



# Universidad Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

**Propuesta de intervención para adolescentes víctimas de maltrato infantil que sufren estrés postraumático y desregulación emocional: Un estudio piloto.**

**Intervention proposal for adolescents victims of child abuse who suffer from post-traumatic stress and emotional dysregulation: A pilot study.**

Autor:

Mario Almazán Cáceres

Directora:

Dra. María Vicenta Navarro Haro

Grado en Psicología

2022-2023



**Facultad de  
Ciencias Sociales  
y Humanas - Teruel  
Universidad Zaragoza**

## INDICE

1. Introducción.....	4
1.1 ¿Qué es el trauma?.....	4
1.2 Técnicas eficaces a la hora de abordar el trauma por maltrato infantil...5	
1.3 Justificación de la intervención.....	6
1.4 Objetivos.....	7
2. Método.....	7
2.1 Participantes.....	7
2.2 Instrumentos.....	8
2.3 Procedimiento.....	9
3. Resultados esperados.....	17
4. Conclusiones.....	18
5. Referencias.....	20
6. Anexos.....	24

## Resumen

El maltrato infantil es una problemática importante a nivel global y deja profundas secuelas en las personas que lo sufren. Se realiza una propuesta de intervención para abordar el estrés postraumático que sufren los adolescentes víctimas de maltrato infantil. Los objetivos son disminuir los niveles de estrés postraumático y desregulación emocional, así como mejorar su calidad de vida y su resiliencia. La muestra se compondrá de 24 participantes con edades comprendidas entre los 11 y los 17 años. Se aplicará un diseño cuasiexperimental en el que los usuarios realizarán un programa terapéutico de 12 sesiones. Estas sesiones se fundamentarán en base a técnicas y modelos terapéuticos que han demostrado su eficacia a la hora de abordar este tipo de problemática (Terapia Cognitivo-Conductual Centrada en el Trauma, Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular). Se espera que haya una reducción significativa de la sintomatología de estrés postraumático y desregulación emocional auto-informada, además de que se produzca una mejora en las puntuaciones auto-informadas de calidad de vida y resiliencia después de la intervención. Las conclusiones apuntan a una necesidad de intervenir con este grupo y de elaborar futuras investigaciones.

*Palabras clave:* estrés postraumático, desregulación emocional, resiliencia, calidad de vida, TF-CBT, EMDR, TDC

## Introducción

### ¿Qué es el trauma?

El trauma es todo aquel suceso que es amenazante para la vida o la integridad del sujeto y que genere un impacto a diferentes niveles en él (González, 2018). Es un elemento capital en la idiosincrasia actual de la psicología y la psiquiatría y forma parte la cotidianidad en el ámbito del tratamiento y la investigación.

Hay numerosas evidencias de que distintos tipos de psicopatología se relacionan con la exposición a este tipo de vivencia. Los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo, como la depresión, o los trastornos por abuso de sustancias, suponen claros ejemplos de esto (Iruarrizaga, Miguel-Tobal, Cano-Vindel, & González-Ordi, 2004).

En niños y adolescentes, se producen problemas de desarrollo a diferentes grados (Smith y Pollark, 2020) afectando a las funciones ejecutivas (Moreno et al., 2021) y al desarrollo comportamental y emocional, además de la predisposición a sufrir, en la edad adulta, los problemas psicológicos mencionados anteriormente (Danese & Widom, 2021). Por otro lado, es conocido que el trauma contribuye a la aparición de trastornos de la personalidad como el trastorno límite. Esto es especialmente significativo si esa experiencia traumática sucede en la infancia (Cattane, Rossi, Lanfredi & Cattaneo, 2017).

Incluso se ha encontrado una alta prevalencia de existencia de trauma infantil en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos de componente psicótico (Boreu et. Al 2009).

Sin embargo, uno de los trastornos mentales que más se ha estudiado con relación al trauma es el TEPT (Trastorno por Estrés Postraumático).

La definición de esta patología se remite a aquellas consecuencias derivadas de la exposición ante un evento traumático, ya sea de forma directa, por ser testigo de daño a terceros o por ser informado de la ocurrencia de este suceso (González, 2018). Las manifestaciones más frecuentes son: vivencia de un miedo o terror intenso acompañado de flashbacks, pesadillas etc. que provocan reexperimentación del suceso, evitación persistente de lugares o personas asociados con el trauma, amnesia postraumática, hiperactivación (hipervigilancia, insomnio...), sentimientos de vergüenza, culpa o tristeza y, en algunos casos, disociación (Murphy et. Al, 2019)

Teniendo en cuenta esto, se recomienda acudir al DSM-V para conocer en mayor detalle cual es la sintomatología característica de este trastorno (APA, 2014, pp.161-168)

Continuando con este aspecto, es necesario relacionar el concepto de trauma en adolescentes con el de maltrato infantil, entendido éste como cualquier forma de violencia realizada por parte de un adulto, habitualmente cuidador, frente a un menor. Ejercido en cualquiera de sus formas (maltrato físico, emocional, negligencia, abandono, abuso sexual, explotación laboral etc.) genera serias consecuencias de desregulación emocional y estrés postraumático en los niños y adolescentes que lo sufren (de la Rosa et. Al. 2020). Esta desregulación emocional supone una incapacidad por parte del menor de gestionar y tolerar sus estados emocionales negativos tales como la disforia o la ira intensa (Dvir, Ford, Hill & Frazier, 2014).

Por otro lado, es sabido que el maltrato infantil es un condicionante de riesgo a la hora de que el adolescente posea una adecuada calidad de vida y una actitud resiliente. La resiliencia es una capacidad fundamental que permite que exista un desarrollo después de un evento traumático. Es posible que con los factores de protección adecuados y las herramientas necesarias, los jóvenes sean capaces de adquirir esas habilidades que les permitan tener una adecuada calidad de vida (Morelato, 2011).

### **Técnicas eficaces a la hora de abordar el trauma por maltrato infantil**

A continuación, se presentan algunas técnicas e intervenciones que han demostrado su eficacia de forma empírica y que se utilizan actualmente en el tratamiento de la desregulación emocional y el estrés postraumático derivados del trauma infantil.

#### *Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma*

La Terapia de Enfoque Cognitivo Conductual Basada en el Trauma (TF-CBT) es uno de los tratamientos más eficaces para tratar el estrés postraumático en niños y adolescentes (Kanter & Pereda, 2020). Se divide en varios apartados: psicoeducación, habilidades de relajación (yoga, respiración profunda), gestión afectiva y habilidades cognitivas de afrontamiento, incluyendo técnicas de reestructuración cognitiva. También se centra en aspectos relativos a la narrativa del trauma. Ha demostrado una alta eficacia en la reducción significativa de sintomatología de estrés postraumático, ansiedad y depresión en niños y adolescentes (Guerra & Barrera, 2017) (Kanter & Pereda, 2020).

### *EMDR*

La terapia de Reprocesamiento y Desensibilización a través del Movimiento Ocular (EMDR) es ampliamente utilizada y efectiva en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en adultos, adolescentes y niños (Wilson et al., 2018) además de que se ha asociado con disminuciones en el padecimiento de ansiedad medidas por la reducción significativa de puntuaciones en el cuestionario STAI-T (Karadag, Gokcen & Sarp, 2020). Esta intervención se basa en la estimulación bilateral de los hemisferios cerebrales para procesar recuerdos, emociones y cogniciones relacionados con eventos traumáticos y puede adaptarse según el nivel de desarrollo del individuo de una forma adecuada (Moreno-Alcázar et al., 2017).

### *Terapia dialéctico-conductual*

La Terapia Dialéctico-Conductual (TDC) es ampliamente respaldada como el tratamiento más efectivo para el trastorno límite de la personalidad y también se ha encontrado útil en adultos con TEPT y en los casos en los que hay existencia de abuso sexual en la infancia (Paris, 2010) (Lenz et al., 2014) (Steil et al., 2011). La TDC se basa en el entrenamiento en habilidades y la psicoterapia individual y tiene como objetivo abordar la sensación de vacío, mejorar las relaciones interpersonales, regular las emociones y tolerar el malestar, proporcionando un entorno seguro y validante (Vega & Sánchez-Quintero, 2013). Por otro lado, aunque la evidencia en el tratamiento de niños y adolescentes es algo más limitada, la adaptación de la TDC al nivel de desarrollo del menor y la participación de los padres muestran resultados prometedores (Perepletchikova et al., 2011) (Perepletchikova et al., 2017), lo cual puede ser relevante para el manejo de síntomas en niños y adolescentes víctimas de maltrato infantil.

### **Justificación de la intervención**

Como se ha podido observar en lo descrito en párrafos anteriores, el maltrato infantil es una problemática de primer nivel y de ámbito global, que se relaciona intensamente con el TEPT y que deja profundas secuelas en las personas que lo sufren. Es necesario que haya una correcta intervención e investigación que ayude a que, los menores que padecen este tipo de abuso puedan vivir una vida plena sin las consecuencias negativas de esta clase de violencia.

Por suerte, hay numerosas técnicas que favorecen esa adaptación, aunque la literatura científica sobre la intervención con adolescentes es todavía algo escasa. Esto, sin duda,

es un buen aliciente a la hora de desarrollar intervenciones como la presentada en este documento, que permitan seguir investigando sobre modelos de trabajo eficaces a la hora de operar con este colectivo.

Se propone el desarrollo de una propuesta de intervención psicológica, la cual se efectuará en base a diferentes técnicas empíricamente validadas. Estas intervenciones han sido expuestas en apartados anteriores, y son la Terapia Dialéctico Conductual (TDC), la Terapia Cognitivo Conductual centrada en el Trauma (TCC-CT) y la Terapia EMDR (EMDR). Como se ha destacado anteriormente, todas ellas cuentan con una adecuada validación y eficacia a la hora de tratar la problemática del estrés postraumático relacionado con el maltrato infantil

### **Objetivos**

El objetivo general de esta intervención es mejorar la salud mental de niños y adolescentes que sufren problemas derivados de la exposición a violencia.

En base a esto, el objetivo primario es evaluar en qué medida la intervención reduce de manera significativa la sintomatología de estrés postraumático y las dificultades de regulación emocional percibidas. Además, los objetivos secundarios que se plantean son evaluar el cambio en la calidad de vida de los participantes y el desarrollo de recursos de afrontamiento que favorezcan una actitud resiliente tras la intervención.

### **Método**

#### **Participantes**

La muestra total del estudio estará formada por 24 sujetos de edades comprendidas entre 11 y 17 años. Se ha adquirido como modelo de muestra investigaciones similares con idéntico número de participantes (Smith et al., 2007) y con el mismo parámetro de edad (Orgilés et al., 2012). Todos ellos formarán parte de diferentes centros de protección de menores de la provincia de Huesca.

Los criterios de inclusión serán (1) que los menores tengan edades comprendidas entre 11 y 17 años, (2) que estén desamparados de su familia de origen y estén realojados en un centro de protección y (3) que hayan recibido una valoración por parte de los profesionales de salud mental del centro, en la que se haya determinado que padecen síntomas de estrés postraumático debido a la existencia de maltrato infantil.

Asimismo, los criterios de exclusión serán (1) que los usuarios estén realizando otra intervención psicoterapéutica (2) que no padezcan sintomatología de estrés postraumático relacionado con el maltrato infantil (3) y que un adulto responsable de su tutela no haya firmado el consentimiento informado

### **Instrumentos**

Para medir la sintomatología de estrés postraumático, se procederá a administrar la adaptación de la Escala de Síntomas de Estrés Postraumático para Niños (escala PTSS-C) (ver Tabla 1.1-Anexo B). Este cuestionario cuenta con una alta fiabilidad y validez para la valoración en niños y adolescentes que han sufrido maltrato infantil, y discrimina entre dos grupos de participantes: aquellos con un bajo o nulo TEPT (puntuaciones en el cuestionario menores que 24) y aquellos con moderado o alto TEPT (puntuaciones en el cuestionario iguales o mayores que 24) (Bustos, Rincón & Aedo, 2009).

En lo referente a la desregulación emocional, se suministrará el cuestionario DERS (Difficulties Emotion Regulation Scale) (ver Tabla 1.2- Anexo C) que también ha manifestado buenas propiedades psicométricas en adolescentes (Gómez, Penelo & Osa, 2014). Algunos autores han sostenido que las puntuaciones entre 40,8 y 76 constituyen el promedio en esta prueba, siendo los valores inferiores a 40,8 niveles bajos en desregulación emocional y los superiores a 76 niveles altos (Bohórquez, Gómez, Pérez & García, 2022)

Con estos dos cuestionarios, podremos obtener las medidas necesarias para evaluar los objetivos primarios.

Para cotejar los objetivos secundarios, se utilizará la adaptación a jóvenes del cuestionario EQ-5D para adultos (EQ-5D-Y) (ver Tabla 1.3- Anexo D) para medir los problemas la calidad de vida, en el que las respuestas se organizan según si existen muchos problemas, algunos problemas o ningún problema (Wille et al., 2010). De igual forma, se administrará la escala RS-14 (ver Tabla 1.4- Anexo E) para medir el nivel de resiliencia, que posee diferentes siguientes puntos de corte (98-82=Muy alta resiliencia; 81-64=Alta resiliencia; 63-49=Normal; 48-31=Baja; e 30-14=Muy baja) (Sánchez & Robles, 2015). Ambos cuestionarios han evidenciado sus adecuadas propiedades psicométricas a la hora de medir sus respectivos constructos (Rojas et al. 2022) (Gusi, Pérez, Gonzalo & Olivares, 2014)



Por último, una vez realizado el tratamiento, se suministrará una escala de satisfacción con la intervención, adaptación de Nau & Borkovec (1972) (ver Anexo F). Podrá ser completada junto con el personal del centro de menores (sobre todo en aquellos participantes cuyo nivel de desarrollo sea menor, como, por ejemplo, los sujetos de menor edad).

### **Procedimiento**

En primer lugar, se contactará con diferentes centros de menores de la provincia de Huesca y se solicitará su colaboración para obtener el número de participantes requeridos para el estudio. Se acudirá a estas instituciones porque suelen acoger a menores que han sido desamparados de su familia de origen.

Se informará del objeto de la intervención, tanto a los profesionales de los centros como a los participantes. Al ser estos menores de edad, un adulto responsable de su tutela deberá firmar el consentimiento informado dando su conformidad sobre la colaboración del menor en el proceso terapéutico (ver consentimiento en Anexo A).

Posteriormente, se aplicará un diseño cuasi experimental de estudio piloto pre y post intervención, en la que el grupo de participantes deberá realizar los cuestionarios antes y después del proyecto, con la supervisión del psicólogo que aplica el tratamiento. Se requerirá que los profesionales de los centros administren la prueba para determinar síntomas de estrés postraumático antes de comenzar el proceso terapéutico.

La intervención constará de 12 sesiones individuales totales con una duración aproximada de una hora y media por sesión, en las que intervendrá el psicólogo acompañado de otros profesionales. Estos se irán detallando a la hora de describir las sesiones.

Se llevará a cabo una sesión por semana con cada usuario y se tratará de generar un ambiente de confianza y apoyo que permita que los menores desarrollen diferentes tipos de habilidades, integren una narrativa del trauma, confronten cogniciones y emociones difíciles y aprendan a relajarse y a conectar con su cuerpo de forma saludable. Las intervenciones se llevarán a cabo por parte de un terapeuta con conocimientos en terapia EMDR, DBT y TF-CBT.

Con esta intervención se pretende que los menores consigan vivir sus emociones y cogniciones de forma saludable y que disminuyan sus niveles de sufrimiento respecto al trauma. Para ello, la intervención se dividirá en cuatro bloques principales:

psicoeducación y evaluación inicial, entrenamiento en habilidades, creación de una narrativa y procesamiento del trauma y cierre y evaluación final.

A continuación, se detallan de forma más específica los contenidos que abordará cada sesión.

### *Sesión 1: Orientación y psicoeducación*

Objetivos: el objetivo de esta sesión es desarrollar un clima de confianza y cooperación con el adolescente, además de implementar habilidades psicoeducativas y comenzar a conocer su historia personal.

Actividades: en primer lugar, se realiza una entrevista con el menor en la que se le orienta en términos generales sobre en qué va a consistir la intervención. Para adolescentes de menor edad (11-12 años, por ejemplo) podremos usar juegos o dibujos, y con los más mayores (13-14 a 17 años, por ejemplo) podremos aprovecharnos de sus mayores recursos cognitivos, para utilizar, en mayor medida, la conversación.

También se implementan tareas de psicoeducación que explican lo que es el trauma, el estrés postraumático, las emociones y las cogniciones, además de resaltar en qué consiste la intervención y como se va a realizar. De nuevo, podemos adaptar esta explicación según el nivel de desarrollo del participante, usando juegos y cuentos con los más pequeños (por ejemplo, el cuento “Estoy contigo”) y valiéndonos de la conversación terapéutica con los más mayores

Recursos: los recursos humanos necesarios son el terapeuta, y en casos en los que sea necesario, podríamos solicitar que acuda un miembro del equipo del centro con el que el menor tenga afinidad, si de esta forma se siente más seguro. Como recursos materiales podemos usar juguetes, lápices de colores para dibujar, cuentos, una libreta para tomar anotaciones etc. Además, es necesaria una sala acondicionada al tratamiento con adolescentes (esto es necesario en todas las sesiones)

### *Sesión 2: Técnicas de relajación y habilidades de inteligencia emocional*

Objetivos: aprender habilidades de relajación y de reconocimiento y gestión de emociones. Se sigue explorando la historia de vida del participante y se analizan las emociones en relación con el evento traumático.

Actividades: se intenta fomentar habilidades de inteligencia emocional en las que se busca desarrollar el reconocimiento de emociones y el afrontamiento de las mismas.

Para ello se implementan habilidades educativas que explican el funcionamiento de cada emoción y las reacciones (físicas, cognitivas etc.) que provocan, así como los detonantes más habituales que las generan. Igualmente, se propone la tarea de un diario emocional en el que puedan anotar sus reacciones emocionales diarias apuntando que es lo que han sentido, en qué momento y en respuesta a qué, además del nombre de la emoción experimentada.

Se pueden utilizar juegos o juguetes para tratar este tema (viñetas de dibujos que representen diferentes estados emocionales, canciones etc.) Un ejemplo sería el quizz sobre inteligencia emocional de la página web del Gobierno de Canarias (2023) (ver Anexo G), que permite que los jóvenes aumenten su vocabulario emocional aprendiendo diferentes términos y concienciándose sobre lo que significan.

Posteriormente se aplican habilidades de regulación de los estados emocionales negativos, implementando dinámicas de relajación como la respiración profunda o la relajación progresiva de Jacobson.

Refiriéndonos de nuevo a los participantes de menor edad, podemos utilizar la técnica del caparazón seguro en la que les enseñamos a gestionar su ira. Esta consiste en orientar al joven a que adopte una postura de “caparazón de tortuga” (pegar la cabeza al cuerpo, encorvarse, encoger las piernas...) en momentos en los que vivencia una ira intensa. Le animamos a que sienta su cuerpo y permita que la ira vaya disminuyendo progresivamente, lo que favorece que controle sus reacciones desproporcionadas.

Recursos: los recursos humanos utilizados en esta actividad son los mismos que en la primera, aunque se trata de que aquellos integrantes que requieren estar acompañados poco a poco vayan sintiendo la comodidad como para quedarse solos. En cuanto a los recursos materiales, continuaremos con el uso de juguetes, dibujos y dinámicas, además de objetos donde podamos tomar anotaciones.

### *Sesión 3: Desarrollo de habilidades de tolerancia al malestar*

Objetivos: esta sesión sirve como continuación de la anterior y el objetivo es seguir con esa labor de entrenamiento en habilidades de regulación emocional. En este caso nos focalizamos en la tolerancia de las emociones desagradables sin que haya un excesivo desbordamiento. Se siguen explorando las emociones en relación con el evento traumático.

Actividades: se instruye al menor en el reconocimiento de emociones negativas y se le enseña a calmarse cuando se encuentra con una intensidad emocional que le desborda. Esto se hace a través de diferentes métodos mencionados anteriormente, como, por ejemplo, la respiración. Con los integrantes más pequeños podemos seguir utilizando técnicas como las señaladas en la actividad previa (la técnica del caparazón para gestionar la ira, juegos etc.) También continuamos aplicando técnicas de relajación y de aceptación del malestar.

En adolescentes podemos valernos de técnicas de distracción positiva, de visualizaciones etc.

Recursos: los recursos materiales que se emplean son los mismos que en la actividad anterior (juguetes, dibujos etc.) y, en cuanto a los recursos humanos, el terapeuta.

#### *Sesión 4: Entrenamiento en habilidades sociales y en mejora de la autoestima*

Objetivos: el punto principal de esta actividad es continuar con el entrenamiento en habilidades, en este caso habilidades más de tipo relacional y social. A parte, se procura fomentar la autoestima.

Actividades: se ejecutan actividades que fomenten la asertividad y el establecimiento de límites, así como la educación en respeto y en apoyo a los límites de los demás. Se implementan dinámicas que mejoren su nivel de empatía, mediante películas, series o jugando a adivinar qué está pensando el otro.

De igual manera, se hacen actividades dirigidas a la promoción de la autoestima. Por ejemplo, se les pide que describan como se sienten con su cuerpo y si tienen algún complejo físico, además de que se les reclama que se presenten más allá del físico (soy inteligente, soy divertido etc.). Aquí podemos comenzar a explorar creencias erróneas distorsionadas sobre su persona para ayudarles a que las cuestionen.

Recursos: los recursos materiales utilizados son diferentes juegos y actividades con los que se pueda abordar el tema propuesto (la actividad de “tengo miedo de...” que permita indagar sobre sus miedos, el dibujo de autorretratos, la actividad de “yo puedo...” para proporcionar una sensación de empoderamiento etc.) En cuanto a los recursos humanos, proseguimos con el terapeuta.

#### *Sesión 5: Generación de la narrativa y procesamiento del trauma*

Objetivos: en este apartado, y tras haber realizado el pertinente entrenamiento en habilidades, se comenzará con los aspectos más focalizados en la experiencia traumática. Se trata de ayudar al menor a generar una narrativa sobre su acontecimiento traumático, afrontando creencias y emociones negativas y tratando de cambiarlas por otras más saludables. Además, se complementa con un proceso de terapia EMDR que le permita procesar las vivencias que le produjo el evento traumático.

Actividades: se continua con el ejercicio propuesto en la sesión cuatro sobre la identificación de las creencias distorsionadas (“lo que sucedió fue culpa mía”) y las emociones desagradables (por ejemplo, culpa) que el menor pueda tener, y se le guía en un ejercicio de reestructuración cognitiva para que modifique esas creencias por unas más adaptativas. También se contribuye a calmar el malestar producido mediante ejercicios de relajación, y a través la instalación del recurso de terapia EMDR denominado “lugar seguro”, en el que se pide a los usuarios que visualicen e integren un lugar que les genere tranquilidad.

A la hora de desarrollar la narrativa del trauma, se puede orientar a los usuarios a que dibujen o pinten escenas del evento, ya que esto posibilita que se aproximen a él de una manera un poco más segura. Esto les permite adquirir una sensación de autoempoderamiento y control, ya que son capaces de externalizar las emociones y vivencias del trauma mientras le dan sentido a la experiencia y la representan de forma visual. La finalidad es que logren integrar el trauma mermando la sensación de sufrimiento (van der Kolk, 2015).

Recursos: se continúa utilizando materiales que ayuden a que los niños a que puedan representar y contar su historia (juguetes y dibujos) y, en cuanto a los recursos humanos, se requiere al terapeuta (imprescindible que tenga conocimientos en terapia EMDR)

#### *Sesiones 6-10: Reestructuración de la narrativa y desensibilización de la experiencia traumática*

Objetivos: a lo largo de estas sesiones, se persiste con la reestructuración de creencias negativas y de la narrativa del trauma, y con la instrucción en relajación mediante la visualización segura. También se les empieza a aplicar estimulación bilateral para desensibilizar los recuerdos de malestar intenso que producen los recuerdos traumáticos.

Actividades: primero se realizan unos ejercicios de relajación, posteriormente se pide al menor que narre su experiencia traumática, contando todos los pensamientos y emociones que le surjan, mientras se le aplica la técnica de terapia EMDR de estimulación bilateral (a través de toques en las rodillas o de movimientos oculares, por ejemplo, e instruyendo en la técnica del Abrazo de la Mariposa (ver Anexo H) (Jarero & Artigas, 2021)). Mientras, se prosigue discutiendo todos los pensamientos y creencias negativos que pueda tener, intentando modificarlos. Se van intercalando varios descansos en los que se aplican técnicas de relajación. Finalmente, se guía al menor en la visualización de su lugar seguro, para que así vuelva a un estado de calma y tranquilidad.

Recursos: los recursos materiales son aquellos destinados a favorecer una narrativa del trauma, como, por ejemplo, los dibujos. Se puede utilizar esto pidiendo al joven que observe un dibujo que haya realizado representando la escena traumática mientras se le aplica la estimulación bilateral. Por supuesto, en cuanto a los recursos materiales se seguirá contando con el terapeuta que aplica sus conocimientos en terapia EMDR

#### *Sesión 11: Instalación de recursos y habilidades para el futuro*

Objetivos: después de las sesiones de desensibilización y de generación de una narrativa alternativa, en este apartado se propone desarrollar habilidades para el futuro.

Actividades: se sugieren diferentes dinámicas con las que se pretende afrontar el futuro de forma optimista y que van preparando al participante para el final del tratamiento. Se discuten temas como que les gustaría hacer al acabar el proceso de terapia, como afrontarían diversas situaciones futuras etc. También se va elaborando un pequeño recopilatorio de todo lo aprendido y de todos los recursos adquiridos.

Recursos: al hilo de sesiones anteriores, podemos seguir apoyándonos en dibujos y juegos. En cuanto a los recursos humanos, seguirá siendo necesario el terapeuta.

#### *Sesión 12: Cierre y evaluación final*

Objetivos: se realiza una pequeña evaluación de lo vivido y se continúa con el proceso de cierre empezado en el encuentro anterior. Además, se destina un espacio para completar de nuevo los cuestionarios.

Actividades: se avanza en la recopilación de todo lo aprendido y de los recursos adquiridos. Se evalúa lo aprendido y se solicita un feedback por parte del integrante. Se requiere que vuelvan a realizar los cuestionarios.

Recursos: por supuesto, podemos terminar utilizando materiales como cuentos, historias etc. que ofrezcan un buen cierre para los usuarios. También deberemos llevar los cuestionarios para que puedan completarlos. Obviamente, el terapeuta seguirá estando presente como recurso humano

A continuación, ofrece un resumen del cronograma de actividades y de los contenidos en la Tabla 2.1 (ver Tabla 2.1)

**Tabla 2.1**

*Cronograma de las actividades de la intervención*

<b>Bloques</b>	<b>Sesiones</b>	<b>Contenidos</b>
<u>Psicoeducación y evaluación inicial</u>	<i>Sesión 1: Evaluación inicial y psicoeducación</i>	Objetivos: evaluación inicial y psicoeducación: Actividades: entrevista de orientación sobre lo que va a ser la intervención y psicoeducación sobre diversos aspectos Recursos: dibujos, juegos, el terapeuta, un acompañante (opcional) y sala acondicionada
<u>Entrenamiento en habilidades</u>	<i>Sesión 2: Técnicas de relajación y habilidades de inteligencia emocional</i>	Objetivos: desarrollar habilidades de relajación e inteligencia emocional Actividades: fomentar la inteligencia emocional y regular emociones negativas mediante técnicas de relajación como la respiración profunda Recursos: dibujos, juegos, el terapeuta y sala acondicionada
	<i>Sesión 3: Desarrollo de habilidades de tolerancia al malestar</i>	Objetivos: focalizar en mejorar la inteligencia emocional con respecto a las emociones

		<p>desagradables para aumentar así su tolerancia</p> <p>Actividades: respiración profunda, relajación muscular, técnica del caparazón etc.</p> <p>Recursos: juegos, dibujos, el terapeuta y sala acondicionada</p>
	<p><i>Sesión 4: Entrenamiento en habilidades sociales y mejora de la autoestima</i></p>	<p>Objetivos: promocionar la autoestima y las habilidades sociales</p> <p>Actividades: actividades de desarrollo de autoestima (juego de “yo puedo...”) y de habilidades sociales y empatía (jugar a adivinar que piensan otros)</p> <p>Recursos: dibujos, juegos, sala acondicionada y el terapeuta</p>
<p><u>Generación de la narrativa y procesamiento del trauma</u></p>	<p><i>Sesión 5: Generación de la narrativa y procesamiento del trauma</i></p>	<p>Objetivos: generar una narrativa del trauma y desensibilizar mediante terapia EMDR el recuerdo traumático</p> <p>Actividades: generar la narrativa del trauma (mediante conversación, dibujos etc.) y reestructurar cognitivamente. Desensibilizar mediante estimulación bilateral e instalar el recurso de lugar seguro.</p> <p>Recursos: dibujos, juegos, sala acondicionada, terapeuta y terapeuta especializado en terapia EMDR)</p>
	<p><i>Sesión 6: Reestructuración de la narrativa y desensibilización de la experiencia traumática</i></p>	
	<p><i>Sesión 7: Reestructuración de la narrativa y desensibilización de la experiencia traumática</i></p>	
	<p><i>Sesión 8: Reestructuración de la narrativa y desensibilización de la experiencia traumática</i></p>	
	<p><i>Sesión 9: Reestructuración de la narrativa y desensibilización de la experiencia traumática</i></p>	
	<p><i>Sesión 10: Reestructuración de la narrativa y desensibilización de la experiencia traumática</i></p>	
<p><u>Cierre y evaluación final</u></p>	<p><i>Sesión 11: Instalación de recursos y habilidades para el futuro</i></p>	<p>Objetivos: instalar habilidades y recursos de afrontamiento para</p>



		<p>el futuro. Iniciar un proceso de valoración y de cierre</p> <p>Actividades: conversar sobre el futuro después de la intervención (“¿qué quieres hacer cuando termine esto?”) e iniciar una valoración de todo lo aprendido</p> <p>Recursos: juegos, dibujos, sala acondicionada y terapeuta</p>
	<p><i>Sesión 12: Cierre y evaluación final</i></p>	<p>Objetivos: evaluar la intervención, recapitular lo aprendido y ofrecer un feedback por parte del participante</p> <p>Actividades: solicitar un feedback y hablar de lo aprendido. Completar el proceso de cierre iniciado en la sesión anterior. Realizar los cuestionarios post intervención</p> <p>Recursos: dibujos, juegos, terapeuta, sala acondicionada y cuestionarios.</p>

### **Resultados esperados**

El diseño de esta intervención tiene como objetivo la reducción de la sintomatología de estrés postraumático y desregulación emocional, además del aumento de la resiliencia y la calidad de vida en adolescentes que han sufrido maltrato infantil.

A través de las sucesivas sesiones que componen el tratamiento, se pretenden implementar una serie de dinámicas que permitan que los menores vivan su trauma de una manera diferente, además de que aprendan una serie de habilidades que les proporcionen una mejor capacidad de afrontar las diferentes circunstancias de la vida.

Se espera que gracias a la psicoeducación sobre lo que es el trauma, el estrés postraumático o las emociones adquieran una mayor comprensión sobre lo que les está sucediendo.

Asimismo, se confía en que el entrenamiento en diversas habilidades (inteligencia emocional, autoestima, relajación, habilidades sociales etc.) les posibilite vivir sus

emociones de una forma más saludable, además de interiorizar destrezas que contribuyan a que se desenvuelvan de una mejor manera en relación consigo mismos y con los demás.

Por otro lado, a través de la aplicación de técnicas de terapia EMDR acompañadas de una reestructuración cognitiva y de una elaboración adecuada de su historia traumática, se espera que los menores sean capaces de integrar las emociones y cogniciones desagradables, relacionadas con la experiencia traumática (sentimientos de culpa, vergüenza, pánico etc.) y puedan sustituirlas por unas emociones y creencias más adaptativas.

Por último, a partir de la implementación de habilidades para el futuro se pretende que sean capaces de proyectarse en él de una forma sana y de que vean su vida más allá del tratamiento de forma resiliente y empática.

Por último, es deseable que, al finalizar la intervención, se obtengan mejorías significativas en los síntomas de estrés postraumático, en las dificultades de regulación emocional, así como en la calidad de vida y capacidad de resiliencia. En concreto, se espera que las puntuaciones en las escalas PTSS-C y DERS disminuyan significativamente, alcanzando puntuaciones de nivel bajo en ambos cuestionarios (estas puntuaciones son las indicadas en el apartado de instrumentos, puntuaciones de menos de 24 en el cuestionario PTSS-C y puntuaciones de menos de 40,8 en el cuestionario DERS). Asimismo, es deseable que las puntuaciones de las escalas EQ-5D-Y y RS-14 aumenten significativamente, alcanzando puntuaciones de muy alta resiliencia (82-98) en el cuestionario RS-14 y puntuaciones de ningún problema en calidad de vida del cuestionario EQ-5D-Y.

### **Conclusiones**

Los adolescentes que sufren maltrato infantil son un colectivo muy vulnerable que sufre consecuencias psicológicas graves. Es por eso por lo que es importante intervenir en la mejora de estos, ofreciéndoles un entorno de seguridad y apoyo que les permita afrontar el sufrimiento que padecen.

Con esta propuesta de intervención, se espera cumplir los objetivos propuestos. Entre ellos, estaban el propósito general de mejorar la salud mental de niños y adolescentes que sufren problemas derivados de la exposición a violencia. A su vez, esta finalidad se subdividía en dos motivaciones principales: el objetivo primario de evaluar en qué

medida la intervención reduce de manera significativa la sintomatología de estrés postraumático y las dificultades de regulación emocional percibidas y, por otro lado, el objetivo secundario de mejorar la calidad de vida de los participantes y de instalar recursos de afrontamiento que permitan el desarrollo de una actitud resiliente.

Teniendo en cuenta las diferencias de desarrollo evolutivo que hay entre los usuarios y las distintas respuestas al trauma que pueden tener, es conveniente aplicar sesiones individuales utilizando elementos terapéuticos (TF-CBT, EMDR etc.) que permitan adaptar el tratamiento de forma personalizada a cada caso (Diehle et al. 2015). Sin embargo, podría resultar interesante introducir sesiones de terapia grupal para futuras investigaciones, ya que esta ha demostrado una gran eficacia a la hora de tratar el TEPT en niños y adolescentes (Adams et al. 2016). Se sugiere aplicar estas intervenciones en el momento en el que los usuarios ya perciban resultados positivos de la terapia individual, y sería conveniente agrupar a los mismos según su nivel de desarrollo cognitivo (Meyerson et al. 2011)

También es necesario considerar que las secuelas que produce el maltrato infantil son muy difíciles de abordar, por lo que, algunas veces, requieren tratamientos más prolongados en el tiempo, llegando a ser de más de un año en casos determinados (Gillies et al., 2013). En esta propuesta de intervención, se ha tomado como referencia otras investigaciones que proponen tratamientos breves (Cohen, Mannarino & Iyengar, 2011). Aun así, en futuros trabajos, sería apropiado tener en cuenta el diseño de programas de terapia más prolongados en el tiempo, que posibiliten abordar de forma adecuada el padecimiento de aquellas personas que tengan patologías más graves y duraderas.

## Referencias

- Adams, Z. W., Moreland, A., Cohen, J. R., Lee, R. C., Hanson, R. F., Danielson, C. K., Self-Brown, S., & Briggs, E. C. (2016). Polyvictimization: Latent profiles and mental health outcomes in a clinical sample of adolescents. *Psychology of violence, 6*(1), 145–155. <https://doi.org/10.1037/a0039713>
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed. --.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.)
- Bohórquez-Borda, D., Gómez-Villarraga, D., Pérez-Cruz, D., & García-Rincón, L. (2022). Desregulación emocional y nivel de riesgo por consumo de sustancias psicoactivas en universitarios colombianos. *CES Psicología, 15*(3), 115-132. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-30802022000300115](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802022000300115)
- Boreu, Q. F., Alonso, M. J. A., López, J. M. S., Baños, J. P., & Pons, F. X. A. (2009). Trauma infantil y esquizofrenia. *Psiquiatría Biológica., 16*, 137-139. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Maria-Jose-Alvarez-4/publication/237196742\\_Trauma\\_infantil\\_y\\_esquizofrenia/links/00b7d51ba413e904f8000000/Trauma-infantil-y-esquizofrenia.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Maria-Jose-Alvarez-4/publication/237196742_Trauma_infantil_y_esquizofrenia/links/00b7d51ba413e904f8000000/Trauma-infantil-y-esquizofrenia.pdf)
- Borkovec, T. D., & Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 3*(4), 257-260. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0005791672900456>
- Bustos, P., Rincón, P., & Aedo, J. (2009). Validación preliminar de la escala infantil de síntomas del trastorno de estrés postraumático (child PTSD symptom Scale, CPSS) en niños/as y adolescentes víctimas de violencia sexual. *Psykhé (Santiago), 18*(2), 113-126. Recuperado de [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282009000200008&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282009000200008&script=sci_arttext&tlng=en)
- Cattane, N., Rossi, R., Lanfredi, M., & Cattaneo, A. (2017). Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC psychiatry, 17*(1), 221. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1383-2>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Iyengar, S. (2011). Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: a randomized controlled trial. *Archives of pediatrics & adolescent medicine, 165*(1), 16–21. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.247>
- Danese, A., & Widom, C. S. (2021). The subjective experience of childhood maltreatment in psychopathology. *JAMA psychiatry, 78*(12), 1307-1308. Recuperado de: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2784534>
- de la Rosa Santana, J. D., Almeida, A. K. A., Gregorich, E. R., Frutos, L. G., & Gutiérrez, G. V. (2020). Maltrato infantil. Una revisión bibliográfica. *Revista científica estudiantil 2 de Diciembre, 3*(1 (2020)), 39. Recuperado de: <http://revdosdic.sld.cu/index.php/revdosdic/article/view/39>
- Diehle, J., Opmeer, B. C., Boer, F., Mannarino, A. P., & Lindauer, R. J. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: what works in children with posttraumatic stress symptoms? A

- randomized controlled trial. *European child & adolescent psychiatry*, 24(2), 227–236. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0572-5>
- Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., & Frazier, J. A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard review of psychiatry*, 22(3), 149–161. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000014>
- Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L., & D'Abrew, N. (2013). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (Review). *Evidence-based child health : a Cochrane review journal*, 8(3), 1004–1116. <https://doi.org/10.1002/ebch.1916>
- Gobierno de Canarias. (2023). Recursos educativos digitales: emociones. Recuperado el 23 de junio de 2023, de <https://www3.gobiernodecanarias.org/medusa/ecoescuela/recursosdigitales/tag/emociones/>
- González-González, C. (2018). Actualidades en la fisiopatología del trastorno por estrés postraumático (TEPT). *Salud Jalisco*, 1(2), 128-134. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=78942>
- Guerra, C., & Barrera, P. (2017). Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. *Revista de psicología (Santiago)*, 26(2), 16-28. Recuperado de: [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-05812017000200016&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-05812017000200016&script=sci_arttext)
- Gusi, N., Perez-Sousa, M. A., Gozalo-Delgado, M., & Olivares, P. R. (2014, October). Validez y fiabilidad de la versión proxy del EQ-5D-Y en español. In *Anales de Pediatría* (Vol. 81, No. 4, pp. 212-219). Elsevier Doyma. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403313004955>
- Iruarrizaga, I., Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., & González-Ordí, H. (2004). Consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid en víctimas, familiares y allegados. *Ansiedad y Estrés*, 10. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Cano-Vindel/publication/230577103\\_Consecuencias\\_psicopatologicas\\_tras\\_el\\_atentado\\_terrorista\\_del\\_11-M\\_en\\_Madrid\\_en\\_victimas\\_familiares\\_y\\_allegados/links/09e41501955e4865000000/Consecuencias-psicopatologicas-tras-el-atentado-terrorista-del-11-M-en-Madrid-en-victimas-familiares-y-allegados.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Cano-Vindel/publication/230577103_Consecuencias_psicopatologicas_tras_el_atentado_terrorista_del_11-M_en_Madrid_en_victimas_familiares_y_allegados/links/09e41501955e4865000000/Consecuencias-psicopatologicas-tras-el-atentado-terrorista-del-11-M-en-Madrid-en-victimas-familiares-y-allegados.pdf)
- Jarero, I., & Artigas, L. (2021). El Abrazo de la Mariposa Método de Terapia EMDR para la Autoadministración de Estimulación Bilateral. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 11(1). Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Ignacio-Nacho-Jarero/publication/340385520\\_El\\_Abrazo\\_de\\_la\\_Mariposa\\_Metodo\\_de\\_Terapia\\_EMDR\\_para\\_la\\_Autoadministracion\\_de\\_Estimulacion\\_Bilateral/links/6096f57a92851c490fc74e08/El-Abrazo-de-la-Mariposa-Metodo-de-Terapia-EMDR-para-la-Autoadministracion-de-Estimulacion-Bilateral.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ignacio-Nacho-Jarero/publication/340385520_El_Abrazo_de_la_Mariposa_Metodo_de_Terapia_EMDR_para_la_Autoadministracion_de_Estimulacion_Bilateral/links/6096f57a92851c490fc74e08/El-Abrazo-de-la-Mariposa-Metodo-de-Terapia-EMDR-para-la-Autoadministracion-de-Estimulacion-Bilateral.pdf)
- Kanter, B. y Pereda, N. (2020). Victimización Sexual en la Infancia e Intervención Basada en la Evidencia: La Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 197-212. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.313>
- Karadag, M., Gokcen, C., & Sarp, A. S. (2020). EMDR therapy in children and

- adolescents who have post-traumatic stress disorder: a six-week follow-up study. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 24(1), 77–82. <https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1682171>
- Lenz, A. S., Taylor, R., Fleming, M., & Serman, N. (2014). Effectiveness of dialectical behavior therapy for treating eating disorders. *Journal of Counseling & Development*, 92(1), 26-35. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2014.00127.x>
- Meyerson, D. A., Grant, K. E., Carter, J. S., & Kilmer, R. P. (2011). Posttraumatic growth among children and adolescents: A systematic review. *Clinical psychology review*, 31(6), 949-964. doi: 10.1016/j.cpr.2011.06.005
- Morelato, G. (2011). Resiliencia en el maltrato infantil: aportes para la comprensión de factores desde un modelo ecológico. *Revista de psicología (PUCP)*, 29(2), 203-224. Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472011000200001&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472011000200001&script=sci_arttext&tlng=en)
- Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Valiente-Gómez, A., Sio-Eroles, A., Pérez, V., Amann, B. L., & Radua, J. (2017). Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Children and Adolescent with Post-traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Frontiers in psychology*, 8, 1750. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01750>
- Moreno-Manso, J. M., de la Rosa Murillo, M., García-Baamonde, M. <sup>a</sup>. E., Godoy-Merino, M. <sup>a</sup>. J., Lucas-Milán, M. <sup>a</sup>. G., & Guerrero-Molina, M. (2021). Disorders in the executive performance of children suffering abuse. *Child Abuse Review*, 30(3), 239-250. Recuperado de: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/car.2681?casa\\_token=dr-JUjrNWowAAAAA:JNpMZJsCYQm9G8LpZJdpxZxaPIrTYApZPuobAoJ-xHVpXCwCwHsAVXuqBr3O15fr-oSrCmYNyUQQFg](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/car.2681?casa_token=dr-JUjrNWowAAAAA:JNpMZJsCYQm9G8LpZJdpxZxaPIrTYApZPuobAoJ-xHVpXCwCwHsAVXuqBr3O15fr-oSrCmYNyUQQFg)
- Murphy, D., Ross, J., Busuttil, W., Greenberg, N., & Armour, C. (2019). Un análisis de perfiles latentes de los síntomas de TEPT entre los veteranos que buscan tratamiento en el Reino Unido. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1558706. Recuperado de: [https://kclpure.kcl.ac.uk/portal/en/publications/un-analisis-de-perfiles-latentes-de-los-sintomas-de-tept-entre-los-veteranos-que-buscan-tratamiento-en-el-reino-unido\(a81bb532-abd7-4e32-8a81-fde2b6bd52f9\).html](https://kclpure.kcl.ac.uk/portal/en/publications/un-analisis-de-perfiles-latentes-de-los-sintomas-de-tept-entre-los-veteranos-que-buscan-tratamiento-en-el-reino-unido(a81bb532-abd7-4e32-8a81-fde2b6bd52f9).html)
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L., & Piqueras, J. A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 5(2), 115-120. Recuperado de: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989112000237?casa\\_token=P7VaUFksC1cAAAAA:iU9VZNPqOETm8oRGaeq9-b8zcvBkxobaIlcqIqMvC9BBzp7suHM6VPGKk7lnx1Mw3j9\\_051YAw](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989112000237?casa_token=P7VaUFksC1cAAAAA:iU9VZNPqOETm8oRGaeq9-b8zcvBkxobaIlcqIqMvC9BBzp7suHM6VPGKk7lnx1Mw3j9_051YAw)
- Paris, J. Effectiveness of Different Psychotherapy Approaches in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep* 12, 56–60 (2010). <https://doi.org/10.1007/s11920-009-0083-0>
- Perepletchikova, F., Axelrod, S. R., Kaufman, J., Rounsaville, B. J., Douglas-Palumberi, H., & Miller, A. L. (2011). Adapting Dialectical Behaviour Therapy for children: Towards a new research agenda for paediatric suicidal and non-suicidal self-injurious behaviours. *Child and adolescent mental health*, 16(2), 116-121. Recuperado de: [https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1475-3588.2010.00583.x?casa\\_token=9ZFuuuIKpWAAAAA:rkXCueE6732GYvYo](https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1475-3588.2010.00583.x?casa_token=9ZFuuuIKpWAAAAA:rkXCueE6732GYvYo)

- 2MM2kRK0f0dgrYSi12TEB7IGTW\_XDVOYeXtmoMCJJutIcdjja5cuqjxu0MgWVQ
- Perepletchikova, F., Nathanson, D., Axelrod, S. R., Merrill, C., Walker, A., Grossman, M., ... & Walkup, J. (2017). Randomized clinical trial of dialectical behavior therapy for preadolescent children with disruptive mood dysregulation disorder: Feasibility and outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(10), 832-840. Recuperado de: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856717311590?casa\\_to ken=Tx\\_mRR4H0KoAAAAA:\\_gvu3PGlnFa0XRP8O\\_yYT1MyMck7RGsRTlu F5nVTfL4y9mqKtEO2qJA5Z-i04GJem3EbJPJxeg](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856717311590?casa_to ken=Tx_mRR4H0KoAAAAA:_gvu3PGlnFa0XRP8O_yYT1MyMck7RGsRTlu F5nVTfL4y9mqKtEO2qJA5Z-i04GJem3EbJPJxeg)
- Rojas Perez, O. F., Sanchez, S. E., Cruz, V., Sánchez, E., Levey, E., & Gelaye, B. (2022). Comparative Performance of the Resilience Inventory (IRES) and Resilience Scale-14 (RS-14) Spanish Versions Among Postpartum Adolescent Mothers. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 15(4), 1069-1080. Recuperado de: [https://idp.springer.com/authorize/casa?redirect\\_uri=https://link.springer.com/article/10.1007/s40653-022-00458-1&casa\\_token=TroGHOTQWb0AAAAA:15fPkYpBBpGW9IZ4bHPT-4GwGWNARhqBwVPGyPx2rmYTjikrbf8x7Kd38HbP\\_WlbM5U-efAILcSGaj3](https://idp.springer.com/authorize/casa?redirect_uri=https://link.springer.com/article/10.1007/s40653-022-00458-1&casa_token=TroGHOTQWb0AAAAA:15fPkYpBBpGW9IZ4bHPT-4GwGWNARhqBwVPGyPx2rmYTjikrbf8x7Kd38HbP_WlbM5U-efAILcSGaj3)
- Sánchez-Teruel, D., & Robles-Bello, M. A. (2015). Escala de resiliencia 14 ítems (RS-14): propiedades psicométricas de la versión en español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(40), 103-113. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645432011.pdf>
- Steil, R., Dyer, A., Priebe, K., Kleindienst, N., & Bohus, M. (2011). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: a pilot study of an intensive residential treatment program. *Journal of traumatic stress*, 24(1), 102-106. <https://doi.org/10.1002/jts.20617>
- Smith, K. E., & Pollak, S. D. (2020). Early life stress and development: potential mechanisms for adverse outcomes. *Journal of neurodevelopmental disorders*, 12(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s11689-020-09337-y>
- Smith, P., Yule, W., Perrin, S., Tranah, T., Dalgleish, T., & Clark, D. M. (2007). Cognitive-behavioral therapy for PTSD in children and adolescents: a preliminary randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(8), 1051–1061. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318067e288>
- Van der Kolk, B. A. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma* (C. González-Carvajal Santabárbara, Trad.). Barcelona, España: Kairós.
- Vega, I. D. L., & Sánchez Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción psicológica*, 10(1), 45-56.
- Wilson, G., Farrell, D., Barron, I., Hutchins, J., Whybrow, D., & Kiernan, M. D. (2018). The Use of Eye-Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) Therapy in Treating Post-traumatic Stress Disorder-A Systematic Narrative Review. *Frontiers in psychology*, 9, 923. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00923>

## Anexo A: Consentimiento informado para menores de edad

### Consentimiento informado

Yo.....con DNI ..... , siendo padre/madre, tutor o representante legal de ..... con DNI .....entiendo y acepto libre y voluntariamente participar al mencionado menor en el presente programa de intervención y manifiesto que se me ha proporcionado la información pertinente sobre esta. A consecuencia acepto y autorizo participar en un proceso de intervención psicológica a cargo de .....con número de colegiado ..... Teniendo en cuenta los siguientes puntos:

- He comprendido el propósito de la presente intervención.
- He recibido información acerca de la intervención psicológica.
- He tenido la oportunidad de realizar preguntas y discutir mis preocupaciones.
- Entiendo que mi consentimiento puede ser anulado antes de iniciar el proceso de intervención.
- Entiendo que el proceso de intervención requiere de mi disposición para el desarrollo de este.

Por tanto, declaro estar debidamente informada y doy mi consentimiento para la realización de la intervención psicológica en las condiciones acordadas.

En..... , a.....de.....de.....

Firma del paciente: Firma del psicólogo:



## Anexo B: Tabla 1.1

### Escala PTSS-C

1. ¿Has tenido pensamientos o imágenes molestas acerca de lo que te pasó y que vienen a tu mente, aunque tú no hayas querido recordarlas?
2. ¿Has tenido sueños malos o pesadillas?
3. ¿Has tenido la sensación como si lo que te pasó estuviera ocurriendo de nuevo, como si estuvieras ahí otra vez? (por ejemplo, al escuchar o ver algo que te recuerde lo que a ti te pasó)
4. ¿Te has sentido mal cuando piensas acerca de lo que te pasó o cuando escuchas hablar acerca de lo que te pasó? (por ejemplo, sintiéndote asustado, enojado, triste, culpable, con miedo, etc.).
5. ¿Has tenido sensaciones en tu cuerpo cuando piensas o escuchas acerca de lo que te pasó? (por ejemplo, transpirando repentinamente o latiéndote muy rápido el corazón).
6. ¿Haces esfuerzos para no pensar, no hablar o de no tener sentimientos acerca de lo que te pasó?
7. ¿Has tratado de evitar actividades, personas o lugares que te recuerden lo que te pasó?
8. ¿Has olvidado una parte importante de lo que te pasó?
9. ¿Has tenido muy pocas ganas de hacer cosas que antes acostumbrabas a hacer?
10. ¿Has tenido dificultades para sentirte cercano(a) a tus seres queridos?
11. ¿Te cuesta mucho tener sentimientos fuertes? (por ejemplo, te cuesta mucho llorar o sentirte feliz).
12. ¿Has sentido que tus planes futuros o tus esperanzas no se harán realidad? (por ejemplo, has sentido que no terminarás la escuela, que no te casarás o que no tendrás hijos).
13. ¿Has tenido problemas para quedarte dormido(a) o para permanecer dormido(a) en la noche?
14. ¿Te enojas más fácilmente que antes de vivir lo que te pasó?
15. ¿Has tenido dificultades para concentrarte? (por ejemplo, perdiendo el hilo de una historia en la televisión, olvidando lo que lees, no poniendo atención en clases).
16. ¿Has estado demasiado vigilante? (por ejemplo, estás muy atento(a) de que personas están a tu alrededor).
17. ¿Te asustas más fácilmente que antes? (por ejemplo, cuando alguien se acerca por detrás de ti).

El tipo de respuesta es tipo Likert con puntuaciones entre 0 y 3 (0=Nunca o solo una vez, 1= De vez en cuando, 2= La mitad del tiempo, 3= Casi siempre)

**Anexo C: Tabla 1.2***Escala DERS*

1-Tengo claro lo que siento (tristeza, enfado, alegría...)
2-Pongo atención a cómo me siento
3-Vivo mis emociones como agobiantes y fuera de control
4-No tengo ni idea de cómo me siento
5-Me cuesta entender mis sentimientos
6-Estoy atento a mis sentimientos
7-Sé exactamente cómo me estoy sintiendo
8-Le doy importancia a lo que estoy sintiendo
9-Estoy confuso sobre lo que siento
10-Cuando estoy molesto, sé reconocer cuáles son mis emociones (rabia, decepción)
11-Cuando estoy molesto, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera
12-Cuando estoy molesto, me da vergüenza sentirme de esa manera
13-Cuando estoy molesto, me cuesta terminar el trabajo
14-Cuando estoy molesto, pierdo el control
15-Cuando estoy molesto, creo que estaré así durante mucho tiempo
16-Cuando estoy molesto, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido
17-Cuando estoy molesto, creo que ese sentimiento es lo adecuado y que es importante
18-Cuando estoy molesto, me cuesta centrarme en otras cosas
19-Cuando estoy molesto, me siento fuera de control
20-Cuando estoy molesto, puedo conseguir hacer cosas igualmente
21-Cuando estoy molesto, me siento avergonzado de mí mismo por sentirme de esa manera
22-Cuando estoy molesto, sé que puedo encontrar alguna forma para conseguir finalmente sentirme mejor
23-Cuando estoy molesto, me siento como si fuera una

persona débil
24-Cuando estoy molesto, creo que puedo controlar mi comportamiento
25-Cuando estoy molesto, me siento culpable por sentirme de esta manera
26-Cuando estoy molesto, me cuesta controlar mi comportamiento
27-Cuando estoy molesto, creo que no hay nada que pueda hacer para conseguir sentirme mejor
28-Cuando estoy molesto, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera
29-Cuando estoy molesto, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo
30-Cuando estoy molesto, creo que recrearme en ello es todo lo que puedo hacer (como si disfrutase de ese malestar y no pensara en ponerle fin)
31-Cuando estoy molesto, pierdo el control sobre mi comportamiento
32-Cuando estoy molesto, me cuesta pensar sobre cualquier otra cosa
33-Cuando estoy molesto, me doy un tiempo para comprender lo que estoy sintiendo realmente
34-Cuando estoy molesto, tardo mucho tiempo en sentirme mejor
35-Cuando estoy molesto, mis emociones parecen desbordantes (escapan de mis manos)
36-Cuando estoy molesto, me cuesta concentrarme

Respuesta tipo Likert de 1 a 5 (1=Casi nunca, 2=Algunas veces, 3=La mitad de las veces, 4= La mayoría de las veces, 5= Casi siempre)

### Anexo D: Tabla 1.3

#### *Cuestionario EQ-5D-Y*

<u>Sensación global de salud</u> Seleccionar de 0 a 100
<u>Movilidad</u> Existencia de problemas de movilidad
<u>Autocuidado</u> Problemas al ejercer labores de autocuidado (lavarse, vestirse...)
<u>Actividades del día a día</u> Problemas al hacer las actividades del día a día
<u>Dolor o discomfort</u> Sensación de dolor o discomfort
<u>Emocionalidad disfórica</u> Sensación de tristeza, preocupación, ira etc.

Para cada ítem se ofrece un nivel de dificultad y de existencia de problemas según 3 niveles de respuesta (Nivel 1= ningún problema, Nivel 2= algunos problemas, Nivel 3= muchos problemas) además de que se ofrece una puntuación de 0 a 100 en la sensación de salud global

## Anexo E: Tabla 1.4

### *Escala de Resiliencia de 14-Item (ER-14)*

<b>Haga un círculo en la respuesta adecuada</b>
1. Normalmente, me las arreglo de una manera u otra
2. Me siento orgulloso de las cosas que he conseguido
3. En general, me tomo las cosas con calma
4. Tengo buena autoestima
5. Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez
6. Soy resuelto y decidido
7. No me asusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado
8. Soy una persona disciplinada
9. Pongo interés en las cosas
10. Puedo encontrar, generalmente, algo sobre lo que reírme
11. La seguridad en mí mismo me ayuda en momentos difíciles
12. En una emergencia, soy alguien en quien la gente puede confiar
13. Mi vida tiene sentido
14. Cuando estoy en una situación difícil, por lo general puedo encontrar una salida

Para cada pregunta se ofrece una escala de respuesta que oscila entre el 1 (totalmente en desacuerdo) hasta el 7 (totalmente de acuerdo)

## Anexo F: Satisfacción con el tratamiento

Una vez finalizado el entrenamiento en regulación emocional recibido en el MPGS, nos gustaría saber tu opinión sobre el entrenamiento. Por favor, contesta a las siguientes preguntas:

1. ¿En qué medida te ha parecido lógico este entrenamiento?

Nada-0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10-Muchísimo

2. ¿En qué medida te has sentido satisfecho/a con el entrenamiento recibido?

Nada-0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10-Muchísimo

3. ¿En qué medida le recomendarías este entrenamiento a un amigo o familiar?

Nada-0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10-Muchísimo

4. ¿En qué medida crees que este entrenamiento podría ser útil para la práctica de habilidades de regulación emocional?

Nada-0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10-Muchísimo

5. ¿En qué medida crees que el entrenamiento ha sido útil en tu caso?

Nada-0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10-Muchísimo

6. ¿En qué medida el entrenamiento te ha resultado aversivo?

Nada-0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10-Muchísimo

7. ¿Cuál o cuáles han sido los aspectos del entrenamiento que más te han ayudado?

8. ¿De qué forma crees que podría mejorarse el entrenamiento

## Anexo G: Quiz de conocimiento emocional

1. ¿Qué concepto es sinónimo de falta de interés?  
Respuestas: ~~Acometividad~~-~~Vacilante~~-~~Desidia~~
2. ¿Qué emoción representa amor incondicional?  
Respuestas: ~~Expectación~~-~~Ágape~~-~~Vigor~~
3. Sensación de cautivar los sentidos  
Respuestas: ~~Vesania~~-~~Ultrajado~~-~~Embeleso~~
4. Estado emocional caracterizado por la fuerza del equilibrio interior  
Respuestas: ~~Mansedumbre~~-~~Alivez~~-~~Exultación~~
5. Acciones realizadas para beneficiar a otras personas  
Respuestas: ~~Prosociabilidad~~-~~Sociabilidad~~-~~Desdén~~
6. Término que significa pena o disgusto  
Respuestas: ~~Tribulación~~- ~~Sofoco~~- ~~Distrés~~

Nota: para cada pregunta se ofrecen tres respuestas posibles. Las señaladas en rojo son las incorrectas y las señaladas en verde las correctas

## **Anexo H: Instrucciones para la aplicación del Abrazo de la Mariposa.**

En primer lugar, se deben cruzar los brazos sobre el pecho. El dedo corazón de cada mano debe de quedar bajo la clavícula correspondiente, junto con el resto de los dedos y la mano. Las manos deben quedar lo más verticales posible, es decir, que apunten hacia los hombros y no hacia los brazos.

Una vez realizado esto, se ejecuta la forma de la mariposa, entrelazando los dedos pulgares (que forman las antenas) y dejando que el resto de las manos formen las alas. Se cierran los ojos, totalmente o casi totalmente. Seguidamente, se mueven las manos alternativamente, realizando suaves golpes en el pecho. De esta manera se está emulando el aleteo de una mariposa. Es importante combinar esto con una respiración abdominal profunda.

De esta manera, se intentan reprocesar sentimientos o pensamientos perturbadores que acudan a la mente de la persona. Se intercalan varios descansos entre series, en los que se aplican técnicas de relajación