

APLICACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL ENFOCADA EN EL TRAUMA EN UNA ADOLESCENTE PUERTORRIQUEÑA: UN ESTUDIO DE CASO

TRAUMA-FOCUSED COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY WITH A PUERTO RICAN ADOLESCENT: A CASE STUDY

Recibido: 15 de febrero de 2025 | Aceptado: 8 de diciembre de 2025

DOI: <https://doi.org/10.55611/rep.3602.08>

Yahaira I. Márquez¹, Keishalee Gómez-Arroyo²

¹ CARES Institute, Rowan University School of Osteopathic Medicine, New Jersey, United States of America

² Instituto de Investigación Psicológica, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, San Juan, Puerto Rico

RESUMEN

El objetivo de este artículo es documentar la aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual Enfocada en el Trauma (TF-CBT, por sus siglas en inglés) con una adolescente puertorriqueña de 11 años, atendida en una clínica ambulatoria en el estado de Nueva Jersey, que presentaba síntomas de estrés postraumático. Esta presentaba síntomas de estrés postraumático derivados de múltiples experiencias traumáticas (ET), como violencia doméstica (VD) y abuso sexual (AS). La intervención de 25 sesiones integró psicoeducación, relajación, manejo de emociones y narración del trauma culturalmente sensible, e involucró activamente a su cuidadora. La evaluación pre-post mostró reducciones clínicas significativas en síntomas de estrés postraumático, depresión y problemas de conducta, así como aumento en la resiliencia y las habilidades de afrontamiento. Este caso ilustra la aplicación de TF-CBT en contextos con poblaciones puertorriqueñas.

PALABRAS CLAVE: estudio de caso, Puerto Rico, trauma infantil, tratamientos basados en evidencia.

ABSTRACT

In this article, we aim to document the application of trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) with an 11-year-old Puerto Rican adolescent presenting with posttraumatic stress symptoms in an outpatient clinic in the state of New Jersey. These were related to multiple traumatic experiences, including domestic violence and sexual abuse. The 25-session intervention incorporated psychoeducation, relaxation, affect regulation, and trauma narration in a culturally sensitive manner, with active caregiver involvement. Pre-post assessment demonstrated clinically significant reductions in posttraumatic stress, depression, and behavioral problems, alongside increased resiliency and coping skills. This case illustrates the clinical applicability of TF-CBT within Puerto Rican contexts.

KEYWORDS: case study, Puerto Rico, childhood trauma, evidence-based treatments.

El maltrato infantil afecta a miles de menores en Puerto Rico. Según el Perfil del Maltrato de Menores (Instituto de Estadísticas de Puerto Rico, 2023), se reportan más de 5,000 casos anuales, con una tasa estimada de 9.5 por cada 1,000 menores de hasta 18 años. Para el año 2023, los tres tipos de maltrato más reportados fueron la negligencia (33.8%), negligencia emocional (30.0%) y la negligencia educativa (12.8%). La negligencia emocional incluye conductas como abuso verbal, falta de afecto o demandas excesivas. Por su parte, la negligencia educativa se refiere a no facilitar el acceso o asistencia a la educación pese a contar con los recursos, no apoyar el aprendizaje o ignorar necesidades educativas especiales (Instituto de Estadísticas de Puerto Rico, 2023).

Aunque la distribución por sexo asignado al nacer es relativamente proporcional entre las distintas tipologías, las adolescentes presentan una proporción marcadamente mayor de casos de abuso sexual (80.6%), lo cual coincide con los datos policíacos sobre delitos sexuales contra menores entre 2021 y 2023 (Instituto de Estadísticas de Puerto Rico, 2023). Estos indicadores se insertan en un contexto de vulnerabilidad social: Puerto Rico ocupa la posición 31 en el Índice de Bienestar de la Niñez y Juventud al compararse con los estados de EE. UU (Instituto del Desarrollo de la Juventud, 2023). El 55% de la niñez vive bajo niveles de pobreza y un 14% del estudiantado de edad escolar reporta haberse ausentado por sentirse inseguro en la escuela o en el trayecto.

Resultados de la Consulta Juvenil IX (2015–2017) muestran que el 37.6% de estudiantes de escuelas públicas y privadas del nivel intermedio y secundario ha experimentado acoso, y un 10.4% reportó toques de índole sexual sin consentimiento (Cabiya-Morales & Vélez, 2018). Asimismo, un 10.9% indicó historial familiar de problemas con alcohol u otras drogas, y un 12.4% identificó vivir en un hogar conflictivo. A pesar de estos datos, la literatura que documenta intervenciones psicológicas basadas en la evidencia para atender el trauma en niños, niñas y adolescentes

en Puerto Rico es limitada. En este trabajo, buscamos aportar a ese vacío, despertar el interés en el modelo terapéutico mediante la ilustración de un caso clínico y destacar la aplicabilidad cultural de la Terapia Cognitivo-Conductual Enfocada en el Trauma (TF-CBT, por sus siglas en inglés) en nuestro contexto.

La Terapia Cognitiva Conductual Enfocada en Trauma

La Terapia Cognitivo-Conductual Enfocada en el Trauma (TF-CBT en inglés) es un tratamiento basado en evidencia desarrollado por Cohen, Mannarino y Deblinger, aplicable en escuelas, clínicas y hogares (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006; Deblinger & Heflin, 1996). Integra principios cognitivo-conductuales, teoría del apego, neurobiología del desarrollo, intervenciones sensibles al trauma y un enfoque colaborativo con las familias (Cohen et al., 2017). Su eficacia ha sido demostrada en más de 50 estudios; entre ellos, ensayos clínicos aleatorizados con menores que han vivido experiencias traumáticas diversas y complejas (Bass et al., 2011; Cohen et al., 2012; Hemmings et al., 2016; Saunders et al., 2003; Silverman et al., 2008).

La TF-CBT inicialmente fue desarrollada para responder a las necesidades terapéuticas tras el abuso sexual infantil. Hoy, se utiliza con personas menores de 3 a 18 años expuestas a múltiples formas de trauma, tales como violencia física, sexual o emocional, acoso escolar, desastres naturales, accidentes graves, trauma médico y experiencias de remoción o duelo traumático (Cohen et al., 2017). La terapia se estructura en sesiones individuales, sesiones paralelas con la persona cuidadora responsable de la experiencia traumática o del maltrato, y sesiones conjuntas. Las intervenciones suelen durar entre 12 y 16 sesiones, aunque pueden extenderse según la complejidad del caso. Antes de iniciar el tratamiento, se recomienda realizar una evaluación inicial con instrumentos validados y repetir las medidas al finalizar la intervención para documentar el cambio clínico. Además, es necesario recoger el historial general, de salud mental y trauma, explorar posibles

barreras, estilos de crianza, eventos adversos en la infancia de las personas cuidadoras y las necesidades específicas de la familia.

El proceso terapéutico incorpora tres fases de tratamiento: (1) estabilización y establecimiento de destrezas de afrontamiento; (2) narración del trauma y procesamiento; y (3)

integración y consolidación. La TF-CBT se organiza en torno al acrónimo PRÁCTICA (PRACTICE en inglés), cuyos componentes se implementan de forma secuencial y adaptada a las características culturales, familiares y clínicas de cada menor. La Tabla 1 muestra una breve descripción de los componentes de la terapia.

Tabla 1.
Componentes del Acrónimo PRÁCTICA.

Letra	Componente o fase	Descripción	Fase
P	Psicoeducación y crianza	Proveer información sobre el impacto del trauma, manejo del comportamiento y estrategias de crianza.	Fase 1: Estabilización y establecimiento de destrezas de afrontamiento
R	Relajación	Técnicas para reducir el estrés y manejar reacciones fisiológicas.	
A	Modulación y expresión afectiva	Identificación, manejo y expresión de emociones.	
C	Afrontamiento cognitivo	Desarrollo de habilidades de afrontamiento para identificar y reestructurar pensamientos.	
T	Narración del trauma y procesamiento	Creación de una narrativa para procesar recuerdos traumáticos de forma gradual y segura.	Fase 2: Narración del trauma y procesamiento
I	Exposición In-Vivo	Enfrentar estímulos o situaciones que recuerdan al trauma.	Fase 3: Integración y consolidación
C	Sesiones Conjuntas	Practicar habilidades entre el cuidador y el niño para fortalecer la comunicación y el apoyo.	
A	Mejorar la seguridad y desarrollo de futuro	Establecer metas futuras, planes de seguridad y habilidades de comunicación asertiva.	

La exposición gradual es un elemento central: permite que la persona menor procese recuerdos y sensaciones asociados al trauma en un entorno seguro mientras utiliza destrezas de afrontamiento. Su meta es disminuir la angustia vinculada a las memorias traumáticas, reducir la evitación y promover un sentido de dominio emocional. Este proceso se refiere, específicamente, a exponer a recuerdos, memorias del trauma y detalles que pueden provocarles ansiedad y otros sentimientos que afectan al funcionamiento.

Fase 1. Estabilización y Destrezas (PRAC)

Psicoeducación y Destrezas de Crianza (P). Este primer componente establece la relación terapéutica y ofrece información sobre los efectos del trauma según el desarrollo, las manifestaciones clínicas y el plan de interven-

ción. Se explica la estructura del tratamiento, la duración aproximada y la importancia de la participación de la persona cuidadora. En las primeras sesiones, se evalúa la capacidad para hablar sobre el trauma, se identifican temas prioritarios y se normalizan las reacciones postraumáticas. Asimismo, se trabaja la vinculación con la persona cuidadora, su autocuidado y destrezas de crianza saludables (como elogio, refuerzo positivo y establecimiento de reglas), fundamentales para apoyar las habilidades de afrontamiento del adolescente (Child Sexual Abuse Task Force & Research & Practice Core, 2004).

Relajación (R). Las destrezas de relajación buscan reducir la activación fisiológica asociada al trastorno de estrés postraumático (TEPT), promover conciencia corporal y mejorar la capacidad para diferenciar entre peli-

gros reales y percibidos (Cohen et al., 2017). En estas sesiones, se explica la fisiología del estrés y se practican técnicas como respiración diafragmática (p. ej., “respirar desde la pancita”; Hendricks et al., 2020), relajación muscular progresiva, imaginación guiada y visualización (Hendricks et al., 2020; Fitzgerald, s.f.). Estas destrezas se ensayan con la persona menor y la persona cuidadora, y se reconoce que la regulación emocional es un proceso transdiagnóstico que disminuye síntomas de ansiedad, depresión y agresión en la niñez (Kraft et al., 2023).

Modulación Afectiva (A). Es esperado que la niñez y adolescencia con trauma crónico sientan miedo a la intensidad de las emociones relacionadas con recuerdos traumáticos. Este componente les ayuda a identificar, expresar y regular emociones relacionadas con sus experiencias (Cohen et al., 2017). Se utilizan estrategias como ampliar el vocabulario emocional, vincular emociones con señales corporales, usar escalas de intensidad emocional (como las SUDS, por acrónimo en inglés de Subjective Units of Distress Scale), aumentar actividades placenteras y practicar diálogo interno positivo.

Destrezas de Manejo Cognitivo (C). En este componente, se enseña la relación entre pensamientos, emociones y comportamientos a través del triángulo cognitivo. El objetivo es identificar creencias inexactas, distorsiones cognitivas y generar pensamientos alternativos más útiles para el afrontamiento. Se utilizan técnicas de diálogo socrático, monitoreo de pensamientos y análisis de evidencia. Con la niñez y adolescencia, los pensamientos directamente relacionados con la experiencia traumática se trabajan más a fondo en la fase de narrativa. Con la persona cuidadora, pueden abordarse de manera inicial para facilitar su rol durante el tratamiento.

Fase 2. Narración del Trauma y Procesamiento (T)

Narración del Trauma (T). La narración del trauma es un proceso clínico gradual guiado que permite organizar y procesar las

experiencias traumáticas desde un marco seguro. A diferencia de los enfoques forenses, la narración no busca reconstruir detalles cronológicos, sino alcanzar objetivos terapéuticos específicos: (1) identificar pensamientos, emociones y sensaciones asociadas a las experiencias; (2) enfrentar y procesar recuerdos difíciles; (3) desarrollar interpretaciones más adaptativas hacia la persona misma, sus relaciones y su futuro, y (4) reducir síntomas y angustia.

La narración suele desarrollarse mediante un libro o formato equivalente. Para iniciarla, se debe haber adquirido las destrezas básicas de regulación emocional y afrontamiento aprendidas en fases previas. El proceso se organiza en etapas y comienza por la explicación de su propósito terapéutico y la identificación de memorias clave (por ejemplo, la peor memoria o el momento más difícil). A lo largo de las sesiones, el contenido se revisa de manera repetida para facilitar la exposición gradual y fortalecer la tolerancia emocional.

Tras completar la narración, se integran estrategias de procesamiento cognitivo para identificar y modificar distorsiones relacionadas con culpa, responsabilidad, peligro o creencias negativas de la persona sobre sí misma. Paralelamente, el material se comparte con la persona cuidadora para promover su exposición gradual, trabajar sus propios pensamientos y emociones, y mejorar su capacidad de apoyo y comunicación.

Fase 3. Integración y Consolidación (ICA)

Exposición In-Vivo (I). La exposición in vivo se utiliza cuando persisten conductas de evitación ante situaciones o estímulos asociados al trauma. Se desarrolla un plan estructurado, idealmente con apoyo de la persona cuidadora, para enfrentar gradualmente estos estímulos en contextos seguros. El objetivo es reducir la angustia, facilitar la habituación y sustituir respuestas de miedo por respuestas de relajación ante situaciones que ya no representan peligro real.

Sesiones Conjuntas (C). Las sesiones conjuntas se incorporan desde etapas tempranas para practicar las destrezas aprendidas en sesiones individuales (por ejemplo, elogios o respiración profunda). En fases posteriores, permiten compartir aspectos de la narrativa del trauma, mejorar la comunicación y fortalecer la relación persona cuidadora-adolescente. Estas sesiones requieren preparación previa individual para garantizar seguridad emocional y claridad en el contenido a compartir.

Mejorar la Seguridad y Desarrollo Futuro (A). En la fase final, el tratamiento se orienta a fortalecer la seguridad personal, promover habilidades de comunicación asertiva, revisar pautas de seguridad y abordar temas relacionados con sexualidad y autocuidado. Se revisan los logros del tratamiento, se identifican aprendizajes y se establecen metas a futuro. Esta etapa consolida habilidades para la vida cotidiana y apoya un cierre terapéutico saludable.

Valor de la Aplicación de TF-CBT con Poblaciones Diversas

La TF-CBT ha demostrado ser efectiva para reducir síntomas de estrés postraumático, depresión y problemas de conducta, así como para mejorar la resiliencia en menores con historial de abuso sexual y otros traumas (Cohen & Mannarino, 1996, 1998; Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 1990, 1996, 2001, 2011, 2017). Estudios realizados en distintos países como Alemania, Australia, Camboya, Haití, Japón, Jordania, Kenia, Países Bajos, Noruega, la República Democrática del Congo, Tanzania y Zambia han replicado resultados favorables (Murray et al., 2015), lo que sugiere que el modelo es aplicable en contextos culturalmente diversos, incluidos países latinoamericanos como El Salvador y Puerto Rico (Stewart et al., 2020; Orengo-Aguayo et al., 2020).

A continuación, presentamos la aplicación de este tratamiento con una adolescente puertorriqueña que experimentó síntomas de estrés postraumático asociados a múltiples experiencias traumáticas, como abuso sexual. En este manuscrito, no pretendemos ofrecer una guía estandarizada o protocolizada del tratamiento. Presentamos un ejemplo clínico para ilustrar la aplicación del modelo y reconocemos que la intervención debe ajustarse a las necesidades específicas de cada menor y su familia. Este caso se inserta en la literatura empírica emergente sobre la aplicación de la TF-CBT en Puerto Rico y complementa los estudios recientes que respaldan la pertinencia cultural del modelo. Nuestro objetivo es aportar evidencia clínica adicional sobre su implementación con poblaciones puertorriqueñas.

Estudio de Caso Clínico: Maribella¹

Antecedentes Históricos

Maribella es una adolescente puertorriqueña de 11 años quien se había mudado recientemente de Puerto Rico al estado de Nueva Jersey. Maribella y su abuela fueron derivadas a una psicóloga certificada en TF-CBT en una agencia comunitaria universitaria tras alegaciones de exposición a violencia doméstica. Al inicio del tratamiento, residía con su abuela, la Sra. Velázquez, luego de ser removida de su hogar por la agencia de servicios de protección a menores local. La terapeuta del caso, quien es coautora del manuscrito, obtuvo los consentimientos correspondientes y completó la evaluación inicial.

La intervención consistió en 25 sesiones semanales de 60 minutos, que incluyeron evaluación pre y postratamiento. La terapeuta dividió el tiempo de sesión entre Maribella y su cuidadora, y reservó entre 10 y 15 minutos para sesiones conjuntas. También documentó su historial de asma, considerado clínicamente por su posible interacción con respuestas fisiológicas al estrés.

1. Modificamos aspectos de este caso para preservar la privacidad y confidencialidad de la cliente y para ilustrar algunos conceptos terapéuticos. Los nombres que utilizamos en este estudio de caso

son ficticios. La adolescente y su cuidadora otorgaron consentimiento informado para el uso clínico y académico de la información que presentamos según las guías éticas profesionales aplicables.

Instrumentos y Evaluación Inicial

Para documentar la historia de exposición a experiencias potencialmente traumáticas (EPT) y los síntomas asociados, la terapeuta administró instrumentos clínicos estandarizados con propiedades psicométricas adecuadas.

Trauma y síntomas de TEPT. Maribella y su cuidadora completaron la versión en español de la Child and Adolescent Trauma Screen-2 (CATS-2) (Sachser et al., 2022), que identifica exposición a eventos traumáticos y síntomas de TEPT según DSM-5. La corrección se realiza al sumar los ítems de los síntomas. Un puntaje ≥ 15 indica sintomatología clínicamente significativa. Maribella reportó exposición a violencia doméstica, abuso sexual por un tío, abuso físico por parte de su madrastra y acoso escolar. Los puntajes indicaron síntomas significativos de TEPT. Su abuela confirmó la información general, aunque desconocía detalles específicos.

Depresión. El Children's Depression Inventory-2 (CDI-2) (Kovacs, 2012) mostró puntajes elevados, consistentes con sintomatología depresiva. La corrección se realiza al sumar los ítems y los puntajes se interpretan según los rangos clínicos establecidos. Maribella obtuvo puntuaciones elevadas, indicativas de sintomatología depresiva.

Resiliencia. En la Resiliency Scales for Children and Adolescents (Prince-Embury, 2007), Maribella obtuvo puntuaciones bajas en recursos personales y regulación emocional, y elevadas en vulnerabilidad. Este instrumento mide tres dimensiones: recursos personales, regulación emocional y vulnerabilidad.

Vergüenza y culpa. Maribella completó el cuestionario breve Mis Sentimientos sobre el Abuso, adaptación clínica basada en el trabajo de Feiring y colegas (Feiring, Taska, & Chen, 2002; Feiring, Taska, & Lewis, 2002). Este instrumento fue desarrollado como parte de la adaptación clínica de la escala de ajuste

al abuso sexual infantil y evalúa vergüenza, culpa y autoimagen asociadas a experiencias traumáticas (Feiring, Taska, & Chen, 2002; Feiring, Taska, & Lewis, 2002). La menor reportó altos niveles de vergüenza relacionada al trauma.

Funcionamiento conductual. La abuela de la menor completó el Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach & Rescorla, 2001). Maribella obtuvo puntajes clínicos en problemas exteriorizados y totales, y puntajes en el borde clínico para problemas interiorizados, lo que reflejó alteraciones en el funcionamiento escolar, familiar y comunitario. Aunque los instrumentos están disponibles en español y algunos carecen de datos psicométricos específicos para Puerto Rico, el CDI-2, el CBCL y el CATS cuentan con buenas propiedades en población puertorriqueña. El patrón clínico de Maribella fue consistente y permitió determinar que era adecuada para la aplicación de TF-CBT.

Intervención Terapéutica: Psicoeducación

La psicoeducación se centró en normalizar las reacciones de Maribella y su abuela ante las experiencias traumáticas. Al utilizar los resultados de la evaluación inicial, la terapeuta explicó cómo las respuestas psicológicas y fisiológicas son comunes y esperadas (Cohen et al., 2017). Comprender esta información redujo la sensación de aislamiento y facilitó la participación en el tratamiento. Además, revisó la "alarma interna" del cuerpo y las respuestas de lucha, huida y congelación, explicándolas en el lenguaje cotidiano que Maribella y su abuela utilizan en su comunidad. Esta aproximación permitió corregir creencias inexactas, aclarar malentendidos y vincular la información científica con situaciones de su vida diaria, sin modificar los componentes centrales del modelo.

Para enseñar sobre distintos tipos de abuso la terapeuta utilizó materiales atractivos y significativos para ambas, como hojas informativas, cuentos breves y el juego de cartas llamado ¿Qué Sabes? (Deblinger,

Neubauer, et al., 2006). Las tarjetas facilitaron conversaciones difíciles de manera accesible, permitían integrar refranes o expresiones familiares. Este acercamiento divertido e informal favorece la creación de experiencias positivas y memorias nuevas que pueden asociarse con el trabajo terapéutico vinculado al trauma. Además, el juego incluye tarjetas en blanco cuya personalización a las necesidades culturales y al nivel de comprensión de Maribella y su abuela enriqueció la intervención y permitió atender las particularidades familiares.

Durante esta fase, Maribella completó un ejercicio de narrativa base para evaluar su capacidad de hablar de experiencias neutras y traumáticas. Su descripción detallada de una fiesta de cumpleaños contrastó con la brevedad y carga emocional reducida al narrar un incidente de violencia doméstica. Este patrón sirvió como indicador clínico para planificar la exposición gradual en fases posteriores. La psicoeducación también benefició significativamente a la abuela, quien enfrentaba dudas relacionadas al impacto del trauma intergeneracional y su propio historial de violencia doméstica. Aprender sobre el modelo y sobre el rol central de las personas cuidadoras contribuyó a fortalecer su compromiso, mejorar la comunicación con su nieta y apoyar las prácticas entre sesiones.

Destrezas de Crianza y Manejo de Comportamiento

La Sra. Velázquez, quien había criado previamente a sus propios hijos e hijas en Puerto Rico, enfrentaba nuevos retos al asumir nuevamente el rol de cuidadora, esta vez desde una posición de abuela/madre, un papel común en muchas familias puertorriqueñas. Maribella solía hacer preguntas emocionalmente difíciles (“¿por qué mi mamá no me puede tener con ella?”), que evocaban tristeza y preocupación en su abuela. Para apoyar a ambas, la terapeuta trabajó en fortalecer el vínculo afectivo, establecer rutinas estables, crear rituales positivos y definir reglas claras y consistentes. Aunque inicialmente mostró resistencia a normas diferentes

de las de su madre, Maribella comenzó a responder de manera positiva a la estructura, el afecto y la estabilidad provistas por su abuela. A lo largo del proceso, el reconocimiento explícito del esfuerzo y el sacrificio de la abuela, y la validación de rol en la recuperación de la adolescente, fortaleció la alianza.

La intervención incluyó análisis funcional del comportamiento para diseñar planes acordados con el estilo de crianza y los valores de la Sra. Velázquez. La integración de la fe católica y la importancia que atribuían al respeto, la obediencia, y su manera cotidiana de hablar permitió incorporar ejemplos culturalmente relevantes sin alterar los componentes centrales del modelo. El análisis funcional facilitó identificar antecedentes, conductas y consecuencias, y seleccionar estrategias efectivas para reducir o reemplazar comportamientos problemáticos. Además, la enseñanza de destrezas basadas en refuerzo positivo como los elogios específicos, la atención selectiva y la escucha reflexiva, y ejemplos cotidianos de su vida familiar y comunitaria, apoyó la comprensión y aplicación de estas estrategias. El libro *Gane la Guerra de los Berrinches y Otras Contiendas* (Whitham, 2004) sirvió como recurso complementario. En las sesiones conjuntas, el intercambio de elogios se convirtió en un ritual afectivo que reforzó conductas apropiadas, mejoró la comunicación y fortaleció la relación entre ambas.

Relajación

Las destrezas de relajación ayudaron a Maribella a manejar la tensión diaria y reducir reacciones asociadas a recordatorios de las experiencias traumáticas, que se manifestaban en ansiedad, tristeza y dificultades de comportamiento. Estas técnicas también beneficiaron a su abuela, quien aprendió herramientas prácticas para manejar situaciones difíciles en el hogar. La integración de ejercicios de respiración profunda, atención plena y relajación muscular progresiva (Fitzgerald, s.f.) junto con elementos cotidianos y culturalmente cercanos, como un día en la playa permitió

conectar las técnicas con experiencias significativas de la menor. La utilización de música significativa para ambas, como merengue a alto volumen para limpiar o baladas suaves permitió para explorar cómo el ritmo influye en el ánimo. La tecnología también apoyó el aprendizaje mediante videos accesibles, incluyendo una canción de Elmo para ilustrar la respiración diafragmática (Elmo, personaje favorito Maribella), y a través de aplicaciones sencillas para practicar atención plena.

Maribella comenzó a notar que, al calmar su cuerpo, podía comunicarse mejor y manejar situaciones frustrantes en la escuela y en el hogar, por lo que la regulación emocional se convirtió en una meta prioritaria del tratamiento. Las prácticas en la casa y la repetición dentro de las sesiones facilitaron que incorporara las técnicas en su rutina diaria. Las historias breves, ejemplos familiares y juegos de roles que recreaban situaciones comunes en su vida, apoyaron la exposición gradual y la generalización de las destrezas aprendidas. La abuela participó activamente en este proceso, y aprendió y practicó las mismas técnicas en las sesiones conjuntas. Con el tiempo, se sintió más segura para utilizar la psicoeducación y guiar a su nieta durante momentos de tensión, lo que fortaleció su rol como figura de apoyo principal. Esta práctica compartida se convirtió en un ritual familiar que reflejaba la resiliencia boricua y el valor del acompañamiento intergeneracional en la sanación.

Destrezas de Modulación y Expresión Afectiva

Maribella presentó dificultades para identificar y regular sus emociones; con frecuencia se abrumaba y lloraba. Durante las sesiones, la evaluación de su vocabulario emocional y la integración de dinámicas dirigidas a ampliarlo promovieron una mayor conciencia afectiva. Materiales atractivos para su edad y culturalmente significativos, como la lectura del *Emocionario* (Palacios & Rivas, 2013) y *Así Me Siento Yo* (Cain, 2000) facilitaron la identificación y expresión emocional mediante ilustraciones y situaciones cotidianas.

Maribella reconocía con mayor facilidad el enojo en otras personas, probablemente por su exposición continua a episodios de violencia doméstica. En contraste, le resultaba más difícil identificar emociones como tristeza, decepción, desánimo o ansiedad, tanto en ella como en los demás. Para fortalecer estas habilidades, la terapeuta utilizó juegos y ejercicios que promovían la empatía y la expresión afectiva. Uno de los recursos más útiles fue *Emotional Bingo* (Mittlin & Madden, 1998), que en su versión en español ofreció oportunidades para que Maribella explorara emociones propias y ajenas de manera lúdica. A través de este juego, pudo hablar sobre cómo se sentía al vivir con su abuela en vez de su madre, y también reflexionar sobre emociones que pensaba eran difíciles para la Sra. Velázquez tras considerar la violencia que afectaba a su hija.

La exposición gradual continuó conforme avanzaba la exploración de emociones vinculadas a sus experiencias traumáticas. Una lista inicial de emociones, ampliada mediante lecturas y juegos, sirvió posteriormente para identificar las emociones asociadas con el abuso sexual, la violencia doméstica y el acoso escolar. Las actividades utilizadas para este proceso incluyeron ejercicios de relajación para ayudarla a manejar las reacciones que surgían. La introducción de la escala SUDS permitió evaluar la intensidad emocional y monitorear su tolerancia afectiva. La abuela aprendió las mismas destrezas en las sesiones conjuntas, y con el tiempo reportó mejorías en la expresión emocional de Maribella y una reducción en los episodios de llanto. Esto fortaleció su seguridad y confianza como figura de cuidado principal.

Destrezas de Manejo Cognitivo

Las destrezas de manejo cognitivo se enfocaron en identificar patrones de pensamiento y sustituir ideas imprecisas, rígidas o poco útiles por interpretaciones más ajustadas y funcionales. La terapeuta enseñó el triángulo cognitivo para que Maribella y su abuela visualizaran la relación entre pensamientos, sentimientos y comportamientos. Para facili-

tar el aprendizaje, el juego Jenga (Scott, 1983) fue un recurso didáctico: cada bloque representaba un pensamiento cotidiano (no vinculado directamente al trauma). Si un pensamiento generaba malestar o no resultaba útil, era discutida su evidencia y se generaba uno más realista o esperanzador.

Esta dinámica resultó especialmente eficaz en un contexto familiar puertorriqueño, donde el humor, la interacción cálida y el juego suelen facilitar la conexión y el aprendizaje. Maribella se mostró activa y disfrutó realizar la actividad junto a su abuela, lo que favoreció la reflexión conjunta y redujo la tensión emocional asociada a hablar sobre sus experiencias. En sesiones individuales, la Sra. Velázquez también exploró sus propios patrones cognitivos, algunos influenciados por trauma intergeneracional y por las exigencias del rol abuela/madre. Expresó pensamientos como: “esto me pasa porque soy una mala mujer/madre/abuela.”

A través del cuestionamiento socrático, este pensamiento se transformó en interpretaciones más compasivas y basadas en realidad, como: “el abuso sexual ocurre en muchas familias y la responsabilidad es del agresor, no de la cuidadora.” El trabajo terapéutico incluyó la exploración de creencias absolutas como “no se puede confiar en los hombres” o “nunca seremos felices”, típicas tras experiencias prolongadas de trauma. Estas destrezas quedaron integradas luego en la narrativa del trauma, donde Maribella aplicó el procesamiento cognitivo para identificar, cuestionar y reemplazar pensamientos traumáticos arraigados a lo largo de su desarrollo.

Narración del Trauma y Procesamiento

El proceso de exposición gradual continuó mediante la creación de una narrativa escrita sobre sus experiencias traumáticas. Este trabajo, sostenido por la relación terapéutica, ofreció un espacio seguro donde Maribella pudo enfrentar emociones difíciles, sensaciones fisiológicas y pensamientos asociados a sus memorias traumáticas. Para preparar

este proceso, resultaron útiles las actividades de exposición de bajo nivel, como el juego de cartas *¿Qué Sabes?* (Deblinger 2006), el cual permite hablar sobre el trauma de forma general sin entrar en los detalles de su propia historia. También, la lectura del cuento *¡Por favor di!* (Ottenweller, 1991) funcionó como puente para introducir su experiencia de abuso sexual de manera sensible y estructurada.

Maribella respondió muy bien a la idea de escribir. Con apoyo terapéutico, elaboró un libro titulado “La solución de la violencia doméstica”, con capítulos sobre su familia, sus experiencias traumáticas y los aprendizajes obtenidos durante la terapia. Aunque tenía un historial complejo, la narrativa se enfocó en ejemplos representativos, no en todos los eventos. La TF-CBT prioriza el procesamiento de temas y distorsiones cognitivas para evitar la rumiación que puede intensificar síntomas de ansiedad o depresión. A medida que Maribella avanzaba en su relato, describió lo que pensaba, sentía y recordaba en torno a la violencia doméstica. Identificó miedos, vergüenza y creencias problemáticas, y comenzó a generar pensamientos más útiles. Aprendió, por ejemplo, que la violencia doméstica es un acto de control, que sus emociones eran válidas y que su respuesta de “congelarse” ante el peligro era una reacción protectora de su cuerpo.

Durante el procesamiento, surgieron pensamientos difíciles relacionados con la permanencia de su madre en la relación violenta, tales como: “ella lo quiere más a él”, “no le importa lo que pase conmigo” o “es más mujer que madre”. El uso del diálogo socrático, permitió trabajar la idea de que ella no tenía control sobre las decisiones de las personas adultas. Aunque la situación seguía siendo dolorosa, podía sostener pensamientos más realistas y menos culpa: “mi mamá hizo lo posible para mantenerme a salvo y que pudiera vivir con mi abuela cuando fue necesario.”

El uso de juegos de roles, listas de ventajas y desventajas, y una pizarra para organizar pensamientos ayudó a identificar,

ampliar y transformar patrones. Al concluir la narrativa, Maribella logró comprender que: 1) su reacción de congelarse cuando habló con la policía fue una respuesta normal a la amenaza; 2) algunos síntomas de asma se relacionaban con ansiedad y señales de alarma emocional; 3) la agresión física es violencia doméstica y nunca es culpa de quien la recibe o de quien la presencia; 4) la agresión busca controlar y refleja la inmadurez del agresor; 5) sentir tristeza por la violencia en su familia es natural; 6) no puede controlar si su madre abandona o permanece en la relación; 7) las decisiones de las personas adultas pueden ser más complejas de lo que parecen, y 8) aunque hay aspectos fuera de su control, sí puede manejar sus reacciones y proteger su bienestar.

Rol de la Cuidadora Durante la Narrativa

La Sra. Velázquez, quien también tenía un historial de violencia doméstica, escuchó la narrativa en sesiones individuales, donde pudo procesar sus propias emociones de forma segura. Este proceso generó dolor, pero también fortaleció su compromiso de apoyo, su comprensión del trauma intergeneracional y su esperanza de un futuro más estable para su familia. La fe y los valores culturales de la cuidadora sirvieron como recursos de afrontamiento que potenciaron su rol protector y su conexión con su nieta.

Sesiones Conjuntas

Las sesiones conjuntas se centraron en practicar de manera colaborativa las destrezas aprendidas. Maribella solía enseñarle a su abuela la técnica trabajada en la sesión individual. Por ejemplo, practicaban respiración profunda juntas y planificaban cómo utilizarla durante la semana, lo que reforzaba el sentido de dominio y cooperación. También afirmaba el mensaje terapéutico de que ella como adolescente puede aportar soluciones valiosas en la vida cotidiana de las personas adultas, un elemento importante para su sentido de agencia. La integración de actividades relacionadas con el trauma en un ambiente seguro, como leer cuentos, jugar ¿Qué

Sabes? en familia y compartir secciones de la narrativa del trauma formó parte del proceso.

La Sra. Velázquez practicó destrezas de manejo de comportamiento, como el intercambio de elogios, la atención selectiva y la escucha reflexiva. En sus sesiones individuales, la abuela fue preparada para validar las experiencias emocionalmente complejas que Maribella compartía y ofrecer apoyo consistente. Este acompañamiento fortaleció la relación entre ambas y modeló un estilo de comunicación calmado y respetuoso, sin perder los elementos culturales típicos de muchas familias puertorriqueñas, como el humor, la cercanía emocional y el afecto físico (abrazos, besos).

En la fase final, las sesiones conjuntas abordaron temas relevantes para Maribella, tales como el desarrollo humano, las relaciones saludables y las conductas de seguridad. La cuidadora se convirtió en un modelo de apertura y apoyo, animando a Maribella a expresar dudas sobre su cuerpo, amistades y límites. Ambas lograron sus metas y reportaron mejoras significativas. Su progreso se celebró en una ceremonia de graduación que resaltó sus logros y su capacidad para aplicar lo aprendido en la vida diaria.

Mejorar la Seguridad y el Desarrollo Futuro

Al inicio del tratamiento, la evaluación cuidadora de la seguridad personal de Maribella fue prioridad para determinar si existía algún contacto directo o indirecto con el agresor de la violencia doméstica, dado que su madre continuaba en la relación. Las visitas entre ambas eran supervisadas por la agencia de servicios de protección a menores local o por la propia abuela. En colaboración con la Sra. Velázquez, la trabajadora social, la madre y la adolescente, elaboraron un plan de seguridad claro y práctico, especialmente para escenarios en los que el agresor pudiera presentarse durante las visitas. Afortunadamente, no fue necesario activarlo durante el proceso terapéutico.

Durante la fase final del tratamiento, la integración de temas esenciales para el desarrollo saludable y la preparación para el futuro ocupó un lugar central, lo que incluyó psicoeducación sobre desarrollo humano y sexualidad, relaciones interpersonales sanas, autocuidado y conductas de seguridad. Aunque la consideración de los valores culturales y familiares de la Sra. Velázquez resultó fundamental, las necesidades evolutivas y emocionales de Maribella fueron prioridad, particularmente al hablar sobre pubertad y cambios corporales. La abuela actuó como modelo de apoyo respetuoso, animándola a hacer preguntas sin vergüenza, a hablar con claridad sobre su cuerpo y a expresar aspiraciones sobre su futuro. Este proceso reflejó la calidez, la cercanía y la importancia del diálogo familiar característicos de su contexto cultural.

Evaluación Final

Ambas completaron exitosamente las metas del tratamiento y la administración de los instrumentos utilizados en la evaluación inicial volvieron a realizarse al concluir el proceso. No reportaron nuevas experiencias traumáticas ni síntomas clínicos de TEPT desde el comienzo de la terapia. Maribella presentó síntomas de depresión en rangos promedio o bajo promedio. Las puntuaciones en las escalas de resiliencia mostraron mejorías significativas, con aumentos claros en factores protectores (p. ej., apoyo familiar, sentido de pertenencia) y disminución de factores de

riesgo. Los sentimientos de vergüenza y autoinculpación redujeron notablemente, mientras que la Sra. Velázquez informó funcionamiento emocional y conductual dentro de rangos promedio en todas las escalas, lo que reflejó avances observables en la vida cotidiana.

Algunos síntomas leves persistieron, como pesadillas ocasionales relacionadas con la violencia doméstica. Esto es esperado dado que la madre continuaba en la relación violenta, aunque Maribella permanecía físicamente segura bajo el cuidado de su abuela. Al considerar las mejoras consistentes en las medidas y en los reportes de la cuidadora, la recomendación fue proceder con el cierre terapéutico. En la última sesión, la revisión de los resultados, el refuerzo de las destrezas adquiridas y la celebración del progreso mediante una ceremonia simbólica de graduación, constituyeron el cierre terapéutico, en reconocimiento al esfuerzo y la resiliencia demostrados. Durante ese encuentro, la terapeuta destacó ejemplos concretos de cómo ambas habían aplicado las destrezas aprendidas, desde la comunicación asertiva hasta el manejo emocional y el uso de las técnicas de relajación. Esto reforzó su sentido de orgullo, logro y esperanza. El cierre terapéutico ocurrió con gratitud, alegría y reconocimiento al esfuerzo compartido, en consonancia con el valor cultural de celebrar la superación y la fortaleza familiar. En la Tabla 2, describimos los resultados obtenidos en la evaluación pre y postratamiento.

TABLA 2.
Descripción de las Medidas pre y Postratamiento.

Instrumento	Constructo Evaluado	Resultados Pretratamiento	Resultados Postratamiento	Interpretación del Cambio
CATS-2 (adolescente)	Síntomas de TEPT	Puntajes clínicamente significativos; exposición a violencia doméstica, abuso sexual, abuso físico y acoso escolar.	No se reportaron síntomas clínicos de TEPT.	No se reportaron eventos nuevos. Reducción completa de síntomas clínicos; remisión funcional.
CATS-2 (cuidadora)	Síntomas de TEPT observados	Reportes de síntomas clínicos de TEPT en la adolescente.	No se reportaron síntomas clínicos.	Consistencia entre informantes; mejoría observada.
CDI-2	Depresión	Puntajes elevados indicativos de depresión clínicamente significativa.	Puntajes en nivel promedio / bajo promedio.	Reducción significativa de sintomatología depresiva.

Instrumento	Constructo Evaluado	Resultados Pretratamiento	Resultados Postratamiento	Interpretación del Cambio
Resiliency Scales for Children and Adolescents	Recursos personales, regulación emocional, vulnerabilidad	Puntajes bajos en recursos personales y regulación emocional; puntaje alto en vulnerabilidad.	Altos niveles en factores protectores; baja vulnerabilidad.	Mejoría robusta en resiliencia emocional y funcionamiento adaptativo.
Mis Sentimientos sobre el Abuso	Vergüenza, culpa, autoimagen	Alta vergüenza asociada a experiencias traumáticas.	Reducción notable en vergüenza y autoinculpación.	Mejoría en autoimagen y procesamiento cognitivo del trauma.
CBCL (versión cuidadora)	Problemas emocionales y conductuales	Puntajes clínicos en problemas exteriorizados y totales; puntajes en el borde clínico para interiorizados.	Puntuaciones promedio en todas las escalas.	Mejoría global en comportamiento, funcionamiento y regulación emocional.

DISCUSIÓN

La TF-CBT es un modelo estructurado, de corta duración y centrado en la familia, cuyo enfoque integra la resiliencia, las fortalezas y el acompañamiento persona cuidadora-persona menor como elementos centrales del proceso terapéutico (Cohen et al., 2017). Su flexibilidad permite que los componentes se implementen de manera sensible al contexto cultural, lingüístico y familiar, sin alterar la estructura ni los mecanismos de cambio basados en evidencia. El modelo también normaliza la posibilidad de enfrentar desafíos futuros, lo que promueve la búsqueda temprana de apoyo profesional cuando sea necesario.

En este caso, la intervención se apoyó en materiales accesibles, ejemplos vinculados a la vida cotidiana y un estilo relacional congruente con el de la familia, lo que facilitó la participación y la adherencia al tratamiento. La experiencia que presentamos coincide con esfuerzos en Puerto Rico, Centroamérica y el Caribe que documentan implementaciones culturalmente sensibles del modelo (Orengo-Aguayo et al., 2022; Berríos et al., 2019; Stewart et al., 2021; de Arellano et al., 2012). Estos trabajos destacan la necesidad de contextualizar el modelo a factores como el familismo, la espiritualidad, el lenguaje y la participación de personas menores en sistemas legales.

Tal como señalan Bernal y Domenech Rodríguez (2012), la adaptación cultural no consiste en “hacer algo distinto” para una población, sino en considerar los múltiples

sistemas de identidad familia, lenguaje, espiritualidad, género, generación, migración, clase social que influyen en cómo las personas conceptualizan el trauma, la seguridad y la sanación. Desde esta perspectiva, la intervención se benefició de tres principios fundamentales: (1) el uso consistente del lenguaje (español), refranes y expresiones que la adolescente y su abuela utilizan en su vida diaria; (2) la integración de ejemplos y materiales familiares dentro de su contexto sociocultural, y (3) la competencia de la terapeuta para sostener conversaciones complejas sobre trauma y trabajar con sensibilidad histórica y generacional sin alterar los pilares del modelo.

Este enfoque coincide con el marco de interseccionalidad cultural señalado por Bernal y Domenech Rodríguez (2012), que enfatiza la diversidad en las personas menores en Puerto Rico. Es decir, comparten valores culturales importantes como la importancia del familismo, el respeto, el sentido de responsabilidad intergeneracional y la centralidad de la espiritualidad, pero también presentan diferencias marcadas por su generación, experiencias de escolarización, redes sociales, urbanidad, ruralidad y exposición a sistemas legales o de protección. En TF-CBT, estas dimensiones no reemplazan los componentes del tratamiento, sino que enriquecen la forma en que se implementan todos los componentes.

En el caso de Maribella, los resultados postratamiento reflejaron reducciones significativas en síntomas de TEPT, depresión y problemas de conducta, así como aumentos en resiliencia, regulación emocional y apoyo

familiar. Esta mejoría, junto con la integración activa de su abuela, subraya la pertinencia de la TF-CBT en el contexto de Puerto Rico. Además, aporta evidencia clínica a la literatura emergente que respalda la adaptación lingüística y la implementación culturalmente sensible del modelo en Puerto Rico.

Nuestro estudio contribuye a la literatura disponible al ofrecer una descripción de la implementación de TF-CBT y subraya la necesidad de desarrollar más investigaciones que fortalezcan la evidencia local. Para la implementación efectiva del modelo, recomendamos estos aspectos observados en este estudio de caso: (1) realizar evaluaciones pre y postratamiento para documentar cambios en síntomas y funcionamiento; (2) involucrar activamente a la persona cuidadora desde el inicio para facilitar que su proceso y el de la persona menor avancen en paralelo; (3) mantener la exposición gradual a lo largo de todas las fases para asegurar seguridad, consistencia y predictibilidad; (4) recordar que no es necesario detallar cada evento traumático para lograr una integración saludable, y (5) apoyar a la familia en construir una narrativa amplia, coherente y esperanzadora sobre su experiencia y su futuro.

A pesar del valor ilustrativo de este caso, es importante reconocer las limitaciones inherentes a los estudios de caso único. Los resultados no son generalizables a todas las familias puertorriqueñas ni a todas las presentaciones clínicas de trauma. Además, las mejoras que observamos responden a la combinación de las características únicas de la familia, la relación terapéutica y el contexto de intervención. Sin embargo, el caso detallado es una herramienta clínica y formativa importante, especialmente en contextos donde la investigación empírica aún es emergente.

Estándares Éticos de Investigación

Financiamiento: No recibimos financiamiento ni apoyo económico relacionado con la redacción o preparación de este artículo.

Conflicto de Intereses: Declaramos que no existen conflictos de interés que puedan influir en la interpretación de los datos.

Aprobación de la Junta Institucional para la Protección de Seres Humanos en la Investigación: El presente estudio de caso no incluye información que requiera aprobación de una Junta Institucional para la Protección de Seres Humanos en la Investigación, ya que el contenido presentado no implica la implementación de métodos de investigación. Se trata de una descripción clínica basada en práctica profesional, respetando la confidencialidad y siguiendo principios éticos en el manejo de la información.

Consentimiento Informado: Obtuvimos el consentimiento informado de todas las personas participantes del estudio.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families.
- Bass, J., Bearup, L., Bolton, P., Murray, L., & Skavenski, S. (2011). *Implementing Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) among formerly trafficked-sexually exploited and sexually abused girls in Cambodia: A feasibility study*. Phnom Penh, Cambodia: World Vision.
- Bernal, G., & Domenech Rodríguez, M. M. (Eds.). (2012). *Cultural adaptations: Tools for evidence-based practice with diverse populations*. American Psychological Association.
- Berrios, Y., Medina-Sustache, E., & Rodríguez-Díaz, G. (2019). Reflexión metodológica sobre los retos en la implementación con niños puertorriqueños víctimas de abuso sexual del modelo basado en la evidencia terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma. *Salud y Conducta Humana*, 5(1), 22–34.
- Cabiya-Morales, J., & Vélez, R. (2018). *Informe final Consulta Juvenil IX, 2015-*

2017. Universidad Carlos Albizu. <https://www.docs.pr.gov/files/ASSMCA/Consultas/Consulta%20Juvenil%20IX%202015-2017.pdf>
- Cain, J., & Canetti, Y. (2009). *Así me siento yo*. Parenting Press.
- Child Sexual Abuse Task Force and Research & Practice Core, N. C. T. S. Network. (2004). *How to implement trauma-focused cognitive behavioral therapy*. National Center for Child Traumatic Stress. https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/how_to_implement_tfcbt.pdf
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1996). Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1402–1410. <https://doi.org/10.1097/00004583-199610000-00028>
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. (2004). A multi-site, randomized controlled trial for children with abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393–402. <https://doi.org/10.1097/00004583-200404000-00005>
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1998). Interventions for sexually abused children: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 3(1), 17–26. <https://doi.org/10.1177/1077559598003001002>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. The Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2017). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Kliethermes, M., & Murray, L. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse and Neglect*, 36, 528–541. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.03.007>
- de Arellano, M. A., Danielson, C. K., & Felton, J. W. (2012). Children of Latino descent: Culturally modified TF-CBT. In J. A. Cohen, A. P. Mannarino, & E. Deblinger (Eds.), *Trauma-focused CBT for children and adolescents: Treatment applications and adolescents: Treatment applications* (pp. 253–279). The Guilford Press.
- Deblinger, E., & Heflin, A. H. (1996). *Treating sexually abused children and their nonoffending parents: A cognitive behavioral approach*. Sage Publications.
- Deblinger, E., Lippmann, J., & Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 1(4), 310–321. <https://doi.org/10.1177/1077559596001004003>
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: Impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety*, 28, 67–75. <https://doi.org/10.1002/da.20744>
- Deblinger, E., McLeer, S. V., & Henry, D. (1990). Cognitive behavioral treatment for sexually abused children suffering post-traumatic stress: Preliminary findings. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(5), 747–752. <https://doi.org/10.1097/00004583-199009000-00012>
- Deblinger, E., Neubauer, F., Runyon, M., & Baker, D. (2006). *What do you know? A therapeutic card game about child sexual abuse and physical abuse and domestic violence*. CARES Institute.
- Deblinger, E., Pollio, E., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2017). Improvements in personal resiliency among youth who have completed trauma-focused cognitive behavioral therapy: A preliminary examination. *Child Abuse and Neglect*, 65, 132–139. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.12.014>

- Deblinger, E., Stauffer, L. B., & Steer, R. A. (2001). Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreatment, 6*(4), 332–343. <https://doi.org/10.1177/1077559501006004006>
- Feiring, C., Taska, L., & Chen, K. (2002). Trying to understand why horrible things happen: Attribution, shame, and symptom development following sexual abuse. *Child Maltreatment, 7*(1), 26–41. <https://doi.org/10.1177/1077559502007001003>
- Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (2002). Adjustment following sexual abuse discovery: The role of shame and attributional style. *Developmental Psychology, 38*(1), 79–92. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.38.1.79>
- Fitzgerald, M. (s.f.). *Relaxation script for younger children* [Manuscrito no publicado]. TF-CBT training program.
- Hendricks, A., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2020). *Tu libro de actividades de TF-CBT* (L. Rivas-Hermina, C. Norona, L. Flores, & L. López, Trads.). (Trabajo original publicado en 2020).
- Hemmings, S., Jakobowitz, S., Abas, M., Bick, D., Howard, L. M., Stanley, N., Zimmerman, C., & Oram, S. (2016). Responding to the health needs of survivors of human trafficking: A systematic review. *BMC Health Services Research, 16*(1), 320. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1538-8>
- Instituto de Estadísticas de Puerto Rico. (2023). *Perfil del maltrato de menores en Puerto Rico*. <https://estadisticas.pr/en/Perfil-Maltrato-Menores>
- Kovacs, M. (2012). *Children's Depression Inventory 2nd Edition (CDI-2)*. Multi-Health Systems.
- Kraft, L., Ebner, C., Leo, K., & Lindenberg, K. (2023). Emotion regulation strategies and symptoms of depression, anxiety, aggression, and addiction in children and adolescents: A meta-analysis and systematic review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 30*(4), 485–502. <https://doi.org/10.1037/cps0000156>
- Mitlin, M., & Madden, J. (1998). *Emotional Bingo*. Western Psychological Services.
- Murray, L. K., Skavenski, S., Kane, J. C., Mayeya, J., Dorsey, S., Cohen, J. A., Michalopoulos, L. T. M., Imasiku, M., & Bolton, P. A. (2015). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy among trauma-affected children in Lusaka, Zambia: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics, 169*(8), 761–769. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0580>
- Orengo-Aguayo, R., Dueweke, A. R., Nicasio, A. V., de Arellano, M. A., Rivera, S., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Stewart, R. W. (2022). Trauma-focused cognitive behavioral therapy with Puerto Rican youth in a post-disaster context: Tailoring, implementation, and program evaluation outcomes. *Child Abuse & Neglect, 129*, 105671. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105671>
- Orengo-Aguayo, R., Stewart, R. W., Villalobos, B. T., Hernandez Rodriguez, J., Dueweke, A. R., de Arellano, M. A., & Young, J. (2020). Listen, don't tell: Partnership and adaptation to implement trauma-focused cognitive behavioral therapy in low-resourced settings. *American Psychologist, 75*(8), 1158–1174. <https://doi.org/10.1037/amp0000691>
- Ottenweller, J. (1991). *Please tell: A child's story about sexual abuse*. Hazelden Publishing & Educational Services.
- Prince-Embury, S. (2007). *Resiliency Scales for Children and Adolescents: A Profile of Personal Strengths*. Harcourt Assessment.
- Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T. K., Risch, E., Rosner, R., & Goldbeck, L.

- (2022). The Child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2): Development and validation of an instrument for children and adolescents to self-rate posttraumatic stress disorder according to both DSM-5 and ICD-11. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2131816. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2105580>
- Saunders, B. E., Berliner, L., & Hanson, R. F. (2003). *Child physical and sexual abuse: Guidelines for treatment, final report*. <https://eric.ed.gov/?id=ED472572>
- Scott, L. (1983). *Jenga* [Juego de mesa]. Hasbro; Pokonobe Associates.
- Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D. J., Putnam, F. W., & Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 156–183. <https://doi.org/10.1080/15374410701818293>
- Stewart, R. W., Orengo-Aguayo, R., Villalobos, B. T., Nicasio, A. V., Dueweke, A. R., Alto, M., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & de Arellano, M. A. (2021). Implementation of an evidence-based psychotherapy for trauma-exposed children in a lower-middle income country: The use of trauma-focused cognitive behavioral therapy in El Salvador. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 14, 433–441. <https://doi.org/10.1007/s40653-020-00327-9>
- Whitham, C. (2004). *Gana la guerra de los berrinches y otras contiendas: Un plan de paz familiar*. Perspective Publishing.