors of Child Sexual Abuse, Sexual Assault, and Intimate Partner Violence. *Trauma, Violence & Abuse*, 19(5), 512–527. <https://doi.org/10.1177/1524838016673601>
- Lenz, A. S. y Hollenbaugh, K. M. (2015). Meta-Analysis of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Treating PTSD and Co-occurring Depression Among Children and Adolescents. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 6(1), 18–32. <https://doi.org/10.1177/215013781555737>
- Li, J., Jin, Y., Xu, S., Luo, X., Wilson, A., Li, H., Wang, X., Sun, X. y Wang, Y. (2023). Anxiety and Depression Symptoms among Youth Survivors of Childhood Sexual Abuse: A Network Analysis. *BMC Psychology*, 11(1), 278. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01275-3>
- Macdonald, G., Higgins, J. P., Ramchandani, P., Valentine, J. C., Bronger, L. P., Klein, P., O’Daniel, R., Pickering, M., Rademaker, B., Richardson, G. y Taylor, M. (2012). Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2012(5), CD001930. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001930.pub3>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Maltrato infantil*. <https://who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *OPS/OMS sensibiliza en protección contra la explotación, el abuso y el acoso sexuales*. <https://www.paho.org/es/noticias/11-4-2023-opsoms-sensibiliza-proteccion-contra-explotacion-abuso-acoso-sexuales>
- Osman, A., Hoffman, J., Barrios, F. X., Kopper, B. A., Breitenstein, J. L. y Hahn, S. K. (2002). Factor structure, reliability, and validity of the Beck Anxiety Inventory in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of clinical psychology*, 58(4), 443–456. <https://doi.org/10.1002/jclp.1154>
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191–201.
- Pinto-Cortez, C. G. (2014). Resiliencia psicológica: una aproximación hacia su conceptualización, enfoques teóricos y relación con el abuso sexual infantil. *Summa Psicológica UST*, 11(2), 19-33. <https://doi.org/10.18774/448x.2014.11.129>
- Programa Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes 2021-2024. (2021). *Programa especial derivado del plan nacional de desarrollo 2019-2024*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/691437/PRONAPINNA\\_2021-2024.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/691437/PRONAPINNA_2021-2024.pdf)
- Rakhmasar, V., Nashori, F. y Kurniawan, V. (2021). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy to reduce symptoms of post-traumatic stress disorder in adolescent victims of incest. *Psikohumaniora: Jurnal Penelitian Psikologi*, 6(2), 187–198. <https://doi.org/10.21580/pjpp.v6i2.8242>
- Rossouw, J., Sharp, T., Halligan, S. y Seedat, S. (2022). Psychotherapeutic interventions for childhood post-traumatic stress disorder: an update. *Current Opinion in Psychiatry*, 35(6), 417–424. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000821>
- Schönbucher, V., Maier, T., Mohler-Kuo, M., Schnyder, U. y Landolt, M. A. (2012). Disclosure of Child Sexual Abuse by Adolescents: A Qualitative In-Depth Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(17), 3486–3513. <https://doi.org/10.1177/0886260512445380>
- Shi, C., Ren, Z., Zhao, C., Zhang, T. y Chan, S. H. (2021). Shame, guilt, and posttraumatic stress symptoms: A three-level meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 82, Artículo e102443. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102443>

- Sousa-Gomes, V., Abreu, B., Moreira, D., Del Campo, A., Moreira, D. S. y Fávero, M. (2024). Psychological intervention and treatment programs for adult victims of child sexual abuse: A systematic review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 16(1), 274-284. <https://doi.org/10.1037/tra0001389>
- Thielemann, J. F. B., Kasparik, B., König, J., Unterhitzberger, J. y Rosner, R. (2022). A systematic review and meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 134, Artículo e105899. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105899>
- Thielemann, J. F. B., Kasparik, B., König, J., Unterhitzberger, J. y Rosner, R. (2023). Stability of Treatment Effects and Caregiver-Reported Outcomes: A meta-Analysis of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents. *Child Maltreatment*, 29(2), 375-387. <https://doi.org/10.1177/10775595231167383>
- Tichelaar, H. K., Deković, M. y Endendijk, J. J. (2020). Exploring effectiveness of psychotherapy options for sexually abused children and adolescents: A systematic review of randomized controlled trials. *Children and Youth Services Review*, 119, Artículo e105519. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105519>
- Xiang, Y., Cipriani, A., Teng, T., Del Giovane, C., Zhang, Y., Weisz, J. R., Li, X., Cuijpers, P., Liu, X., Barth, J., Jiang, Y., Cohen, D., Fan, L., Gillies, D., Du, K., Ravindran, A. V., Zhou, X. y Xie, P. (2021). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis. *Evidence-based Mental Health*, 24(4), 153-160. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300346>
- Xian-Yu, C. Y., Deng, N. J., Zhang, J., Li, H. Y., Gao, T. Y., Zhang, C. y Gong, Q. Q. (2022). Cognitive behavioral therapy for children and adolescents with post-traumatic stress disorder: meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 308, 502-511. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.111>

Artículo recibido: 07/05/2024  
Artículo aceptado: 27/02/2025