



Trabajo Fin de Grado

Programa de Intervención para el Trastorno de Estrés
Postraumático derivado del abuso sexual en la
infancia

Intervention Program for Post-Traumatic Stress
Disorder resulting from childhood sexual abuse

Autora
Ana Pilar López Salueña
Directora
Vanesa Hidalgo Calvo

Grado en Psicología
2024



Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel
Universidad Zaragoza

Resumen

Una de las consecuencias más características del abuso sexual en la infancia es el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Este se caracteriza por el bloqueo emocional, la reexperimentación del suceso traumático y la hipervigilancia sobre el entorno. Por ello, esta propuesta de intervención tiene un enfoque cognitivo-conductual, ya que como demuestra la literatura es uno de los enfoques más eficaces para tratar este trastorno esta propuesta se apoya en la teoría de Ehlers y Clarcks. Con esta propuesta de intervención dirigida a menores de ambos sexos de 11 a 16 años, se consigue disminuir la sintomatología del TEPT, además de proporcionar información para que los/as jóvenes puedan identificar qué conductas corresponden a un abuso y reparar su autoconcepto

Palabras Clave: Abuso sexual infantil, Trastorno de Estrés postraumático, Terapia Cognitivo-Conductual

Abstract

One of the most characteristic consequences of childhood sexual abuse is Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), which is characterised by emotional blockage, re-experiencing the traumatic event, and hypervigilance about the environment. Therefore, this intervention proposal is carried out with a cognitive-behavioural approach, since, as the literature shows, it is one of the most effective approaches to treat this disorder, and is based on the Ehlers and Clarcks theory. This intervention proposal is aimed at children of both sexes aged 11 to 16, it is possible to reduce the symptoms of PTSD, as well as providing information so that they can identify which behaviours correspond to abuse and repair their self-concept

Keywords: Child Sexual Abuse, Post Traumatic Stress Disorder, Cognitive-Behavioural Therapy

Introducción y fundamentación.

El abuso sexual infantil (ASI) ha adquirido especial importancia en la sociedad actual, pasando de 273 casos en 2008 a 1.093 en 2020, lo que refleja un aumento de aproximadamente cuatro veces más de estas conductas (Martínez, 2023).

Se entiende como ASI las actividades sexuales dirigidas a un menor en las que se utiliza la fuerza o la amenaza de usarla, con independencia de la edad de los participantes; además del contacto sexual entre un adulto y un menor, en la que haya engaño o que el menor comprenda la naturaleza sexual de las actividades (Cantón y Cortés, 2003).

La Ley Orgánica 10/2022, también conocida como “Ley Solo Sí es Sí”, elimina el abuso sexual equiparándolo a agresión sexual, entendiendo esta como todas las conductas que atenten contra la libertad sexual sin el consentimiento de la otra persona (Ley Orgánica 10/2022).

Asimismo, la Ley Orgánica 4/2023 establece que cualquier persona que cometa actos de naturaleza sexual con un menor de dieciséis años será condenada a una pena de prisión de dos a seis años (Ley Orgánica 4/2023).

La Fundación ANAR ha analizado los datos desde 2019 hasta 2023 en cuanto a la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes. En el primer semestre de 2019 se notificaron 349 casos de abusos mientras que en el primer semestre de 2023 se denunciaron 510, lo que evidencia un aumento del 46,1% de los casos (ANAR, 2023).

En cuanto a la diferencia de género entre las víctimas, la proporción en niñas ha aumentado en 5 puntos, pasando de 78,1% en 2019 a 83,1% en el primer semestre de 2023. Por otro lado, en los niños víctimas de violencia sexual esta diferencia ha disminuido 5 puntos, descendiendo de 21,9% en 2019 a 16,8% en el primer semestre de 2023 (ANAR, 2023). Para explicar esta diferencia, se ha sugerido que, efectivamente, puede ser que las

niñas sufran más abusos sexuales que los niños, o bien que estos lo oculten más. En relación con esto último, se han propuesto algunos factores que puedan favorecer el encubrimiento del abuso sexual en varones, como la represión del recuerdo del abuso, miedo al estigma social por el doble tabú (ser catalogado como homosexual o afeminado) y no contemplar estas acciones como abuso, favoreciendo a que se piense que estos hechos son parte del proceso habitual de socialización (Cantón y Cortes, 2003).

Con relación al parentesco entre el perpetrador y la víctima, se estima que un 63,9% de los agresores pertenecen al seno familiar del/la menor, de los cuales el 56,3% son sus padres o padrastros, un 9,9% es el tío de la víctima y un 9,6% el hermano/a (ANAR, 2023). Finalmente, acerca de la edad del/la menor, una investigación realizada por Save The Children sobre las sentencias valoró que un 44,7% de los abusos ocurren entre los 13 y 16 años, sin embargo, la edad promedio en la que los/las menores comienzan a sufrir abuso es a los 11 años y medio (Save The Children, 2021).

Las consecuencias psicológicas que acompañan al ASI son de una considerable gravedad, además de que estas permanecen por un largo periodo de tiempo. Entre estas nos encontramos con: (I) los síntomas postraumáticos, como los signos de reexperimentación, embotamiento, sobreexcitación o sobresalto; (II) efectos emocionales como la depresión, ansiedad, ideas autolíticas, miedo o ira; (III) la autopercepción negativa del menor, además de la baja autoestima, vergüenza o culpa; (IV) los efectos físicos entre los cuales se encuentran efectos tanto fisiológicos como neurológicos; (V) los efectos sexuales que pueden oscilar desde la aversión a la actividad sexual a la adicción de la misma; (VI) el deterioro de las relaciones interpersonales y el funcionamiento social, como la dificultad para confiar o establecer relaciones con adultos; y, por último (VII) los efectos sociales, así como el aislamiento social o comportamientos antisociales (Baixauli Gallego, 2013).

A pesar de que no existe una relación causal entre el ASI y la psicopatología, el hecho de haber sufrido este abuso sí es un factor de riesgo relevante para el desarrollo de diversos trastornos psiquiátricos, psicológicos y sociales. El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es una de las secuelas más significativas del ASI, con una prevalencia del 73,2% entre las víctimas. El momento de inicio y duración del abuso están relacionados con el nivel de sintomatología postraumática que experimentan las víctimas de ASI. Este trastorno se asocia con una baja autoestima y una menor satisfacción con la vida, lo que aumenta la probabilidad de que las personas que lo sufren desarrollen ideación suicida y realicen intentos autolíticos (Real-López et al., 2023).

Según la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-11), el TEPT es un trastorno que suele aparecer tras la exposición a un evento o serie de eventos potencialmente amenazantes y horribles. Se caracteriza por: (I) la reexperimentación del evento traumático en el presente en forma de vívidos recuerdos intrusivos, flashbacks o pesadillas; (II) evitar pensamientos, recuerdos y situaciones que estén asociadas al evento, así como evitar actividades o personas que lo recuerden; y (III) percepciones presentes de una amenaza actual, que desembocan en una hipervigilancia o reacciones de sobresalto ante determinados estímulos (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Los síntomas más comunes en menores que han desarrollado TEPT debido al ASI comprenden el malestar psicológico intenso al recordar algún aspecto relacionado con el abuso (38,7%), evitar pensamientos, sentimientos o dialogar acerca del suceso (36%), irritabilidad, insomnio y respuestas de sobresalto (30,7%) (Rincón et al., 2010). Asimismo, se ha comprobado que los/las menores víctimas de ASI y diagnosticados de TEPT, presentan un alto nivel de síntomas depresivos (López-Soler et al., 2012).

Tras una revisión de los programas de intervención previos en TEPT para menores se aprecia que, la terapia de Reprocesamiento y Desensibilización a través del Movimiento Ocular (EMDR, de sus siglas en inglés), mostró mejorías significativas en la reducción de la sintomatología de TEPT. Sin embargo, las intervenciones realizadas fueron en un tamaño muestral reducido y muchas intervenciones carecían de una medida postratamiento, lo que dificulta establecer que dichas mejorías se mantengan a lo largo del tiempo (Maxfield y Hyer, 2002). Por último, hay que destacar que la terapia basada en EMDR es relativamente reciente, lo que repercute en la existencia de escasos artículos que pongan en práctica estos tratamientos mostrando las mediciones pretest y posttest corroborando los efectos positivos y negativos que pueden llevarse a cabo (Saá, 2020).

Las terapias grupales son las que menos resultados positivos obtienen en comparación con otras formas de intervención. Esto se debe a que cada sujeto tiene necesidades distintas pues ha experimentado sucesos y situaciones diferentes ya que se deben tener en cuenta factores como el tipo de abuso sexual sufrido, la relación con el agresor, la respuesta que se dio por parte del medio, etc. (Saá, 2020).

La Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma (TCC-FT) ha demostrado ser considerablemente eficaz en la disminución de la sintomatología de TEPT. Sin embargo, esta terapia presenta algunas limitaciones que es necesario mencionar (Prieto, 2015). La aplicación de la TCC-FT tiene como condición que el menor haya sido expuesto al evento traumático y lo recuerde. Por ello, esta terapia no es adecuada para niños muy pequeños o en caso de abusos, que no han sido reconocidos por el menor, debido a que este no los ha podido identificar (Prieto, 2015).

Además, la TCC-FT se desaconseja en casos donde los jóvenes presenten ideación suicida, un síntoma comórbido con el TEPT, debido a que ciertas partes de esta terapia pueden activar esta ideación o en situaciones en las que los menores presenten graves problemas de conducta. Por último, esta terapia no es adecuada para niños/as en edad preescolar, ya que la intervención puede superar las capacidades de desarrollo de esta población (Prieto, 2015).

La Psicoterapia Diádica del Desarrollo (DDP) basada en las relaciones de apego donde los padres ejercen el rol de coterapeutas ha demostrado eficacia en situaciones en las que no ha habido un abuso intrafamiliar. Sin embargo, en casos en los que los menores han sufrido abuso por parte de los progenitores esta terapia es inviable (López-Soler et al., 2011).

Las nuevas tecnologías como la Realidad Virtual (RV) son un sustituto eficaz a las terapias tradicionales para el tratamiento del TEPT. Estas tecnologías se apoyan en la creación de un escenario realista donde se puede controlar la presentación de estímulos temidos o situaciones traumáticas que se presentan, generando un ambiente seguro y protector que facilita la recuperación de los pacientes. A pesar de esto, estas tecnologías presentan algunas limitaciones, una de ellas es que el escenario es el mismo para todos los pacientes, lo que limita su flexibilidad y adaptabilidad a cada paciente (López-Soler et al., 2011). Además, debido a su reciente desarrollo, las investigaciones suelen tener un escaso tamaño muestral, y carecen de medidas de seguimiento que permitan verificar la mejoría lograda, así como de grupos de control para establecer una comparación (Alcántara et al., 2017).

La importancia de la problemática del abuso sexual y las limitaciones que presentan los programas de intervención en TEPT actuales promueven esta propuesta de programa de intervención, cuyo objetivo principal es la mejora del bienestar y calidad de vida de las víctimas de este, así como la disminución de la sintomatología del TEPT en niños y adolescentes, que hayan experimentado algún suceso de ASI. Asimismo, pueden beneficiarse del mismo otros colectivos, como los familiares de los afectados o las instituciones educativas, así como la sociedad en general, ya que con esta propuesta de programa se pretende dar pautas para identificar el ASI, así como visibilizar la problemática en la sociedad actual.

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente Trabajo Fin de Grado plantea una propuesta de programa de intervención para niños que han sufrido ASI. Los treinta participantes que formarán parte del programa serán seleccionados a través de centros privados de psicología especializados en sexualidad. Los participantes rellenarán una batería de cuestionarios antes y después de la aplicación del programa de intervención, que valorará el nivel de sintomatología del TEPT y el autoconcepto, con el fin de obtener una medición pretest y posttest para poder evaluar la eficacia del programa.

Tras la aplicación del programa se espera que los participantes experimenten una mejora en la sintomatología del TEPT, así como mayor autoconcepto. Asimismo, se estará cumpliendo el objetivo principal del programa, la mejora en la calidad de vida y en el bienestar, apoyándoles a superar un suceso traumático, como es el sufrir ASI. Esta propuesta de programa de intervención puede ayudar a que los familiares de las víctimas en particular y la sociedad en general, cuenten con las herramientas necesarias para poder actuar tras un caso de ASI.

Objetivos

El objetivo principal de este programa es ayudar a que los menores que han sufrido abuso sexual y, como consecuencia han desarrollado TEPT, puedan mejorar su bienestar físico y psicológico proporcionándoles herramientas que les permita superar el trauma, promoviendo una adaptación a su nueva realidad. Para ello, el programa se apoyará en la Teoría Cognitiva de Ehlers y Clarck (2000) para abordar la evaluación que hace el sujeto sobre el propio evento traumático, cómo este se almacena en la memoria y la relación entre esta y el trauma (Guzmán Sescosse et al., 2014). Este programa tendrá dos vertientes: por un lado, se trabajará sobre la sintomatología del TEPT, y por otro lado, dedicaremos unas sesiones al ASI.

Los objetivos específicos con relación al TEPT son:

- Eliminar o reducir la posible reexperimentación de la situación de abuso, así como las emociones negativas asociadas al evento traumático.
- Facilitar la eliminación de ese bloqueo para permitir la evocación del recuerdo y su integración en la memoria.
- Reducir la hipervigilancia sobre el entorno e instaurar técnicas de relajación.
- Instaurar técnicas adaptativas para hacer frente al suceso traumático.

Los objetivos específicos con relación al ASI son:

- Instaurar en el/la menor psicoeducación sexual para que pueda reconocer qué prácticas no son adecuadas.
- Reestablecer la confianza en los adultos de su entorno, reduciendo el aislamiento social.

- Mejorar la percepción que tiene de sí mismo/-a aumentando así su autoestima.

Beneficiarios

Este programa está dirigido a menores de entre 11 y 16 años, ya que, como se ha comentado anteriormente, esta es la edad promedio en la que se suelen dar los abusos, de ambos sexos que hayan sido víctimas de ASI y que, como consecuencia, hayan desarrollado TEPT. Además, se espera que otros colectivos también puedan beneficiarse de este programa. En primer lugar, se pretende otorgar los familiares de las víctimas las herramientas necesarias para comprender este trastorno y saber cómo actuar al respecto. Asimismo, se espera que las instituciones educativas puedan, a través de este programa, detectar a menores que presenten síntomas de TEPT, así como identificar las manifestaciones de ASI. Finalmente, se espera que este programa tenga un impacto positivo en la sociedad, al erradicar las conductas desadaptativas en los participantes y promoviendo un entorno más saludable. Además se fomentará que los menores vuelvan a confiar en los adultos, mejorando así sus relaciones sociales y familiares.

Metodología

Participantes

En esta propuesta participarán treinta menores de ambos sexos con edades desde los 11 hasta los 16 años, seleccionados de varios centros de psicología privados especializados en sexualidad y trauma. A los participantes se les aplicará una serie de cuestionarios para evaluar su nivel de sintomatología de TEPT y autoestima. Posteriormente, serán divididos en dos grupos. El grupo experimental formado por quince menores de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 11 y los 16 años, que presenten TEPT debido al ASI. Se les

aplicará el programa descrito en este proyecto. Y el grupo control compuesto por quince menores de ambos sexos, con edades entre 11 y 16 años, que presentan TEPT debido a ASI. A este grupo no se les aplicará ningún programa, lo que permitirá comparar de manera precisa los resultados de la intervención.

Instrumentos

A los treinta participantes se les administrará la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (CPSS) (ANEXO 1). Esta prueba está diseñada para evaluar el TEPT en menores de 8 a los 18 años y se basa en los criterios diagnósticos del DMS-IV. La CPSS consta de 17 ítems organizados en tres subescalas: reexperimentación (5 ítems), evitación (7 ítems), y aumento de la activación (5 ítems), con una escala de respuesta tipo Likert (Bustos et al., 2009).

Además, se aplicará el Cuestionario de Autoconcepto Forma – 5 (AF-5) (ANEXO 2) para evaluar el autoconcepto y autoestima de los/las participantes. Esta prueba es adecuada a partir de los 10 años hasta la edad adulta. Consta de 30 ítems y tiene un tiempo de evaluación de entre 10 y 15 minutos. El AF-5 evalúa el autoconcepto en cinco dimensiones: social, académica, emocional, familiar y física (García y Musitu, 2023).

Procedimiento

La selección de participantes se realizará en centros especializados en trauma y sexualidad. Se informará del programa tanto a los trabajadores como a los pacientes y podrán inscribirse si cumplen con los criterios de selección: tener entre 11 y 16 años, haber experimentado ASI y desarrollado TEPT como consecuencia. Se elegirán treinta participantes, que serán divididos aleatoriamente en dos grupos: experimental y control.

Todos completarán la batería de cuestionarios antes y después del programa, obteniendo una puntuación pre y postest. El grupo experimental recibirá el programa, y si los resultados son beneficiosos, el programa se aplicará al grupo control después del tratamiento de los datos.

Sesiones

La estructura del programa se divide en once sesiones de una hora cada una, con una sesión semanal, con lo que su duración sería de once horas repartidas en once semanas. En la Tabla 1 se muestra la estructura de las sesiones, de sus temas y contenidos.

Tabla 1.
Cronograma de las sesiones.

<i>Sesiones</i>	<i>Tema</i>	<i>Contenidos</i>
1º Sesión	Presentación	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación a familiares sobre el TEPT y el propósito del programa. - Establecer un vínculo terapéutico
2º Sesión	Las emociones negativas	<ul style="list-style-type: none"> - El menor debe comprender que la responsabilidad recae en el adulto y diferenciar cuando sí es culpable
3ª y 4ª Sesión	Represión del recuerdo	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación sobre la conducta de evitación. - Creación de una historia del abuso - Procesamiento del evento traumático.
5ª sesión	Reexperimentación	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición al evento - Integración cognitiva y emocional del suceso.

6ª Sesión	Hipervigilancia	- Enseñar técnicas de relajación y desconexión de estímulos traumáticos.
7ª Sesión	Conductas desadaptativas	- Prevención de conductas desadaptativas - Ejercitar la toma de decisiones y el establecimiento de metas
8ª Sesión	Psicoeducación sexual	- Reconocer en qué casos se da ASI
9ª Sesión	Autoconcepto	- Psicoeducación sobre autoestima - Desarrollo de habilidades de autoconocimiento
10ª Sesión	Volver a confiar en los adultos	- Reforzar la importancia de confiar en los adultos y en una red de apoyo confiable
11ª Sesión	Cierre	- Resumen y conclusiones de los temas abordados - Evaluación final

Sesión 1. Presentación

Esta sesión se dividirá en dos partes. La primera consistirá en psicoeducación para concienciar a los familiares de los/las menores sobre el TEPT, familiarizándolos con la sintomatología y explicando el procedimiento y propósito del programa.

La segunda parte se llevará a cabo con los menores, donde se presentarán los profesionales y se trabajará en establecer un vínculo terapéutico sólido.

Sesión 2. Las emociones negativas

Según la Teoría de Ehlers y Clarck, las víctimas evalúan las secuelas lo que implica reflexionar sobre cómo uno se sintió y/o actuó durante el evento. Algunos individuos con

TEPT pueden interpretar su comportamiento como un indicativo de que son responsables de lo sucedido (Guzmán Sescosse et al., 2014).

El objetivo de la sesión es que el/la menor comprenda que el único responsable de lo sucedido es el agresor. Esto se puede conseguir mediante la discusión racional, la exposición a ejemplos o relatos representativos del evento que sufrió (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011). Para ello administraremos el cuento “Estela grita muy fuerte” de Isabel Olid (ANEXO 3), y posteriormente, se debatirá con el/la menor quién es el responsable de la situación que ha vivido Estela.

Para consolidar este objetivo, terminaremos la sesión con unos relatos (ANEXO 4), para que los participantes puedan diferenciar las situaciones en las que son realmente culpables de otras en las que no lo son (Fernández et al., 2011).

Sesiones 3 y 4. Represión del recuerdo.

Como postulan los autores Ehlers y Clarck, las personas con TEPT experimentan cierta dificultad para recordar completamente los detalles del evento traumático, lo que provoca recuerdos fragmentados, desorganizados y con dificultades para establecer una secuencia temporal. A esto se le conoce como represión del recuerdo (Guzmán Sescosse et al., 2014)

En esta sesión que se dividirá en dos partes debido a su complejidad, el objetivo es que los menores puedan establecer un recuerdo organizado del hecho traumático para poder integrarlo

En la primera sesión se proporcionará psicoeducación sobre la conducta de evitación (ANEXO 5) para que los/ las menores puedan entender el por qué su cerebro reacciona de la manera en la que lo hace.

En la siguiente sesión, el terapeuta y el/la niño/a trabajarán juntos para crear una historia que cuente lo que el menor ha experimentado. El objetivo es que proceso gradualmente los eventos traumáticos a medida que los va narrando (Gissi, 2021).

Una vez seleccionados los nombres de los capítulos, el terapeuta y el/la menor establecen un orden jerárquico que va desde los eventos menos hasta los más angustiosos. Luego, ambos escriben los capítulos en este orden, detallando cada uno de los sucesos. Finalmente el/la niño/a decide el orden en el que deben ir los capítulos para formar la historia tal y como sucedió (Gissi, 2021).

En casos de niños/-as muy pequeño/-as o con bloqueo emocional se realizará juego terapéutico a través del juego. El terapeuta acompaña a los/las niños/-as en la asimilación y procesamiento de experiencias traumáticas para fomentar un sentido de sí mismo/-a coherente y el desarrollo de un proyecto liberador. Los/-as menores suelen expresar de manera natural las experiencias traumáticas a través del juego, el cual les brinda la oportunidad de crear una historia simbólica o narrativa. De esta manera, pueden construir una narrativa coherente y adaptable del pasado en el presente, sin experimentar las sensaciones sensoriales y fisiológicas asociadas originalmente (Fuentes, 2013).

Para ello se pondrá en práctica la técnica de la caja de arena, utilizando una caja azul llena de arena y una variedad de miniaturas de diferentes categorías, se fomenta la expresión y el procesamiento emocional de manera no directiva. El objetivo es que el/la menor pueda expresar sus emociones, y con ello eliminar el desbloqueo emocional

visibilizando el conflicto. De esta forma, se facilita la integración de aspectos fragmentados (Fernández, 2023).

Sesión 5. Reexperimentación.

Ehlers y Clarck definieron las características de la reexperimentación como impresiones sensoriales que son experimentadas como si sucediesen en el presente y no como memorias del pasado, cuyas emociones asociadas son reexperimentadas con información contradictorias o incluso sabiendo que no son reales (Guzmán Sescosse et al., 2014).

Para tratar este síntoma se usará la terapia de exposición, que tiene como objetivo la integración cognitiva y emocional del evento traumático. El terapeuta guía al paciente para enfrentar los recuerdos traumáticos en un entorno seguro, lo que ayuda a disminuir la ansiedad. Esta estrategia pretende que el individuo pueda organizar los recuerdos y darles un lugar adecuado en su mente permitiéndole controlarlos en lugar de que estos le controles (Echeburúa y Amor, 2019).

La sesión se organizaría de la siguiente manera. Una vez que ha realizado la exposición a los eventos traumáticos mediante la narrativa, el terapeuta detectará qué estímulos le producen esa respuesta de reexperimentación, y le animará al/la menor a exponerse a ellos (Grissi, 2021).

Sesión 6. Hipervigilancia

Ehlers y Clarck proponen que en los individuos con TEPT el aprendizaje ocurre mediante asociaciones entre varios estímulos, presentes, durante, e inmediatamente antes o después del evento traumático. Estos estímulos condicionados pueden desencadenar la

respuesta de alarma experimentada durante el trauma, lo que dificulta identificar el origen exacto. Esta falta de claridad puede llevar al paciente a mantener un estado de hipervigilancia constante (Guzmán Sescosse et al., 2014).

El objetivo de esta sesión es que mediante el mindfulness el menor pueda desconectar de estos estímulos que le conectan con la respuesta traumática, y centrarse en el presente. Para ello pondremos en práctica la actividad “Dedo con Dedo y respiramos” (ANEXO 6) esta técnica es un ejercicio repetitivo que permite a los/las menores enfocarse en el aquí y ahora mientras respira profundamente para calmar su mente. Durante la sesión, se identificará que estímulos que producen esta respuesta traumática, y se pondrá en práctica este ejercicio (Prince, 2019).

Además se practicará en sesión el recurso STOP (ANEXO 7), el cual permite tomar conciencia de lo que sucede a su alrededor y continuar con lo que se estaba haciendo. Con esto, se pretende que el menor disponga de diversos recursos para enfrentar los estímulos que provocan una respuesta de sobresalto (Prince, 2019).

Sesión 7. Conductas desadaptativas

Ehlers y Clarck sugieren que las evaluaciones cognitivas que los individuos hacen sobre sus recuerdos traumáticos pueden influir en el desarrollo de estrategias maladaptativas. Por ejemplo, si alguien tiene valoraciones negativas sobre "recordar o pensar en el trauma", como creer que esto podría llevar a consecuencias como "volverse loco", "perder el control" o "daños a la salud", es más probable que recurra a estrategias disfuncionales como "tratar de evitar pensar en el trauma", "distrarse", o "consumir alcohol o drogas"(Guzmán Sescosse et al., 2014).

El terapeuta dedicará la primera parte de la sesión a ejercitar habilidades para la toma de decisiones con relación a los riesgos que conllevan, favoreciendo la reflexión sobre

los riesgos que se asumen y las razones por los que se toman (ANEXO 8) (Ruíz Lázaro, 1998).

Por último, el terapeuta ayudará al menor a practicar el establecimiento de metas. El/la menor debe hacer una lista con tres objetivos o pasos específicos que le ayudarán a lograr su meta, firmará el contrato y el terapeuta lo atestigua además se comprometerá a ayudarlo a conseguir la meta (ANEXO 9) (Ruíz Lázaro, 1998).

Sesión 8. Psicoeducación sexual

Esta sesión tiene como objetivo, que los/las menores comprendan los términos de “espacio personal” y “límites personales” (ANEXO 10), además se les enseñará a identificar las situaciones que puedan poner en riesgo su espacio y límites personales (Iglesias Mujica y Ibieta Bassili, 2012).

Asimismo, la psicóloga usará la canción “Cariños Buenos Cariños Malos” (ANEXO 11) con el fin de que los/las menores reflexionen acerca de qué tipo de cariños son positivos para ellos/ellas y cuáles deben evitar (Iglesias Mujica y Ibieta Bassili, 2012).

Por último, se les proporcionará una ficha (ANEXO 12) a los/las menores que tengan acceso a internet y usen frecuentemente redes sociales, de esta forma contarán con recursos para identificar que situaciones pueden ser peligrosas a la hora de usar estas plataformas, y de esta forma evitar el Grooming (Iglesias Mujica y Ibieta Bassili, 2012).

Sesión 9. El autoconcepto

En esta sesión el objetivo es comenzar a trabajar los aspectos afectados por el abuso sexual, como puede ser la autoestima. Para ello el terapeuta guiará al/la menor en el

desarrollo de habilidades de autoconocimiento, para fomentar una visión realista y positiva del/la menor.

En esta sesión la terapeuta comenzará explicando qué es la autoestima y cuáles son las bases de esta (ANEXO 13). A continuación se le proporcionará al/la menor una ficha (ANEXO 14) en la que ponen distintas afirmaciones, y donde debe dibujar una cara al lado de cada una que refleje cómo se siente con ese aspecto, y al lado debe escribir una frase que describa cómo se ve. El terapeuta reforzará las cualidades y les hará ver el lado positivo (Ruíz Lázaro, 1998).

Sesión 10. Volver a confiar en los adultos

Esta sesión tiene como objetivo que los/las menores que han sido víctimas de ASI puedan volver a confiar en los adultos. Para ello el terapeuta trabajará con los tutores (no ofensores) del/la menor.

La sesión comenzará con una breve introducción sobre por qué es importante confiar en otras personas sobre todo en los adultos. A continuación, se le explicará el ejercicio, y el/la menor se debe mantener con las piernas y el tronco rectos y con los brazos cruzados sobre el pecho, y sus progenitores tienen que pasárselo entre sí sosteniendo al/la menor por los hombros. La idea es que el/la menor vaya balanceándose entre sus progenitores experimentando confianza. (Romeo Biedma y Horno Goicoechea, 2018).

Sesión 11. Cierre

En esta última sesión la terapeuta hará un resumen de todos los contenidos abordados por el programa, además se aportarán las conclusiones de este. Asimismo, se

invitará a los/las menores a compartir cualquier sugerencia o tema específico que deseen tratar.

La terapeuta evaluará la sintomatología del TEPT, así como el nivel de autoconcepto a través de la batería de cuestionarios que se administró inicialmente, con el fin de valorar si este programa ha sido efectivo. De ser así, se le administrará al grupo control.

Recursos

Recursos humanos

Para la aplicación de esta propuesta de programa de intervención se necesitarán, como recursos humanos, los psicólogos/as del centro especializado en trauma y sexualidad que facilite el acceso a la muestra, así como un/a psicólogo/a para la implementación del programa.

Recursos materiales

En cuanto a los recursos materiales necesarios para la implementación del programa de intervención que aquí se plantea, se necesitará que las instalaciones cuenten con un despacho, mesas, sillas y pizarra. En relación con el material fungible, se requerirá una caja de arena, diferentes figuras, rotuladores, lápices, bolígrafos, hojas, cuento “Estela grita muy fuerte”, tarjetas, hojas de “Contrato”, “Riesgos y decisiones”, “Mi autoconcepto”, y “Guía para navegar por internet”. Finalmente, también se necesitará material informático como ordenador, reproductor de audio, impresora/fotocopiadora, USB, canción “Cariños buenos y cariños malos”.

Evaluación

Se realizará una evaluación mixta, tanto por parte del personal del programa como por el personal del centro especializado en trauma y sexualidad, de esta manera se consigue una evaluación de los resultados más objetiva, aumentando la validez al comparar la información obtenida a partir de diferentes fuentes (Bamberger, 2012).

Por otro lado, para evaluar la eficacia del programa se administrará los cuestionarios citados con anterioridad a toda la muestra, antes y después del tratamiento, con el fin de obtener medidas pre y postratamiento que permita valorar los resultados del programa. Asimismo, se dividirá a los participantes en dos grupos (experimental y control), con esto se pretende hacer una comparación más exhaustiva de los efectos de la intervención.

Por último, una vez que el programa haya finalizado, se citará a los participantes a los seis meses y al año para volver a administrarles los cuestionarios, permitiendo un seguimiento de los efectos del programa, es decir, si los beneficios que se puedan encontrar se mantienen a lo largo del tiempo.

Resultados

Tras la aplicación del programa, se espera que los/las participantes reconozcan que no son culpables y se liberen del sentimiento de culpa y responsabilidad, asimismo se prevé que generen sentimientos de aceptación y compasión hacia ellos/as mismos/as. Además, se confía en reducir al máximo la represión del recuerdo, estableciendo un recuerdo organizado del evento traumático con el fin de que los/las menores lo puedan integrar en su memoria para que no interfiera en su vida cotidiana. Asimismo, se espera dotar a los/as menores de herramientas para que desconecten de la respuesta traumática, minimizando la hipervigilancia sobre el entorno, finalmente, se espera motivar a los/as participantes a establecer metas sanas, concienciando de los riesgos de algunas conductas.

Con relación al ASI, se prevé que los menores comprendan los términos de espacio y límites personales y puedan identificar las conductas que pueden ser un abuso. Asimismo, se espera que recuperen la confianza en su entorno, favoreciendo que se creen redes de confianza sólidas, finalmente se espera fomentar el desarrollo de habilidades de autoconocimiento, restaurando el autoconcepto del menor.

Con todo esto, se confía en que se produzca una mejora en la calidad de vida de los/las participantes, lo que les facilitará hacer frente a las nuevas situaciones cotidianas.

Teniendo en cuenta el grupo (experimental y control), se espera que al inicio puntúen similar ambos grupos en ambos cuestionarios, sin embargo, al finalizar la intervención, se prevé que el grupo experimental tenga una reducción de la sintomatología en TEPT, un aumento de autoestima, así como un desarrollo de recursos y habilidades en comparación con los participantes del grupo control.

Conclusiones

El aumento de la prevalencia que posee actualmente el ASI en España, y la relación que mantiene con los problemas de salud mental, concretamente el TEPT, junto con la falta de tratamientos eficaces para tratarlo, hacen necesario el desarrollo de un programa de intervención como el que aquí se presenta, que trate ambas problemáticas, el ASI y el TEPT en ambos sexos y en edades críticas en las que se da ASI. De esta forma, esta propuesta de programa de intervención ayudará a reducir significativamente la incidencia de TEPT, la emisión de conductas de riesgo, a la vez que ayudará a aumentar el autoconcepto de los/as jóvenes y el desarrollo de habilidades para evitar un nuevo abuso.

En la actualidad, también es necesario la elaboración de programas destinados a población adulta que traten el TEPT debido a un abuso en la infancia, y que no han podido

recibir un tratamiento anteriormente. Además es de especial relevancia poner el foco de atención en la prevención y detección del ASI.

Por último, en lo que respecta a esta propuesta de programa de intervención, se espera que cuando se implemente y se demuestre su eficacia, se habrá logrado el objetivo de reducir la sintomatología de TEPT en menores, mejorar su autoconcepto y desarrollo habilidades y recursos, mejorando su calidad de vida y su bienestar físico y psicológico.

Referencias

- Alcántara, M., Castro, M., Martínez, A., Fernández, V., y López-Soler, C. (2017). El sistema de la realidad virtual EMMA-Child para el tratamiento del trauma infantil: experiencias iniciales. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(3) 26-34
- ANAR (2023). *Agresión Sexual en Niñas y Adolescentes según su Testimonio. Evolución en España (2019-2023)*. Fundación ANAR.
<https://www.anar.org/fundacion-anar-presenta-su-ultimo-estudio-agresion-sexual-en-ninas-y-adolescentes-segun-su-testimonio-evolucion-en-espana-2019-2023/>
- Baixauli Gallego, E. (2013). Abuso sexual infantil: una revisión de los síntomas asociados con el trastorno por estrés postraumático. *Información Psicológica*, (101), 40–48.
- Bamberger, M. (2012). Introducción a los métodos mixtos de la evaluación de impacto. *Notas sobre evaluación de impacto*, (3), 1-42.
- Bustos, P., Rincón, P., y Aedo, J. (2009). Validación preliminar de la Escala Infantil de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático (Child PTSD Symptom Scale, CPSS) en Niños/as y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual. *Psyche*, 18(2), 113-126. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282009000200008>
- Cantón Duarte, J. y Cortés Arboleada, M. R. (2003). *Guía para la Evaluación del Abuso Sexual Infantil*. (2ª ed.) Ediciones Pirámide.

- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento Psicológico de las Víctimas de Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar: Un Enfoque Integrador. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual* 19(2) 469-486.
- Echeburúa, E. y Amor, P. (2019). Memoria traumática: estrategias de afrontamiento adaptativas e inadaptativas. *Terapia Psicológica* 37(1), 71-80.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082019000100071>
- Fernández, L., Benavent, S., Benavente, B., y Homberg, E. (2011). *Programa de prevención del maltrato y el abuso sexual infantil: Grita muy fuerte*. Red de Ayuda a Niños Abusados (RANA).
- Fernández, A. (2023). Qué aporta la técnica de la caja de arena en los procesos de psicoterapia. *UNIR*.
- García, F. y Musitu, G. (2023). *AF-5. Autoconcepto Forma – 5*. (5.ªed.) Hogrefe TEA Ediciones.
- Grissi, S. (2021). *La terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma para niños y adolescentes*. Psicode.
- Guzmán Sescosse, M., Padrós, F., García Campos, T., y Laca Arocena, F. A. (2014). Modelos cognitivo-conductuales del trastorno por estrés postraumático Cognitive-behavioral models of posttraumatic stress disorder. *Uaricha*. 11. 35-54.
- Iglesias, Mujica, M. y Ibieta, Bassili, J. (2012). *Orientación para la prevención del*

abuso sexual infantil desde la comunidad educativa. UNICEF

Jiménez, K. (2021). Ensayo sobre las estrategias terapéuticas orientadas a la disminución de las conductas de evitación al reprocesamiento del trauma complejo. *Revista Cúpula.* 35(2) 23-40

Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual.

Boletín Oficial del Estado, n. 215, de 7 septiembre de 2022.

Ley Orgánica 4/2023, de 27 de abril, para la modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, en los delitos contra la libertad sexual, la Ley de Enjuiciamiento Criminal y la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. *Boletín Oficial del Estado*, n. 101, de 29 de abril de 2023

López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M., y Botella, C. (2011). Sistema de realidad virtual EMMA-Infancia en el tratamiento psicológico de un menor con estrés postraumático. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(3), 189-206.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.3.2011.10361>

López-Soler, C., Fernández, M.V., Prieto-Larrocha, M., Alcántara-López, M.V., Castro Saez, M., & López-Pina, J.A. (2012). Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados. *Anales de Psicología* 28(3), 780-788.
<https://doi.org/10.6018/analesps.28.3.140441>

Martínez, P. B. (2023). Infancias robadas y sueños rotos. La historia de los abusos

sexuales en España. *FEMERIS: Revista Multidisciplinar de Estudios de Género*. 8(1), 155-164.

<https://doi.org/10.20318/femeris.2023.7468>

Maxfield, L. y Hyer, L. (2002). Relación entre la eficacia y la metodología en los estudios que investigan el tratamiento del TEPT con EMDR. *Journal of clinical psychology*, 58(1) 23-41

Olid, I. (2008). *¡Estela grita muy fuerte!* Editorial Fineo.

Organización Mundial de la Salud. (2022). Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas de salud conexos (11ª ed).

<https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/es#2070699808>

Prieto Larrocha, M. (2015). *Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y de la TCC-Focalizada en el Trauma en infancia maltratada*. Universidad de Murcia.

Prince, T. (2019). *Ejercicios de Mindfulness en el aula: 100 ideas prácticas*. Narcea Ediciones.

Real-López, M., Peraire, M., Ramos-Vidal, C., Llorca, G., Julián, M & Pereda, N. (2023). Abuso sexual infantil y consecuencias psicopatológicas en la vida adulta. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 40(1), 13-30.

<https://doi.org/10.31766/revpsij.v40n1a3>

Rincón, P., Covas, F., Bustos, P., Aedos, J., & Valdivia, M. (2010). Estrés Postraumático

en Niños y Adolescentes Abusados Sexualmente. *Revista Chilena de Pediatría*, 81(3), 234-240.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062010000300006>

Romeo, Biedma F. J., y Horno, Goicoechea, P. (2018). *El abuso sexual infantil queda fuera de juego*. Consejo Superior de Deportes.

Ruiz, Lázaro, P. J. (1998). *Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes: Proyecto de promoción de la salud mental para adolescentes y padres de adolescentes*. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Saá Veinat, L. (2020). *Consecuencias psicopatológicas de abusos sexuales en menores y su tratamiento*. Universidad Católica de Valencia.

Save The Children. (2021). *Los Abusos Sexuales hacia la Infancia en España: Principales características, incidencia, análisis de los fallos del sistema y propuesta para la especialización de los Juzgados y la Fiscalía*. Fundación Save The Children.

https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-11/Los_abusos_sexuales_hacia_la_infancia_en_ESP.pdf

Anexos

Anexo 1. Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (CPSS)

(Bustos et al., 2019)

				
	0	1	2	3
1. Has tenido pensamientos o imágenes molestas sobre el trauma aunque tú no querías pensar en eso.	Nunca o solo una vez	De vez en cuando	La mitad del tiempo	Casi siempre
2. Has tenido sueños malos o pesadillas.	Nunca o solo una vez	De vez en cuando	La mitad del tiempo	Casi siempre
3. Has actuado o has sentido como si el trauma estuviera pasando de nuevo (has escuchado algo o visto algo que te recuerda del trauma y te has sentido como si el trauma estuviera pasando otra vez).	Nunca o solo una vez	De vez en cuando	La mitad del tiempo	Casi siempre
4. Te has sentido mal cuando piensas o escuchas algo sobre el trauma (por ejemplo: sintiéndote asustado(a), enojado(a), triste o culpable).	Nunca o solo una vez	De vez en cuando	La mitad del tiempo	Casi siempre
5. Has tenido sensaciones en tu cuerpo cuando piensas o escuchas algo acerca del trauma (por ejemplo: sudando de repente, el corazón palpitando rápido).	Nunca o solo una vez	De vez en cuando	La mitad del tiempo	Casi siempre
6. Has tratado de no pensar, hablar, o de tener sentimientos acerca del trauma.	Nunca o solo una vez	De vez en cuando	La mitad del tiempo	Casi siempre
7. Has tratado de evitar actividades, personas, o lugares que te hacen recordar el evento traumático (por ejemplo, no querer jugar afuera o ir a la escuela).	Nunca o solo una vez	De vez en cuando	La mitad del tiempo	Casi siempre
8. Has tenido dificultad en recordar una parte importante del trauma.	Nunca o solo una vez	De vez en cuando	La mitad del tiempo	Casi siempre
9. Has tenido mucho menos interés o no has hecho las cosas que acostumbrabas hacer.	Nunca o solo una vez	De vez en cuando	La mitad del tiempo	Casi siempre
10. Has tenido dificultad en sentirte cercano a las personas que están a tu alrededor.	Nunca o solo una vez	De vez en cuando	La mitad del tiempo	Casi siempre
11. Has tenido dificultad en tener sentimientos fuertes (por ejemplo, no poder llorar o sentirte muy feliz).	Nunca o solo una vez	De vez en cuando	La mitad del tiempo	Casi siempre
12. Has sentido como si tus planes del futuro o tus esperanzas no se harán realidad (por ejemplo, no te graduarás de la escuela, no tendrás un trabajo, o no te casarás o no tendrás hijos(as)).	Nunca o solo una vez	De vez en cuando	La mitad del tiempo	Casi siempre
13. Has tenido dificultad en quedarte o mantenerte dormido(a).	Nunca o solo una vez	De vez en cuando	La mitad del tiempo	Casi siempre
14. Te has sentido irritable o has tenido momentos de enojo.	Nunca o solo una vez	De vez en cuando	La mitad del tiempo	Casi siempre
15. Has tenido dificultad en concentrarte (por ejemplo, se te olvida de lo que se trata algún programa de la televisión, olvidándote de lo que leíste, o no prestando atención en la clase).	Nunca o solo una vez	De vez en cuando	La mitad del tiempo	Casi siempre
16. Has estado demasiado cuidadoso(a) y atento(a), (por ejemplo, cuando alguien camina detrás de ti).	Nunca o solo una vez	De vez en cuando	La mitad del tiempo	Casi siempre
17. Te has asustado o te has sorprendido fácilmente.	Nunca o solo una vez	De vez en cuando	La mitad del tiempo	Casi siempre

Anexo 2. Cuestionario de Autoconcepto Forma – 5 (AF.5) (García y Musitu, 2023).

CONTESTE DE 01 A 99 EN LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES A CADA PREGUNTA		
1. Hago bien los trabajos escolares (profesionales).		
2. Hago fácilmente amigos.		
3. Tengo miedo de algunas cosas.		
4. Soy muy criticado en casa.		
5. Me cuido físicamente.		
6. Mis superiores (profesores) me consideran un buen trabajador (estudiante).		
7. Soy una persona amigable.		
8. Muchas cosas me ponen nervioso.		
9. Me siento feliz en casa.		
10. Me buscan para realizar actividades deportivas.		
11. Trabajo mucho en clase.		
12. Es difícil para mí hacer amigos.		
13. Me asusto con facilidad.		
14. Mi familia está decepcionada de mí.		
15. Me considero elegante.		
16. Mis superiores (profesores) me estiman.		
17. Soy una persona alegre.		
18. Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso.		
19. Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas.		
20. Me gusta como soy físicamente.		
21. Soy un buen trabajador (estudiante).		
22. Me cuesta hablar con desconocidos.		
23. Me pongo nerviosos cuando me pregunta el profesor		
24. Mis padres me dan confianza		
25. Soy bueno haciendo deportes		
26. Mis profesores (superiores) me consideran inteligente y trabajador		
27. Tengo muchos amigos		
28. Me siento nervioso		
29. Me siento querido por mis padres		
30. Soy una persona atractiva		

Anexo 3. Estela Grita Muy Fuerte (Olid, 2008).

A Estela le gustan muchas cosas. Le gusta jugar con el agua en la tina e imaginar que es un delfín que se hace pequeño, pequeño y que se mete de un brinco por la regadera y que corre por todas las tuberías de la casa, hasta llegar a su papá, que está lavando los platos en la cocina, y cuando él abre la llave del fregadero el delfín tiene que volver a convertirse en Estela para no caerse dentro del sartén sucio que tiene su papá entre las manos.

También le gusta jugar con sus amigos en la escuela. Tiene muchos amigos: Guille, Bruna, Luis, Ana, María... Pero su amiga, su mejor amiga es Lucía. Con Lucía puede jugar a un

millón de cosas, lástima que tenga tan mal genio. El otro día, por ejemplo, a la hora de la lectura, Estela escogió un libro precioso con peces fantásticos de colores lila, que es su color preferido, y Lucía se enojó porque ella también quería leerlo y empezó a pellizcarla en los brazos y las piernas. Estela, que no sabía qué hacer, se puso a llorar bajito y se imaginó que era un pájaro del techo para que ya no la pellizcaran más. color naranja que volaba muy arriba, arriba, y que subía hasta el techo para que no le pellizcaran más.

Y cuando Estela dejó de notar las uñas afiladas de Lucía, abrió los ojos y se miró las manos para ver si se habían convertido en alas y saber si al final había logrado transformarse en pájaro y escapar. Pero no. Es Conchita, la maestra, que separó a las niñas y está regañando a Lucía por su mal carácter incontrolable. —Pero Estela, preciosa, ¿por qué no has dicho nada? Te dejó llena de marcas... —Es que... no sabía qué hacer. Estela se encoge de hombros y mira a Lucía, que ya tiene cara de arrepentida. —¿Verdad que no te gusta que te peguen? —le pregunta Conchita, y Estela dice que “no” con la cabeza—. Pues cuando alguien te haga algo que no te guste, tienes que decirle que pare. Y si no para, entonces grita muy fuerte hasta que vengan a ayudarte. No debes dejar que te hagan daño. —Y tú, Lucía, aprende a pedir las cosas. No puede ser que por culpa de tu mal genio le hagas daño a tu mejor amiga. Ándale, dale un beso y pídele perdón a Estela.

A Estela le gusta su pelo oscuro y larguísimo. A veces se figura que su cabello es un vestido mágico que la protege del mundo y la hace más fuerte. Pero cuando su madre la peina, después de bañarse, ella se da cuenta de que, en realidad, sólo es pelo y que cuesta mucho desenredarlo. Sus padres siempre le dicen que si se queja se lo cortarán, y por eso ella nunca dice nada. Pero esta mañana, cuando su mamá le estiró el pelo con el peine, Estela pensó en lo que Conchita le había aconsejado y dijo: —Mamá, ¿me puedes peinar más

suave? Es que me duele. Mamá se sorprendió un poco, porque Estela nunca se había quejado, pero le dio un beso y le contestó: –Claro, mi reina, lo haré con más cuidado. Si vuelvo a hacerte daño me avisas, ¿de acuerdo?

Otra cosa que le fascina a Estela es ir a comer a casa de los abuelos los domingos, porque su abuela siempre le hace un espagueti con queso riquísimo, que es su plato preferido. En cambio, en su casa, sus papás no tienen tiempo de cocinar. Hasta hace poco, también le gustaba jugar con el tío Anselmo, que le hacía juegos de magia con las cartas y le contaba cuentos divertidos, pero últimamente empezó a hacer cosas raras y ya no le gusta tanto. La lleva con él al cuarto mientras los adultos hablan en el comedor, le quita la ropa y le hace unas cosquillas muy raras por todo el cuerpo, incluso por sitios tan escondidos que ni siquiera ella conoce.

Cuando le pasa eso, se imagina que es una nube de azúcar que se escapa por la ventana y vuela sobre el mar, que un viento muy suave la empuja otra vez hacia su casa y que entra por el balcón del comedor, y allí se convierte en una gotita de lluvia que cae sobre la mejilla de mamá y le da un beso muy dulce.

La primera vez que el tío Anselmo lo hizo, ella le preguntó por qué le quitaba la ropa, y él le dijo que porque era su sobrina preferida y que la quería mucho, y que ese juego era el más secreto de todos. Como Estela era la sobrina a quien más quería, debía hacerle caso y guardarle el secreto. Estela no acababa de entender aquel juego que no le gustaba, porque se supone que los juegos tienen que ser divertidos, pero no quería que el tío Anselmo se enojara por su culpa, así que mejor se callaba y se aguantaba. Pero hoy, cuando su tío empieza a tocarla por todo el cuerpo, Estela nota cómo la vergüenza la recorre de pies a

cabeza y recuerda otra vez el consejo de Conchita y cómo mamá le hizo caso cuando la peinaba, y le dice: —Tío Anselmo, lo que me haces no me gusta nada. ¡Déjame en paz!

El tío Anselmo no le hace caso y Estela nota cómo desde dentro le sale un grito enorme. Un grito tan fuerte que se escapa por la ventana y viaja mar adentro, resuena por China y por Australia y les llega a los pingüinos del Polo Sur y a las jirafas de África. Y entonces toda ella se convierte en el grito y siente cómo tiemblan las hojas de los árboles de la selva, cómo los caracoles esconden los cuernos, cómo los perros corren debajo de las camas y todas las nubes se ponen a llover

En ese momento el tío Anselmo le arregla el vestido con rapidez y aparecen por la puerta su mamá y su papá, y también se asoman los abuelos y la tía Martha y el tío Javier y hasta la prima Miriam. —¿Qué pasó? —preguntan todos a la vez. El tío Anselmo, que de golpe se puso pálido como la leche, dice: —No, nada, estábamos jugando

Estela lo mira y dice: —Sí, pero a un juego que a mí no me gusta nada. Y Estela corre hacia mamá, que la abraza y le da un beso muy tierno. Estela tiene muchas cosas que contarle a su mamá, pero lo hará mañana. Hoy sólo tiene ganas de abrazarla.

Anexo 4. ¿Soy realmente culpable? (Fernández et al., 2011).

1ª Situación: Estáis jugando solos en el salón de casa y rompéis el jarrón favorito de vuestra madre.

- ¿Qué harías?
- ¿Se lo contarías a tu madre? ¿Por qué?
- ¿Eres responsable de lo que ha pasado?

- ¿Se lo puedes contar a otra persona para que te ayude? ¿A quién? ¿Cómo te podría ayudar otra persona?

2ª Situación: Jugáis en un equipo y un día de partido, al volver al vestuario, el entrenador le pega una bofetada a uno de vuestros amigos porque ha fallado un gol. Os dice a todos que tenéis la culpa de que le haya tenido que pegar por lo mal que habéis jugado.

- ¿Qué harías?
- ¿A quién se lo contarías? ¿Por qué?
- ¿Crees que tiene razón el entrenador? ¿Por qué?

Anexo 5. ¿Qué es la evitación? (Jiménez, 2021).

La conducta de evitación es un mecanismo de defensa ante el malestar que suele tener una función positiva disfuncional. Esto significa que generan una sensación de alivio que contrarresta la información perturbadora del evento traumático, pero en realidad nos impide afrontar el trauma. Estas formas pueden ser obvias y conscientes o sutiles y automáticas.

Anexo 6. Dedo con Dedo y respiramos (Prince, 2019).

Le pedimos al paciente, que con su mano dominante se toque le dedo índice con el pulgar mientras toma aire profundamente. A la vez que expulsa el aire, pasa a tocarse el dedo corazón con e pulga. Vuelve a tomar aire al tiempo que el pulgar pasa al dedo anula. Nuevamente expulsa el aire, mientras se toca el dedo meñique con el pulgar. A continuación, el pulgar vuelve a tocar el dedo anular a la vez que toma aire de nuevo

Prosigue el movimiento por la mano, tocando cada dedo con el pulgar cada vez que toma o expulsa aire; hasta que se calma o por un periodo de tiempo.

Anexo 7. STOP (Prince, 2019).

Le enseñaremos al paciente el siguiente acróstico

- S: Stop con lo que estoy haciendo
- T. Tomo aire profundamente. Inspiro durante cinco segundos, retengo el aire un momento y lo expulso mientras cuento mentalmente hasta ocho
- O: observo lo que está pasando a mi alrededor en este momento.
- P: Prosigo con lo que estaba haciendo.

Anexo 8. Toma de decisiones (Ruíz Lázaro, 1998).

- Se lee la lista de actividades de la hoja “Riesgos y decisiones” y se pregunta qué tienen en común. La respuesta es que todas conllevan decisiones con resultado incierto.
 - Practican una manera de tomar una decisión con relación a un riesgo con algunas de las actividades de la lista.
 - Buscan ejemplos de razones por las que la gente asume riesgos.
 - Mencionan riesgos positivos y riesgos negativos que han asumido recientemente o en el pasado y las razones para asumirlos.
1. Riesgos y decisiones: Lee la siguiente lista de actividades y piensa qué tienen en común.
- Tomar el güisqui de tu padre a escondidas
 - Participar en un concurso
 - Hacer novillos
 - Ver una peli X en casa de mis padres cuando no están

- Presentarse a la prueba de selección para el equipo de fútbol
- Presentarse para delegado de clase
- Fumar porros
- Robar algo de la tienda
- Decir a los amigos lo que realmente piensas a pesar de que ellos no están de acuerdo
- “Tirarse” a una chica o chico que se acaba de conocer
- Convencer a un adulto de que algo no ha ocurrido
- Preguntar cuando no se sabe algo
- Controlar con palabras y gestos a compañeros
- Presentarse como candidato para la obra de teatro del colegio o instituto
- Abrir coches sin llaves
- Pedir ayuda si se necesita.
- Limpiar móviles en los bares y discotecas
- Jugar a las tragaperras
- Confesarse culpable de algo
- Intentar llegar a un lugar lejano sin dinero en el bolsillo
- Meterse en una pelea
- Dejar un trabajo con buen sueldo para volver a estudiar

2. Muchas actividades en la vida pueden salir bien o mal, no se sabe con anterioridad; son decisiones con resultado incierto. Empezar algo sin saber con seguridad cuál será el resultado implica correr un riesgo. Los riesgos pueden ser muy excitantes y, por eso mismo, atractivos, pero sólo algunos valen la pena. Una buena manera de tomar una decisión con relación a un riesgo es:

- A. Enumerar los pros y los contras así como los mejores y peores resultados que pueden surgir.
- B. Considerar la probabilidad de que salga bien o mal.
- C. Intentar decidir si vale la pena y por qué

Realiza estos tres pasos con alguna de las actividades señaladas en el punto 1.

- 3. A continuación hay una lista de algunas razones por las que la gente asume riesgos.

Completa la tabla dando ejemplos para cada razón:

Razón	
Por intentar sobresalir	
Por inquietud	
Para probarse que puede hacerlo	
Para ser populares	
Para demostrar que son audaces	
Debido a sus convicciones	

- 4. Ahora debes mencionar riesgos positivos y riesgos negativos que has asumido recientemente o en el pasado y las razones para asumirlos

Anexo 9. Contrato (Ruíz Lázaro, 1998).

Instrucciones:

Una meta bien formulada debe estar: enunciada en positivo, evitando negaciones; ser breve, clara y concisa; estar bajo nuestra responsabilidad y a nuestro alcance; estar libre de efectos indeseables para nosotros, para otros y para el ambiente; y tener una fecha límite para su consecución

Previamente a la firma del contrato debo estar preparado para tomar una decisión en firme (Ministerio de Sanidad, s.f).

Contrato:

Nombre:

Nombre de testigo:

Mi teléfono:

Teléfono testigo:

Mi meta:

Evidencias de logro (qué voy a ver, oír y a sentir cuando lo consiga):

Mis tres objetivos o pasos específicos para conseguir mi meta:

Obstáculos posibles que me pueden impedir conseguir mi meta:

Estrategias para superar obstáculos:

Cláusulas:

1. fecha límite para cumplir la meta:
2. el testigo se compromete hasta dicha fecha a ayudar a lograr la meta del firmante
del presente contrato

Fecha de hoy:

Firma:

Firma del testigo:

A rellenar el día de la fecha límite:

He logrado la meta: sí - no (táchese lo que no proceda)

Fecha:

Firma:

Firma del testigo:

Anexo 10. Espacio personal, límites personales (Iglesias Mujica y Ibieta Bassili, 2012).

Nuestro espacio personal está delimitado por una línea invisible que indica hasta dónde otras personas pueden acercarse. Esta línea invisible a la que le llamaremos límite personal nos indica hasta dónde otras personas pueden acercarse a nosotros.

El límite personal es flexible y se mueve según:

- La confianza que se tiene con la otra persona. Ejemplo, un niño o niña se sentirá a gusto con un abrazo apretado de su madre y no así con el de cualquier persona.
- La situación en que se establece el contacto corporal. Ejemplo, viajar en el metro lleno de pasajeros nos obliga a estar más cerca unos de otros, pero no así al caminar por una plaza.
 - Cuando el espacio personal es respetado, la persona se siente cómoda, aceptada, protegida, respetada, etc.
 - Cuando el espacio personal es invadido, la persona se siente: incómoda, confusa, pasada a llevar, etc

Anexo 11. Cariños Buenos y Cariños malos (Iglesias Mujica y Ibieta Bassili, 2012).

Se siente bien el cariño

Si es un cariño bueno

Que abre los corazones

Y entran rayos de sol

Que abre los corazones

Y entran rayos de sol

Como mi cuerpo me habla

Siempre lo estoy escuchando

Me dice cuándo el cariño

Es del bueno y cuándo no

Me dice cuándo el cariño

Es del bueno y cuándo no

Se siente, se siente, se siente el cuerpo girando

Como los remolinos del agua y de los astros

Se siente, se siente, se siente el cuerpo girando

Como los remolinos del agua y de los astros

Como los remolinos del agua y de los astros

No me gustan los cariños

Que vienen como apretando

Esos cariños malos

No los quiero yo

Esos cariños malos

No los quiero yo

Amor en todo cariño

Nos gusta a grandes y niños

Naciendo del corazón

Girando como Mi Sol

Naciendo del corazón

Girando como Mi Sol

Se siente, se siente, se siente el cuerpo girando

Como los remolinos del agua y de los astros

Se siente, se siente, se siente el cuerpo girando

Como los remolinos del agua y de los astros

Como los remolinos del agua y de los astros

Anexo 12. Guía para navegar por internet (Iglesias Mujica y Ibieta Bassili, 2012).

- Navegar por Internet es muy entretenido, en la red puedes encontrar información para hacer tus tareas, buscar palabras que no entiendas, imprimir fotos para recortar, aprender idiomas, jugar y hasta mirar la tierra desde el espacio.
- Usa Internet para ayudarte con las tareas escolares, para investigar y aprender de temas que te interesen.
- La red es una fuente de grandes volúmenes de información. ¡Es como tener la biblioteca más grande del mundo a tu alcance! Pero debes aprender a buscar y seleccionar la información que necesitas. Si tienes correo electrónico y tus amigos de la red también, pueden usarlo para escribirse mensajes o cartas.
- Si te gusta chatear por Internet, debes hacerlo solo con amigos y amigas que realmente conozcas. Enséñales a tus padres lo que has aprendido acerca de Internet, los sitios que navegas y las herramientas que utilizas.
- Puedes participar de muchas actividades en línea, sin necesidad de entregar tus datos, puedes usar un sobrenombre, alias o “Nick name”. Si algún sitio te pide entregar información personal, antes de darla, consúltalo con tus padres
- Nunca entregues información a desconocidos o que tienes dudas de conocer, sobre todo cuando estás chateando. Nunca debes decir dónde vives, en qué escuela estudias, ni darle tu teléfono a personas que no conoces. Tampoco envíes fotos tuyas por e-mail, ni chat.

- Jamás debes entregar información personal ni datos familiares, como el lugar donde trabajan tus padres o el horario en que están en la casa.
- Si alguien te invita a chatear o recibes un correo extraño, cuéntale a tus papás o familiares.
- Guarda las conversaciones del chat, ya que te puede ser útil para demostrar o contar algo a tus padres. No te juntes con personas que conociste por intermedio del chat sin el conocimiento o autorización de tus papás. Hay personas que mienten sobre la edad que tienen y que podrían hacerte daño.
- No utilices cámara Web para chatear.
- En redes sociales como Facebook no aceptes como amigos a personas que no conoces y deja tu perfil (sección seguridad) abierto solo para tus amigos.

Anexo 13. Autoestima

¿QUÉ ES LA AUTOESTIMA? (Ruíz Lázaro, 1998).







Es la percepción evaluativa de uno mismo. Nadie puede dejar de pensar en sí mismo y de evaluarse. Todos desarrollamos una autoestima suficiente o deficiente, positiva o negativa, alta o baja..., aunque no nos demos cuenta. Importa desarrollarla de la manera más realista y positiva posible y que nos permita descubrir nuestros recursos personales, para apreciarlos y utilizarlos debidamente, así como nuestras deficiencias, para aceptarlas y superarlas en la medida de nuestras posibilidades

¿CUÁLES SON LAS BASES DE LA AUTOESTIMA? (Ruíz Lázaro, 1998).

a) El autoconcepto (imagen que una persona tiene acerca de sí misma y de su mundo personal) en dos áreas: como una persona hábil (capaz de valerse por sí misma) y como una persona sexual (capaz de relacionarse sexualmente con otras personas) (Ruíz Lázaro, 1998).

b) La autoaceptación (sentimiento de poseer un yo del que uno no tiene que avergonzarse ni ocultarse; implica una disposición a rechazar la negación o desestimación sistemática de cualquier aspecto del sí-mismo.

Anexo 14: Mi autoconcepto (Ruíz Lázaro, 1998).

Como me encuentro en la familia	
Como me encuentro en la escuela o instituto	
Como me relaciono con los demás	
Como considero que me ven los demás	
Lo que más me molesta de mí mismo	
Lo que más me gusta de mí mismo	
Respecto a mi presente y mi futuro	