

Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Programa de regulación emocional para adultos víctimas de Abuso Sexual en la Infancia

Emotional regulation program for adult victims of
Childhood Sexual Abuse

Presentado por: D^a Sara Fernández García

Tutor académico: Dr. Iván Blanco Martínez

Alcalá de Henares, marzo de 2022

Índice

1. Resumen/Abstract.....	1-2
2. Introducción y justificación.....	2-3
3. Objetivos	3
4. Marco teórico.....	3-13
4.1. El abuso sexual infantil.....	3-11
4.1.1. Aproximación histórica y definición.....	3-4
4.1.2. Epidemiología.....	4-5
4.1.3. Factores de riesgo y de protección.....	5-6
4.1.4. Consecuencias psicológicas de las víctimas.....	6-8
4.1.5. Programas de intervención para víctimas en la edad adulta.....	8-11
4.2. La regulación emocional.....	11-13
4.2.1. Conceptualización.....	11
4.2.2. Implicaciones.....	12-13
5. Metodología de investigación.....	13
6. Propuesta de intervención.....	13-25
6.1. Presentación de la intervención.....	13-14
6.2. Objetivos concretos que persigue.....	14
6.3. Contexto en el que se aplica o podría aplicarse.....	14
6.4. Metodología y recursos.....	15-16
6.5. Sesiones.....	16-22
6.6. Cronograma de aplicación.....	23
6.7. Evaluación de la propuesta.....	24-25
7. Conclusiones.....	25-27
8. Referencias.....	27-32
9. Anexos.....	33-37
9.1. Anexo 1: Rueda de las emociones.....	33
9.2. Anexo 2: Listado de mitos.....	33

9.3. Anexo 3: Práctica de mindfulness.....	34
9.4. Anexo 4: Situaciones de entrenamiento en etiquetamiento emocional.....	34
9.5. Anexo 5: Guía práctica de la aceptación radical.....	35
9.6. Anexo 6: Observa y describe emociones.....	35
9.7. Anexo 7: Listado de mensajes emocionales.....	36
9.8. Anexo 8: Diario de emociones.....	36-37

1. Resumen/Abstract

El abuso sexual infantil es cualquier actividad entre un menor y una persona mayor que él, con el objetivo de satisfacer las necesidades sexuales de este. El menor no comprende la actividad en la que es participe y no da su consentimiento (OMS, 1999). Las consecuencias del ASI en la víctima inciden en las siguientes áreas; cognitivo, conductual, emocional y funcional. Debido a que la intervención no es precoz, dichas consecuencias se extienden a la edad adulta (Pereda Beltrán, 2009; Rull y Pereda, 2011). Especialmente, los déficits en procesos emocionales se relacionan estrechamente con la integración de la experiencia traumática (Ben-Aminaty et al., 2016; Dvir et al., 2014; Hervás, 2011; Messman-Moore et al., 2010; Thomas et al., 2011). En base a ello, se plantea un programa de regulación emocional para víctimas de ASI en la edad adulta, como coadyuvante a la terapia cognitivo-conductual. Consta de 5 fases, las cuales se subdividen en 12 sesiones grupales con periodicidad semanal salvo las sesiones de seguimiento, a los 6 y 12 meses. Para la evaluación del programa se plantea un diseño cuasi experimental con evaluación en cuatro tiempos diferenciados a través de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional, la Escala de Regulación Emocional, la Escala de Respuestas Rumiativas, la Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo y la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido. Respecto a los resultados, se espera que los participantes adquieran las habilidades necesarias para realizar un procesamiento emocional óptimo. Así mismo, reduzcan su malestar emocional y aumenten su bienestar emocional.

Palabras clave: “abuso sexual infantil”, “regulación emocional”, “víctimas”, “intervención”, “adultos”.

Child sexual abuse is any activity between a minor and a person older than him, with the aim of satisfying his sexual needs. The minor does not understand the activity in which he is participating and does not give his consent (WHO, 1999). The consequences of

CSA on the incident victim in the following areas; cognitive, behavioral, emotional and functional. Because the intervention is not early, these consequences extend to adulthood (Pereda Beltrán, 2009; Rull and Pereda, 2011). Especially, deficits in emotional processes are precisely related to the integration of the traumatic experience (Ben-Aminaty et al., 2016; Dvir et al., 2014; Hervás, 2011; Messman-Moore et al., 2010; Thomas et al., 2011). Based on this, an emotional regulation program is proposed for victims of CSA in adulthood, as an adjunct to cognitive-behavioral therapy. It consists of 5 phases, which are subdivided into 12 weekly group sessions, except for the follow-up sessions, at 6 and 12 months. For the evaluation of the program, a quasi-experimental design is proposed with evaluation in four differentiated times through the Emotional Regulation Difficulties Scale, the Emotional Regulation Scale, the Ruminative Responses Scale, the Positive Affect and Negative Affect Scale and the Scale of Satisfaction with the Treatment Received. Regarding the results, it is expected that the participants acquire the necessary skills to carry out optimal emotional processing. Likewise, they will reduce your emotional discomfort and increase your emotional well-being.

Keywords: “child sexual abuse”, “emotional regulation”, “victims”, “intervention”, “adults”.

2. Introducción y justificación

El presente programa de Regulación Emocional (RE) destinado a adultos víctimas de Abuso Sexual en la Infancia (ASI) surge por la ineficacia de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) sobre las consecuencias emocionales. El ASI se define como aquella situación en la cual un menor es víctima de una persona mayor que él, con el objeto de satisfacer sus necesidades sexuales (OMS, 1999). Se trata de un problema mundial puesto que una de cada cinco mujeres y uno de cada diez hombres han sido víctimas (Losada, 2012).

Las consecuencias emocionales giran en torno a síntomas depresivo-ansiosos y postraumáticos, baja autoestima, sentimiento de culpa, estigmatización, ideación/conducta suicida y comportamientos autodestructivos, pudiendo desarrollar un trastorno bipolar o límite de la personalidad (Pereda Beltrán, 2009-2010). Por su lado, la RE, se define como un proceso a través del cual las personas influyen sobre la forma y el tiempo en el que experimentan y expresan emociones (Groos, 1998). Los eventos traumáticos interrumpen la adquisición de habilidades de RE adaptativas. Por lo tanto, la RE se relaciona indirectamente con conductas internalizantes y externalizantes, disfuncionamiento social, angustia emocional y deterioro de la calidad de vida (Ben-Aminaty et al., 2016; Dvir et al., 2014; Messman-Moore et al., 2010; Powers et al., 2014; Thomas et al., 2011).

La motivación para realizar este trabajo reside en la necesidad de abordar los déficits emocionales de las víctimas de ASI con la finalidad de garantizar resultados más satisfactorios sobre el bienestar y a largo plazo. Además, al ser poco frecuente la intervención temprana resulta lógico que se dirija a adultos con el propósito de reforzar el tratamiento habitual. Gracias a la revisión bibliográfica realizada, he ampliado mis conocimientos acerca del ASI y su intervención, así como del abanico de estrategias de RE que la literatura y la práctica clínica engloban.

3. Objetivos

El objetivo principal del presente trabajo es diseñar un programa de RE para adultos víctimas de ASI, coadyuvante a la TCC, para reducir las consecuencias emocionales derivadas del ASI.

4. Marco teórico

4.1. El abuso sexual infantil

4.1.1. Aproximación histórica y definición

Remontándonos a la antigua Grecia y Roma, la sodomía, término que hace referencia a la penetración anal, a menores de 12 a 16 años era frecuente. Desde la República hasta el siglo XVII, esta práctica fue penada con la muerte. Durante el Antiguo Régimen, los abusos intrafamiliares adquirieron visibilidad y en el siglo XIX, surgió el Código Penal de 1848 que constituye el contexto jurídico de los abusos sexuales en la infancia. Con la llegada de la Democracia, se creó la Ley de Protección del Menor y a la Infancia, y aumentó la conciencia social (Sáez Martínez, 2015). Por lo tanto, el ASI ha sido una práctica transhistórica común que ha sido concebida de diferentes formas. Actualmente, se considera una de las formas más graves de violencia y provoca consecuencias negativas sobre la vida de las víctimas (Save the Children, 2012). Según la Organización Mundial de la Salud (1999) es aquella situación en la cual un menor es víctima de una persona mayor que él, con el objeto de satisfacer sus necesidades sexuales. Dicha situación se da mediante el abuso de poder, la asimetría, la manipulación o la coacción, y el menor no da su consentimiento (FAPMI, 2011; Save the Children, 2012). El Consejo de Europa (citado en Save de Children, 2012), en su definición de ASI, aborda también la ocurrencia en el núcleo de la familia. No es necesario que haya contacto físico directo para ser considerado abuso sexual ya que existen otras tipologías; sin contacto físico como el exhibicionismo, la visión de pornografía o la masturbación. Por otro lado, también se considera una forma de ASI, la vejación sexual que hace referencia a tocamientos hacia el menor o de este al adulto (FAPMI, 2011; Save the Children, 2012).

4.1.2. Epidemiología

El riesgo de sufrir ASI es entre dos y tres veces mayor en niñas que en niños (UNICEF, 2011). De hecho, estudios han demostrado que una de cada cinco mujeres (18,95%) y uno de cada diez hombres (9,7%), de la población mundial, han sido víctimas de ASI (Losada, 2012). Una encuesta de las Naciones Unidas sobre violencia contra el menor (citada en Save the Children, 2012) refiere que hasta el 56% de mujeres sufrieron ASI intrafamiliar mientras que el 25% correspondía a hombres. En relación con la edad, en

España, han demostrado que entre un 10 y 20% de la población ha sido víctima de ASI, habitualmente antes de cumplir los 13 años. Los estudios de prevalencia engloban muestras de edades comprendidas de 12 a 18 años con distintos orígenes. Se estima que entre el 12 y el 15% de menores de centros escolares, de institutos y de centros de día con conflictos sociales, han sido víctimas de ASI. Mientras que en centros juveniles de justicia y colectivos de riesgo se observa el 16% de casos. Sin embargo, en centros residenciales y de acogida, el porcentaje asciende al 29,5% (Pereda Beltrán, 2016).

Atendiendo a la tipología, son más frecuentes los abusos sexuales con contacto físico en muestras de centros residenciales y de acogida, o en colectivos con vulnerabilidad. En centros escolares y de justicia juvenil, se estima mayor incidencia de abusos sin contacto físico. Sin embargo, no hay datos para la tipología en muestras de institutos o centros de día. En cuanto al género, la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres (Pereda Beltrán, 2016).

4.1.3. Factores de riesgo y de protección

Los factores de riesgo y de protección no son determinantes, pero minimizan o maximizan la probabilidad de sufrir un abuso sexual. Una clasificación de los factores de riesgo basada en el modelo ecológico de Bronfenbrenner (citado en Zayas García, 2016) expone lo siguiente: pertenecer al género femenino, tener entre 6-7 y 10-12 años, así como tener un retraso del desarrollo o discapacidad; hacen referencia a factores individuales. Mientras que pertenecer a un núcleo familiar monoparental, convivir con un padrastro u otro familiar, el consumo de drogas por parte de algún miembro, la violencia intrafamiliar o la transmisión del maltrato y el desamparo afectivo; son factores de riesgo del microsistema. Por último, se tienen en cuenta como factores socioculturales (exosistema): el uso del castigo físico, la escasa red de apoyo, la falta

de empleo o condiciones laborales precarias, el bajo nivel económico y el aislamiento social (Zayas García, 2016).

Por otro lado, UNICEF (2011) establece una categorización semejante a la anterior y discrepa en la edad de riesgo, considera que comprende los 12-13 años debido al desarrollo de caracteres físicos sexuales. Así mismo, en los factores socioeconómicos incluye la promiscuidad y la desprotección emocional al menor, y en factores familiares tiene en cuenta la historia de ASI en las madres. Para este último ámbito, Whitaker et al. (2008) revela los siguientes factores: los antecedentes de abuso físico y/o sexual, el tipo de apego, el control de la paternidad coercitiva y el concepto de disciplina dura. Sin embargo, la variabilidad de factores de protección es menor, principalmente se tienen en cuenta: la afectividad positiva intrafamiliar, la estabilidad económica, el desarrollo de una red de apoyo psicosocial sólida, la autonomía personal, el apoyo de la pareja en la crianza de los hijos, así como la integración social en la comunidad (Zayas García, 2016).

4.1.4. Consecuencias psicológicas de las víctimas

Las consecuencias o efectos adversos dependerán de factores como la edad, la cultura de la víctima, el perfil del abusador, la cronicidad, el daño físico provocado, los sentimientos de culpa y miedo, entre otros. A rasgos generales, hay evidencia de que la probabilidad de manifestar síntomas depresivo-ansiosos o postraumáticos, indicios de suicidio o abuso de sustancias es tres veces mayor en población adulta víctima de ASI (UNICEF, 2011). Por una parte, las consecuencias psicológicas a corto plazo, generadas en los dos años posteriores al abuso, pueden clasificarse en: problemas emocionales referentes a síntomas depresivo-ansiosos y postraumáticos, baja autoestima, culpabilidad y estigmatización, e ideación/conducta suicida. A nivel cognitivo y académico, se observan déficits en atención y concentración, así como conductas hiperactivas. Evaluando las relaciones con los iguales y adultos, se ven

gravemente afectadas por la ruptura que supone el ASI en la confianza de la víctima, lo cual conlleva el aislamiento social (Pereda Beltrán, 2009). Respecto a los problemas de conducta, aumentan los actos erotizados, la conducta disruptiva y agresiva. Así mismo, se genera “conformidad compulsiva”, término que hace referencia a la conformidad y vigilancia a menores víctimas con el fin de minimizar el riesgo de hostilidad y permitir la adaptación. Por último, a nivel funcional, se encuentran dificultades en el sueño, desarrollo de enuresis o encopresis, quejas somáticas y problemas con la alimentación (Pereda Beltrán, 2009).

Por otra parte, dado que las víctimas no suelen contar lo sucedido, no es posible la intervención temprana y las consecuencias iniciales se extienden hasta la edad adulta (Rull y Pereda, 2011). Los trastornos bipolares o el trastorno de personalidad límite, junto con comportamientos autodestructivos, forman parte de los problemas emocionales. Respecto a las relaciones con los otros, se denota baja actividad con la comunidad y dificultades para tener amigos, las relaciones de pareja suelen ser inestables y el estilo de educación a los hijos tiende a ser más permisivo (Pereda Beltrán, 2010). En cuanto a problemas conductuales, se encuentran dificultades de adaptación social, altas tasas de hostilidad y comportamientos antisociales, que podrían generar un trastorno asociado. Mientras que a nivel funcional, requieren mayor importancia los dolores físicos sin justificación médica. Por último, la sexualidad está acompañada por conductas de riesgo, prostitución, revictimización o maternidad prematura; y por ello, es una de las dimensiones de mayor riesgo (Hornor, 2009; Pereda Beltrán, 2010). De hecho, la revictimización podría surgir ya que el ASI aumenta la probabilidad de sufrir abuso sexual en la adultez y, como consecuente, eleva significativamente la sintomatología postraumática; especialmente en mujeres que serán susceptibles de tener relaciones sexualmente violentas y disfuncionales (Hornor, 2009). Otro fenómeno denominado “efectos durmientes”, se manifiesta tras un largo periodo de tiempo desde el abuso y hace referencia a efectos emocionales o

conductuales. Puede darse en la adultez causado por un estresor, una revictimización o carencia de esta (Cantón-Cortés y Cortés, 2015).

En conclusión, la pluralidad de las víctimas de ASI manifiestan sintomatología de moderada a grave, este evento les genera impotencia y sensación de falta de control sobre la situación, lo cual influye sobre su desarrollo neurológico (Honor, 2009). El impacto a nivel emocional ronda el 30%, aproximadamente el 70% sufren sintomatología depresivo-ansiosa, destacando la depresión en mujeres y la ansiedad en hombres (Amado et al., 2015).

4.1.5. Programas de intervención para víctimas en la edad adulta

Una revisión sistemática acerca de los programas de intervención revela la diversidad de enfoques para abordar las consecuencias a largo plazo derivadas del ASI. Por un lado, desde la terapia psicodinámica de la mano de intervenciones como la de Lundqvist y Ojehagen (2001) y la de Price et al. (2004) se arrojan resultados positivos sobre sintomatología psiquiátrica, depresiva, funcionamiento global e interacción interpersonal. Así mismo, el programa de Lundqvist et al. (2006) logra la reducción de sintomatología postraumática y aumenta el sentido de coherencia. Por otro lado, terapias sistémicas como la de Stalker et al. (2005) que reflejan que la mitad de su muestra reduce significativamente los síntomas postraumáticos al año y la de Kriedler (2005) que refiere mejoras sobre la autoestima y sintomatología en personas con enfermedad mental crónica. A su vez, MacIntosh y Johnson (2008) a partir de la terapia centrada en las emociones, logran aumentar los niveles de satisfacción relacional y reducir los síntomas postraumáticos. También cabe destacar como terapia de enfoque feminista, el trabajo de Hébert y Bergeron (2007) obteniendo resultados positivos sobre la autoestima. La terapia orientada al cuerpo de la mano de Price (2005) que optimiza el bienestar fisiológico, psicológico y la conciencia corporal. Así como, la práctica de mindfulness de Kimborough et al. (2010) parece reducir el estrés postraumático y la

sintomatología depresivo-ansiosa. Por último, desde un enfoque integrador se encuentra un programa a nivel intrafamiliar de Echeburúa y Guerricaechevarría (2011) que revela disminución de síntomas cognitivo-conductuales y emocionales, integración de la experiencia en su historia de vida y prevención de otros abusos. Sin embargo, la TCC es el tratamiento de primera línea mostrando eficacia sobre sintomatología postraumática y problemas conductuales (ver Tabla 1).

Tabla 1

Programas para Adultos basados en la TCC

Autores y Año	Muestra: Sexo y Edad	Variables que Trabajan	Sesiones y Duración	Fortalezas	Debilidades
Gorey et al. (2001)	M n.e.	Culpa. Aislamiento. Desesperanza.	15 n.e.	Aumento de la esperanza y afiliación. Disminución del sentimiento de culpa.	Los resultados se mantienen 6 meses.
Romano y De Luca (2006)	H 23-37a.	Autoculpabilidad. Ira. Ansiedad.	M= 20 2 - 5 meses	Mayores efectos sobre la ansiedad.	Menores efectos sobre la autculpa y la ira.
Cole et al. (2007)	M M=31a.	Síntomas psicopatológicos y postraumáticos.	16 2 meses	Adquisición de estrategias de enfrentamiento (autocontrol y defensa).	Los síntomas postraumáticos no se redujeron.

Jepsen et al. (2009)	M y H M=41,7a.	Síntomas postraumáticos, depresivos y ansiosos.	2 grp./d 1-2 ind./s 3 meses	Mejora relevante en área interpersonal.	En muchos casos, los síntomas intrusivos se mantuvieron.
		Problemas interpersonales.		Mayores cambios sobre la evitación (s. postraumáticos)	Sin resultados en síntomas depresivos.
Sarasua et al. (2013)	M M=27,8a.	TEPT. Malestar emocional. Evitación de contactos sexuales.	12 3 meses	Reducción de sintomatología postraumática y conductas sexualizadas.	Bajos resultados para el malestar emocional.

Fuente: Elaboración propia.

M: Mujeres

H: Hombres

n.e.: no especificado

TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático

El tratamiento psicológico en cualquiera de sus enfoques debe abordar las dificultades concretas de la persona e integrar la experiencia traumática en la historia de vida. Tras la revisión realizada se infiere que los destinatarios suelen tener una edad media de 36 años y prevalece el género femenino. En cuanto al formato de aplicación, se estima mayor éxito a nivel grupal y mediante coterapia. La duración oscila entre el mes y medio, y los dos años. Respecto al seguimiento, en la mayoría se contempla a seis meses pero se observan mayores beneficios al año (Rull y Pereda, 2011).

En cuanto a las limitaciones de los programas de intervención, se observan especialmente dos. Por un lado, la intervención suele ir dirigida al trastorno desarrollado a raíz del ASI, por ello, resulta interesante crear un programa que se destine a cualquier víctima sin esta condición. Por otro lado, pese a la diversidad de enfoques terapéuticos, la TCC es el más utilizado y no obtiene buenos resultados sobre procesos emocionales. Así mismo, el sentimiento de culpa no se suele tener en cuenta como variable a trabajar y es una pieza fundamental para la superación del malestar (Rull y Pereda, 2011). Por todo ello, surge la necesidad de desarrollar un programa complementario a este que actúe sobre las consecuencias emocionales derivadas del ASI, por lo que, se ha profundizado en el concepto de regulación emocional y en sus implicaciones con el ASI.

4.2. La regulación emocional

4.2.1. Conceptualización

La regulación emocional (RE) definida por Groos (1998) es un proceso a través del cual las personas influyen sobre la forma y el tiempo en el que experimentan y expresan emociones. Con el avance en la investigación, este término hace referencia a un proceso de toma de decisiones sobre las emociones que se sienten y la selección de estrategias para gestionarlas en base a metas personales, sociales y del entorno. Conlleva mecanismos de autorregulación, regulación a través de la emoción y regulación de la emoción (Gómez Pérez y Calleja Bello, 2016). Atendiendo a aproximaciones cognitivo-conductuales, la RE alude a la capacidad para manejar la respuesta fisiológica asociada a la emoción e implica estrategias adaptadas al contexto y a las metas. Unos autores sitúan el enfoque en el individuo y su funcionamiento, es decir, en el temperamento, el afrontamiento y la autorregulación conductual. Mientras que otros en el papel de la regulación emocional sobre el desarrollo del individuo en el medio social, este aspecto se tiene en cuenta en la práctica clínica de conductas internalizantes y externalizantes (Vargas Gutiérrez y Muñoz-Martínez, 2013).

4.2.2. Implicaciones

El modelo de RE basado en el procesamiento de Groos (1999) permite reconocer y canalizar una respuesta emocional de fuerte intensidad y/o duración que interfiere en la vida del individuo. A partir de las limitaciones de este, Hervás (2011) plantea otro modelo de RE basado en el procesamiento emocional en el cual refiere que tras un evento con implicaciones emocionales surge automáticamente la necesidad de procesar la experiencia, para ello, este autor cree necesarias las siguientes tareas: apertura, atención, etiquetado, aceptación, análisis y regulación emocional. Por lo que, los déficits emocionales alentarían la desregulación emocional e influirían sobre la probabilidad de desarrollar algún tipo de psicopatología (ansiedad, depresión, trastorno postraumático y límite de la personalidad). En este sentido, los eventos traumáticos interfieren en el aprendizaje de habilidades interpersonales y de RE adaptativas. La desregulación emocional se relaciona estrechamente con la exposición temprana al abuso y el incremento de arousal. En la adultez, conlleva conductas internalizantes y externalizantes, entre ellas de riesgo, disfuncionamiento social e incremento de la probabilidad de revictimización (Ben-Aminaty et al., 2016; Dvir et al., 2014; Messman-Moore et al., 2010). Además, la alexitimia o incapacidad para identificar, reconocer o describir emociones actúa como mediador entre la gravedad del ASI y la depresión en adultos. Puesto que las víctimas tienden a reprimir su excitación emocional, lo cual exagera la dificultad de procesar el evento de abuso y provoca angustia emocional (Thomas et al., 2011). Para la sintomatología postraumática y el dolor, tras un ASI, los hallazgos infieren que la RE contribuye al deterioro de la calidad de vida en la adultez (Powers et al., 2014).

Concluyendo, tras conceptualizar el ASI y discernir las limitaciones del tratamiento de primera línea, se ha profundizado en las implicaciones con la desregulación emocional y se ha observado la relación intrínseca entre ambos conceptos. Por lo que, se plantea como objetivo principal para el presente trabajo, diseñar un programa de RE para

adultos víctimas de ASI, coadyuvante a la TCC, con la finalidad de reducir las consecuencias emocionales derivadas del ASI. Cabe esperar que añadir una intervención centrada en la regulación emocional supondrá beneficios sobre el bienestar y la percepción de estados afectivos de los participantes (Powers et al., 2014).

5. Metodología de investigación

La presente propuesta de intervención se enmarca en una exhaustiva revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Dialnet, Índices, Pubmed, PsycINFO, SCIELO y Google Académico. Las palabras clave y moduladores utilizados han sido “abuso sexual infantil”, “intervención en adultos OR abuso sexual infantil”, “abuso sexual infantil AND regulación emocional” y “regulación emocional en adultos”, usadas tanto en castellano como en inglés. Los criterios de inclusión empleados han sido que el idioma sea castellano o inglés, que se trate de artículos o manuales científicos con accesibilidad a texto completo y que estuvieran publicados en los últimos 20 años, a excepción de alguna referencia específica por idoneidad al tema. Por lo que, se han excluido aquellos artículos o manuales en otros idiomas, sin accesibilidad al texto, de carácter académico (tesis doctoral o trabajos finales de grado-máster) y publicados en los anteriores 20 años.

6. Propuesta de intervención

6.1. Presentación de la propuesta

El presente programa de RE para víctimas de ASI, es complementario a la TCC y su aplicación es a nivel grupal mediante coterapia. Consta de cinco fases, las cuales se subdividen en 12 sesiones con periodicidad semanal, salvo las dos últimas que se realizan a los 6 y 12 meses. La propuesta se conceptualiza en el entrenamiento del procesamiento emocional óptimo de Hervás (citado en Hervás y Moral, 2017), por su capacidad para integrarse con cualquier enfoque terapéutico. El modelo parte de la premisa de que, si la persona aprende a procesar las vivencias emocionales de baja o

moderada implicación, cuando afronte una situación complicada o traumática pondrá en marcha las mismas estrategias. Por ello, el entrenamiento se basa principalmente en desarrollar dichas habilidades y automatizarlas ante cualquier experiencia (para un resumen de las fases y sesiones, ver Tabla 3).

6.2. Objetivos concretos que persigue la propuesta

El objetivo general del programa es optimizar la regulación emocional de adultos que han sufrido ASI.

Los objetivos específicos son:

- Desarrollar habilidades emocionales específicas (i.e., apertura, atención, etiquetamiento, aceptación, análisis y modulación).
- Reducir el malestar emocional.
- Aumentar el bienestar emocional.
- Automatizar el uso de estrategias emocionales funcionales.

6.3. Contexto en el que se aplica o podría aplicarse la propuesta

El grupo poblacional al que se dirige este programa es un grupo de adultos de edades comprendidas entre 30 y 45 años con un nivel socioeconómico medio, que hayan sufrido ASI de cualquier tipología y presenten déficits en procesos de regulación emocional medidos mediante la Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS). Además, deben haber recibido el tratamiento cognitivo-conductual, puesto que la presente propuesta es coadyuvante al mismo. Los criterios de exclusión, en este caso, son: presentar ideación/conducta suicida, crisis psiquiátricas o comorbilidad con un trastorno mental grave (psicosis, bipolaridad, depresión mayor, etc.) (Rull y Pereda, 2011). Para la participación en el programa todos los participantes deberán firmar un consentimiento informado previo al comienzo de este.

6.4. Metodología y recursos

El programa se lleva a cabo mediante coterapia, compuesta por una pareja de psicólogos. Así mismo, el plan de intervención consta de cinco fases, subdivididas en 12 sesiones con periodicidad semanal, salvo las dos últimas que se realizan a los 6 y 12 meses (ver Figura 2). También está compuesto de “tareas para casa” con la finalidad de generar adherencia al tratamiento y favorecer el desarrollo de las habilidades emocionales específicas propias de un procesamiento emocional óptimo, en cada sesión se dedicará un tiempo inicial para abordar dudas y/o aclaraciones. Los materiales necesarios para la realización de estas, así como, los utilizados en las sesiones se enviarán por email a cada participante tras finalizar la sesión. En la Tabla 2, se exponen los recursos necesarios para llevar a cabo el programa:

Tabla 2

Recursos Generales

Personales	Materiales	Ambientales
- 2 psicólogos	- Papelería: bolígrafos,	- Sala amplia
- Grupo experimental	rotuladores, tijeras,	- Sillas y mesas
- Grupo control	papel continuo, folios, cartulinas de colores y postit.	
	- Power-Points de psicoeducación.	
	- Caja o cesta.	
	- Dispositivo para grabar.	
	- Listado de mitos y de situaciones para etiquetado emocional.	

- Lectura de conceptualización de mindfulness y de práctica.
- Guía de aceptación.
- Autorregistro de análisis emocional.
- Listado de mensajes emocionales.
- Diario emocional.

Fuente: Elaboración propia.

6.5. Sesiones

Fase 1: Psicoeducación sobre emociones

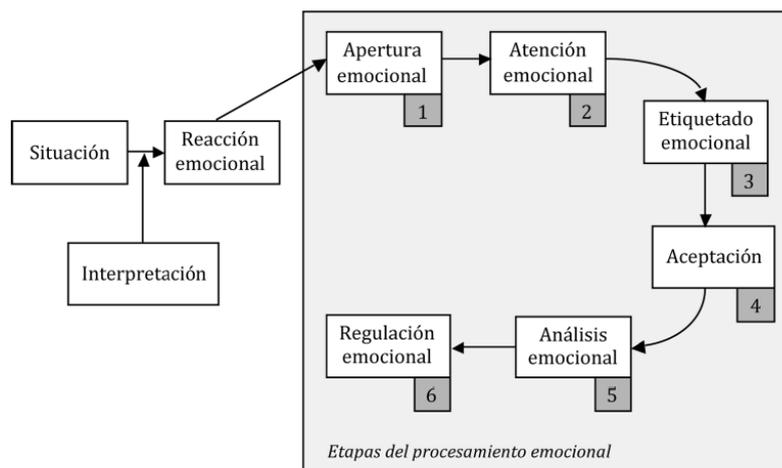
La primera sesión se destina a la psicoeducación en emociones con la finalidad de informar a los destinatarios de la función de estas y disminuir las ideas negativas asociadas al procesamiento emocional. A través de una presentación de Power Point se expondrá el concepto de “emoción”, por qué las emociones son necesarias y la función de las seis emociones básicas (i.e., alegría, asco, tristeza, enfado, miedo y sorpresa) a partir de una tabla que se irá completando en consenso grupal. Posteriormente, de la mano de la “rueda de las emociones” se explicará el amplio abanico emocional derivado de las emociones básicas (ver anexo 1).

En la segunda sesión, continuando con la psicoeducación, se realizará un ejercicio de “mitos” dividiendo el grupo en dos partes, con la intención de que una parte exponga argumentos a favor y la otra, en contra; con la posterior refutación en base a la psicoeducación de la anterior sesión (ver anexo 2). Por último, se expondrá el proceso

de regulación emocional de Hervás (2011) a partir del cual se basa el entrenamiento en habilidades emocionales específicas de la siguiente fase (ver Figura 1).

Figura 1

Modelo de Regulación Emocional basado en el Procesamiento Emocional de Hervás (2011)



Fase 2: Entrenamiento en habilidades emocionales específicas (HHEE)

La tercera sesión se basa en las dos primeras tareas del entrenamiento en HHEE, la apertura y la atención emocional. Ambos conceptos hacen referencia a la capacidad de acceder conscientemente y destinar recursos atencionales a la información emocional, respectivamente (Hervás, 2011). Para ello, se realizará una práctica de mindfulness. En primer lugar, se expondrán los principios básicos de esta práctica y los beneficios mediante una lectura; en segundo lugar, se realizarán ejercicios de respiración diafragmática, con la finalidad de facilitar la inducción de los participantes a la práctica de consciencia plena. Además, se explicará a través de una metáfora que los pensamientos o impulsos que surjan durante la práctica son meras nubes que están pasando, no se pretende analizar cada una de ellas, sino dejarlas ir y centrar la atención en la información emocional. Tras ello, dará comienzo la práctica de mindfulness, la cual

será grabada con el objetivo de que puedan realizar esta tarea en casa (una vez al día) y al finalizar, se validarán y compartirán las sensaciones vividas del grupo (ver anexo 3).

La cuarta sesión consiste en el etiquetamiento emocional, es decir, identificar o nombrar con claridad las emociones (Hervás, 2011). La primera parte de la sesión se basa en otorgar diferentes colores a las emociones básicas y derivadas, en consenso y con ayuda de la “rueda de las emociones”. Posteriormente, los participantes crearán sus propias tarjetas siguiendo esos colores, poniendo en una cara el nombre de la emoción y en el reverso la función. La segunda parte consiste en plantear diferentes situaciones que los participantes deben escenificar mediante role-playing e identificar que emociones evocan utilizando las tarjetas. Así mismo, se reflexionará sobre cómo han respondido a dicha situación los participantes que hayan representado la escena. Como tarea para casa, cada participante debe cumplimentar su calendario emocional que consiste en colorear cada día según la emoción que más se haya experimentado (ver anexo 4).

La quinta sesión se centra en la aceptación, definida como la ausencia de juicio ante la experiencia emocional (Hervás, 2011). Para ello, se trabajará la interpretación emocional, tratando de modificar el significado disfuncional por otro más funcional. Por ejemplo, ante la emoción de culpa se suele interpretar “soy una mala persona”, cuando un mensaje más funcional sería “quizá he hecho daño a otra persona” (Hervás, citado en Hervás y Moral, 2017). Se realizará un mural en el cual cada participante seleccionará una emoción (a través de las tarjetas emocionales) y en grupo se atribuirán significados. Posteriormente, se reflexionará acerca de su disfuncionalidad y se generarán significados alternativos más adaptativos. En una segunda parte, se debatirá sobre formas de respuesta ante un suceso que desencadena malestar emocional, las cuales son: resolver el problema, aceptar la realidad o adoptar una actitud miserable

(Reyes Ortega y Tena Suck, 2016). A partir de ello, se entregará a cada participante una guía de cómo poner en práctica la “aceptación radical”, la cual se explica y ejemplifica para facilitar su comprensión. Como tarea para casa, deben poner en marcha este método en futuras situaciones y continuar con el calendario emocional (ver anexo 5).

La sexta sesión se enfoca en desarrollar la capacidad para reflexionar y comprender el significado e implicaciones de sus emociones, haciendo referencia al análisis emocional (Hervás, 2011). En primer lugar, se realizará psicoeducación acerca del análisis emocional y de sus componentes: origen, mensaje, validez y aprendizaje (Hervás, citado en Hervás y Moral, 2017). En segundo lugar, cada participante debe observar y describir una emoción que hayan experimentado recientemente mediante un autorregistro. Junto a este, se entregará un listado de mensajes emocionales como material de apoyo. Posteriormente, se compartirá la actividad con el grupo y se reflexionará acerca de ello. Como tarea para casa, deben realizar el autorregistro de análisis emocional diariamente (ver anexo 6 y 7).

La séptima sesión, consiste en entrenar la habilidad de regular emociones. Para ello, se explicará a través de una presentación de Power Point la diferencia entre una estrategia efectiva y una inefectiva. Después, se realizará la dinámica “estrategias de RE” que consiste en ir sacando de una caja, de forma individual, papeles escritos con estrategias y clasificarlas por nivel de eficacia y tipología (emocional, cognitiva o conductual). De esta forma, se generará un listado al alcance del grupo como material de apoyo. Como tarea para casa, deben continuar con el autorregistro emocional evaluando si la estrategia de regulación empleada ha sido funcional.

Fase 3: Entrenamiento del procesamiento emocional en situaciones reales

En esta fase, los participantes ponen en marcha las habilidades aprendidas en situaciones pasadas y presentes, en el caso de situaciones relevantes por su impacto

emocional es necesario tener en cuenta dinámicas no efectivas como la rumiación y la infusión afectiva, esta última haciendo referencia a la influencia del afecto sobre la cognición (Hervás, citado en Hervás y Moral, 2017). La octava sesión se basa en psicoeducar en ambos procesos y en cómo evitar/salir de esas dinámicas poniendo en marcha estrategias más efectivas (con apoyo del listado creado en la sesión anterior). Como tarea para casa, deben comenzar un diario emocional en el cual analizarán cada día una situación aunque sea de leve carga emocional y aparte, reevaluarán un hecho del pasado con alto impacto emocional siguiendo las instrucciones de un diario (ver anexo 8).

La novena sesión se destina a compartir el diario emocional, por un lado, analizando si ha habido una reinterpretación del suceso pasado y han surgido cambios en los esquemas. Para lograr un reprocesamiento emocional se requiere de múltiples ciclos. Por ello, los participantes deben realizar esta práctica por escrito, en distintos momentos, durante los próximos 6 meses, en al menos 5 situaciones pasadas con carga emocional negativa (incluido el suceso con el cual ya se ha iniciado el proceso). Por otro lado, se abordarán cuestiones que florezcan del entrenamiento en situaciones presentes y como tarea para casa, deben continuar con el diario emocional.

Fase 4: Prevención de recaídas

La décima sesión se destina a una de las partes más importantes de todo programa de intervención, la identificación de señales ante una posible recaída y la creación de un plan de prevención. Por lo que, en un primer momento se recordarán los pasos eficaces que conforman un procesamiento emocional óptimo, con la revisión de las tareas para casa. Así como, se psicoeducará en la diferencia entre recaída y resbalón. Posteriormente, como plan de mantenimiento de las HHEE aprendidas se continuará con el diario emocional con progresión a entrenamiento mental y se estimarán las sesiones de seguimiento (Reyes Ortega y Tena Suck, 2016).

Fase 5: Seguimiento

La onceava y doceava sesión se realizarán a los 6 y 12 meses de finalizar la cuarta fase, con el objetivo de evaluar el mantenimiento de los resultados. La onceava sesión consistirá en compartir en grupo si ha habido una reinterpretación de 5 sucesos pasados y si han surgido cambios en los esquemas mentales. Así como, las dificultades que se hayan encontrado. En base a ello, se estimará de forma individual si se ha logrado el objetivo, o si se debe continuar trabajando en él. De igual forma, con el entrenamiento mental en situaciones cotidianas. En la doceava sesión, de igual forma, se evaluará la generalización de los resultados y si se estableció como objetivo continuar con el reprocesamiento emocional de algún suceso pasado se abordará. En ambas sesiones, si es necesario, se realizarán ejercicios de recuerdo a fin de fortalecer la automatización de las HHEE aprendidas.

Tabla 3

Fases, Sesiones, Duración y Objetivos

Fases	Sesiones	Duración	Objetivos
Psicoeducación de emociones	1 ^a	90´	- Dotar a los destinatarios de conocimientos a nivel emocional.
	2 ^a		- Disminuir las ideas negativas asociadas al procesamiento emocional.
Entrenamiento en HHEE específicas	3 ^a	90´	- Favorecer la apertura y atención emocional.
	4 ^a		- Identificar emociones.
	5 ^a		- Generar significados emocionales más funcionales.

				<ul style="list-style-type: none">- Desarrollar la capacidad de aceptación a la realidad.
Entrenamiento en HHEE específicas	6 ^a		90´	<ul style="list-style-type: none">- Trabajar la capacidad de análisis emocional.
	7 ^a			<ul style="list-style-type: none">- Generar un repertorio de estrategias de RE.
Entrenamiento del procesamiento emocional en situaciones reales	8 ^a		90´	<ul style="list-style-type: none">- Reprocesar emocionalmente situaciones pasadas.
	9 ^a			<ul style="list-style-type: none">- Procesar emocionalmente situaciones presentes de forma más funcional.
Prevención de recaídas	10 ^a		90´	<ul style="list-style-type: none">- Identificar señales que anteceden una recaída.- Crear un plan de mantenimiento.
Seguimiento	11 ^a y 12 ^a		90´	<ul style="list-style-type: none">- Evaluar la generalización de los HHEE aprendidas.- Fortalecer HHEE aprendidas.

Fuente: Elaboración propia.

6.6. Cronograma de aplicación

Figura 2

Cronograma Semanal

Fases	Sesiones	Semanas													
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	37	62
Pre evaluación															
Psicoeducación sobre emociones	1ª														
	2ª														
Entrenamiento de HHEE específicas	3ª														
	4ª														
	5ª														
	6ª														
	7ª														
Entrenamiento del procesamiento emocional a situaciones reales	8ª														
	9ª														
Prevención de recaídas	10ª														
Post evaluación															
Seguimiento	11ª														
	12ª														

Fuente: Elaboración propia.

6.7. Evaluación de la propuesta

El programa se basa en un diseño cuasi experimental con evaluación en cuatro tiempos diferenciados (i.e., pre y post tratamiento, seguimiento a los 6 y 12 meses). El diseño estará conformado por un grupo experimental y otro control que se encuentra recibiendo el tratamiento habitual (i.e., tratamiento cognitivo conductual). De esta forma, el grupo experimental recibirá la combinación de TCC más el presente programa de regulación emocional, mientras que el grupo control solo recibirá la TCC. Esto permitirá evaluar el efecto acumulativo del presente programa. En caso de que la evidencia mostrase un efecto positivo, el grupo control recibirá también la formación en regulación emocional. En relación con la composición de los grupos, el método de asignación es al azar y el tamaño de ambos grupos sería de 10 participantes. Los instrumentos de evaluación, adaptados al español, son los siguientes:

- Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), consta de 28 ítems mediante una escala Likert de 0 a 5 puntos, siendo 0 “casi nunca” y 5 “casi siempre”. Conformada de las siguientes subescalas: descontrol, rechazo, interferencia, desatención y confusión. Obtiene un α de Cronbach igual a 0,93 (Hervás y Jódar, 2008).
- Escala de Regulación Emocional (ERQ), consta de 9 ítems puntuados con escala Likert de 1 a 7, siendo 1 “totalmente en desacuerdo” y 7 “totalmente de acuerdo”. Conformada por dos factores; reevaluación cognitiva (6 ítems) y supresión expresiva (3 ítems). Presenta buena consistencia interna, obteniendo un α de Cronbach igual a 0,81 para el factor de reevaluación cognitiva e igual a 0,71 para el de supresión expresiva (Pagano y Vizioli, 2021).
- Escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS), consta de 10 ítems para medir cada afecto, mediante escala Likert de 1 a 5 puntos siendo 1 “nada o muy ligeramente” y 5 “mucho”. Presenta un α de Cronbach para el afecto positivo de 0,92 y para el afecto negativo de 0,88 (López-Gómez et al., 2015).

- Escala de Respuestas Rumiativas (RRS), consta de 22 ítems puntuados con escala Likert de 1 a 4, siendo 1 “casi nunca” y 4 “casi siempre”. Conformada por dos subescalas; reproches que representa el elemento negativo del estilo rumiativo y reflexión que representa el elemento funcional. Presenta una elevada consistencia interna (α de Cronbach en la escala global de 0,93) (Hervás, 2008).

Además de los anteriores instrumentos, en la post evaluación, se aplicará la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4) que consta de 4 ítems con 5 opciones de respuesta (Feixas et al., 2012).

7. Conclusiones

En innumerables ocasiones el abuso sexual infantil no se detecta en el momento de producirse y, por ende, las consecuencias derivadas del suceso traumático se extienden a la edad adulta y aumenta la probabilidad de desarrollar un trastorno bipolar o de la personalidad, entre otros (Rull y Pereda, 2011). Es por ello, que la mayoría de las intervenciones van dirigidas al tratamiento de la psicopatología desarrollada. En este sentido, el tratamiento por excelencia para abordar las consecuencias psicológicas del ASI ha sido el enfoque cognitivo-conductual, por su evidente éxito en reducir síntomas postraumáticos y problemas conductuales. Pese a ello, hay otros enfoques que también muestran resultados prometedores sobre sintomatología depresivo-ansiosa, como la terapia psicodinámica de Price et al. (2004), la práctica de mindfulness de Kimborough et al. (2010) y el enfoque integrador de Echeburúa y Guerricaechevarría (2011). Sin embargo, dichas intervenciones abordan de manera indirecta procesos de regulación emocional que, de hecho, se encuentran intrínsecamente relacionados con el procesamiento de la experiencia traumática. Al tratarse de un suceso que ocurre en la infancia, se produce una ruptura del aprendizaje de habilidades interpersonales y de procesos de regulación emocional adaptativos (Ben-Aminaty et al., 2016; Dvir et al., 2014; Hervás, 2011; Messman-Moore et al., 2010; Thomas et al., 2011). Por lo tanto, la presente propuesta de intervención, coadyuvante a cualquier programa de TCC para el

ASI, se ha diseñado con el objetivo de abordar los procesos de regulación emocional para reducir las consecuencias emocionales derivadas del ASI. Este programa se ha realizado teniendo en cuenta las aportaciones de otros programas previos, como, por ejemplo, la idoneidad del formato grupal mediante coterapia y el seguimiento al año para observar mayores beneficios. Así mismo, la edad de los participantes se enmarca entre los 30 y 45 años, puesto que la media de los adultos que acuden a terapia se encuentra en los 36 años (Rull y Pereda, 2011).

Los resultados que se esperan obtener tras la finalización de la intervención van de la mano de los objetivos específicos planteados. Se espera por tanto, que los participantes sean capaces de desarrollar una serie de habilidades emocionales específicas (i.e., apertura, atención, etiquetamiento, aceptación, análisis y modulación) que permitan la reducción del malestar emocional, el aumento del bienestar emocional y la automatización del uso de estrategias emocionales más funcionales. El fin último es que los participantes adquieran las habilidades necesarias para realizar un procesamiento emocional óptimo. Para analizar dichas ganancias, se ha propuesto un diseño cuasi experimental con evaluación en cuatro tiempos diferenciados (i.e., pre y post tratamiento, seguimiento a los 6 y 12 meses) a fin de evaluar el efecto acumulativo y el mantenimiento de los resultados. El diseño estará conformado por un grupo experimental y otro control que se encuentra recibiendo la TCC. Este diseño es una de las fortalezas del presente programas ya que se permitirá analizar los beneficios específicos derivados del programa de RE en comparación con la terapia al uso. Sin embargo, es necesario enfatizar algunas de las limitaciones que podría tener el presente programa. A pesar de que programas previos de intervención en ASI en la edad adulta han seguido un formato grupal (Rull y Pereda, 2011), la ausencia de terapia individual podría cohibir las respuestas de los participantes sobre un tema tan sensible como es el ASI. Esto, a su vez, podría derivar en una baja adherencia al propio programa aumentando las tasas de abandono de la terapia. Sin embargo, como se ha

mencionado, otros programas previos parecen haber obtenido buenos resultados con el formato grupal.

En relación con futuras aplicaciones, sería interesante aplicar este programa a otros rangos de edad para aumentar la fiabilidad de los resultados y de cara a la intervención, que los profesionales se enriquezcan de la eficacia de otras terapias, siguiendo un enfoque más integrador. Así mismo, este programa pretende esclarecer la escasa importancia que se le ha dado a los déficits en procesos emocionales para afrontar e integrar una experiencia traumática en la historia de vida. Por lo que, debería adquirir valor como objeto de estudio para la investigación.

En conclusión, este trabajo pretende resaltar la necesidad de intervenir sobre los déficits emocionales por su influencia sobre el procesamiento de la experiencia traumática y bienestar de la víctima. Es por ello, que el enfoque terapéutico habitual resulta ineficiente y se debe complementar con otro tipo de programas. Así mismo, ser conscientes como profesionales de que se trata de un problema mundial y que muchas de las psicopatologías vienen desencadenadas de sucesos traumáticos como el ASI.

8. Referencias

- Amado, B. G., Arce, R. y Herraiz, A. (2015). Psychological injury in victims of child sexual abuse: a meta-analytic review. *Psychosocial Intervention*, 24, 49-62.
- Ben-Aminaty, G., Kimchi, N., Wolmer, L. y Toren, P. (2016). Psychophysiological reactivity in child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(2), 185-200.
Doi: 10.1080/10538712.2016.1124309.
- Cantón-Cortés, D. y Cortés, M. R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de psicología*, 31(2), 552-561.

- Cole, K. L., Sarlund-Heinrich, P. y Brown, L. S. (2007). Developing and assessing effectiveness of a time-limited therapy group for incarcerated women survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Trauma & Dissociation*, 8(2), 97-121.
Doi: 10.1300/J229v08n02_07.
- Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M. y Frazier, J. A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation and Psychiatric comorbidities. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(3), 149-161.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: Un enfoque integrador. *Psicología Conductual*, 19(2), 469-486.
- FAPMI (2011). *Cuadernos de Bienestar y Protección Infantil: Abuso sexual infantil. Definición y taxonomía*. N°6.
- Feixas, G., Pucurrull, O., Roca, C., Paz, C., García-Grau, E. y Bados. A. (2012). Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4): La versión en español. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 51-58.
- Gómez Pérez, O. y Calleja Bello, N. (2016). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8(1), 96-117.
- Gorey, K. M., Ritcher, N. L. y Snider, E. (2001). Guilt, isolation and hopelessness among female survivors of CSA: Effectiveness of group work intervention. *Child Abuse & Neglect*, 25, 347-355.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13, 551-573.
- Hébert, M. y Bergeron, M. (2007). Efficacy of a group intervention for adult women survivors of sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16(4), 37-61.

- Hervás, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: La Escala de Respuestas Rumiativas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(2), s. pp. Doi: 10.5944/rppc.vol.13.num.2.2008.4054.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: El papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología conductual*, 19(2), 347-372.
- Hervás, G. y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y salud*, 19(2), 139-156.
- Hervás, G y Moral G. (2017). Regulación emocional aplicada al campo clínico. FOCAD.
- Honor, G. (2009). Child sexual abuse: Consequences and implications. *Journal of Pediatric Health Care*, 24(6), 358-364. Doi: 10.1016/j.pedhc.2009.07.003.
- Jepsen, E. K. K., Svagaard, T., Thelle, M. I., McCullough, L. y Martinsen, E. W. (2009). Impatient treatment for adult survivors of childhood sexual abuse: a preliminary outcome study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10, 315-333. Doi: 10.1080/15299730902956812.
- Kimbrought, E., Langenberg, P., Chesney, M. y Berman, B. (2010). Mindfulness intervention for child abuse survivors. *Journal of Clinical Psychology*, 66(1), 17-33. Doi: 10.1002/jclp.20624.
- Kreidler, M. (2005). Group therapy for survivors of childhood sexual abuse who have chronic mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(4), 176-183. Doi: 10.1016/j.apnu.2005.05.003.
- López-Gómez, I., Hervás, G. y Vázquez, C. (2015). Adaptación de las "Escala de Afecto Positivo y Negativo" (PANAS) en una muestra general española. *Psicología conductual*, 23(3), 529-548.
- Losada. A. V. (2012). Epidemiología del abuso sexual infantil. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 201-229.
- Lundqvist, G. y Ojehagen, A. (2001). Childhood sexual abuse. An evaluation of a two-year group therapy in adult women. *European Psychiatry*, 16(1), 64-67. Doi: 10.1016/S0924-9338(00)00537-X.

- Lundqvist, G., Svedin, C. G., Hanson, K. y Broman, I. (2006). Group therapy for women sexually abused as children: Mental health before and after group therapy. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(12), 1665-1667. Doi: 10.1177/0886260506294986.
- MacIntosh, H. B. y Johnson, S. (2008). Emotionally focused therapy for couples and CSA survivors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(3), 298-315. Doi: 10.1111/j.1752-0606.2008.00074.x.
- Messman-Moore, T. L., Walsh, K. y DiLillo, D. (2010). Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 34, 967-976. Doi: 10.1016/j.chiabu.2010.06.004.
- OMS (1999). *Informe de la Reunión Consultiva sobre el Maltrato de Menores*, OMS (documento WHO/HSC/PVI/99.1).
- Pagano, A. E. y Vizioli, N. A. (2021). Adaptación del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) en población adulta de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense. *Psicodebate*, 21(1), 18-32. Doi: 10.18682/pd.v21i1.3881.
- Pereda Beltrán, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 135-144.
- Pereda Beltrán, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201.
- Pereda Beltrán, N. (2016). ¿Uno de cada cinco?: Victimización sexual infantil en España. *Papeles del psicólogo*, 37(2), 126-133.
- Powers, A., Fani, N., Pallos, A., Stevens, J., Ressler, K. J. y Bekh, B. (2014). Childhood abuse and the experience of pain in adulthood: The mediating effects of PTSD and emotional dysregulation on pain levels and pain-related functional impairment. *Psychosomatics*, 55(5), 491-499.
- Price, J. L., Hilsenroth, M. J., Callahan, K. L., Petretic-Jackson, P. y Bonge, D. (2004). A pilot study of psychodynamic psychotherapy for adult survivors of childhood sexual abuse. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 378-391. Doi: 10.1002/cpp.42

- Price, C. (2005). Body-oriented therapy in recovery from CSA: An efficacy study. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 11(5), 46-57.
- Reyes Ortega, M. A. y Tena Suck, E. A. (2016). *La regulación emocional en la práctica clínica. Una guía para terapeutas*. Manual Moderno.
- Romano, E. y De Luca, R.V. (2006). Evaluation of a treatment program for sexually abused adult males. *Journal Of Family Violence*, 21(1), 75-88.
Doi: 10.1007/s10896-005-9006.
- Rull, J. y Pereda, N. (2011). Revisión sistemática de los programas de tratamiento psicológico aplicados a víctimas adultas de abuso sexual en la infancia. *Amaro de Psicología*, 41(1-3), 81-105.
- Sáez Martínez, G. J. (2015). Aproximación histórica a los abusos sexuales a menores. *Eguzkilore*, 29, 137-170.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Corral, P. y Echeburúa, E. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. *Anales de psicología*, 29(1), 29-37.
- Save the Children (2012). *Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil*. Guía de material básico para la formación de profesionales.
- Stalker, C. A., Palmer, S. E., Wright, D. C., y Gebotys, R. (2005). Specialized inpatient trauma treatment for adults abused as children: A follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 552-559. Doi: 10.1176/appi.ajp.162.3.552.
- Thomas, R., DiLillo, D., Walsh, K. y Polusny, M. A. (2011). Pathways from child sexual abuse to adult depression: the role of parental socialization of emotions and alexithymia. *Psychology of Violence*, 1(2), 121-135.
- UNICEF (2011). *Guía Clínica: Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual*.

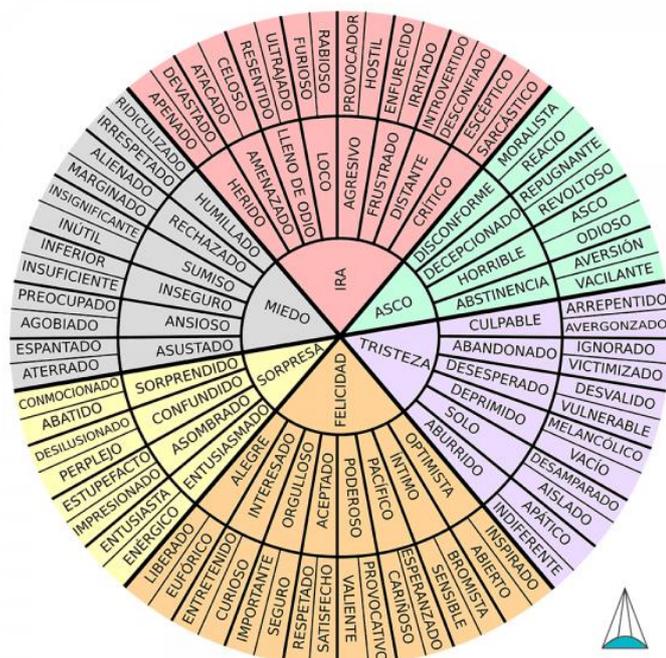
Vargas Gutiérrez, R. M. y Muñoz-Martínez, A. M. (2013). La regulación emocional: Precisiones y avances conceptuales desde la perspectiva conductual. *Psicología USP*, 24(2), 225-240.

Whitaker, D. J., Le, B., Hanson, R. K., Baker, C. K., McMahon, P. M., Ryan, G., Klein, A. y Donovan Rice, D. (2008). Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: A review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 32, 529-548.

Zayas García, A. (2016). Evaluación psicosocial del abuso sexual infantil: factores de riesgo y protección, indicadores, técnicas y procedimientos de evaluación. *Apuntes de Psicología*, 34(2-3), 201-209.

9. Anexos

9.1. Anexo 1: Rueda de las emociones



9.2. Anexo 2: Listado de mitos

1. Existe una manera correcta de sentirse en cada situación.
2. Dejar que los demás sepan que me siento mal es de débiles.
3. Los sentimientos negativos son malos y destructivos.
4. Ser emotivo significa perder el control.
5. Podemos experimentar emociones sin alguna razón.
6. Algunas emociones son realmente estúpidas.
7. Todas las emociones negativas son el resultado de una mala actitud.
8. Si los demás no aprueban mis sentimientos, no debería sentirme como me siento.
9. Los demás son mejores jueces de cómo me siento.
10. Las emociones dolorosas no son tan importantes y deberían ser ignoradas.

Fuente: Linehan (citado en Hervás y Moral, 2017)

9.3. Anexo 3: Práctica de mindfulness

- * Se recomienda grabar este ejercicio y escucharlo cuando sea necesario.
- Respira con lentitud y profundidad. Nota como el aire se mueve por tu nariz, baja a tu garganta y después llena tus pulmones de aire. Toma otra respiración y observa lo que ocurre en tu cuerpo mientras inhalas y exhalas. Respira y observa todas las sensaciones de tu cuerpo mientras respiras.
- Ahora, enfoca tu atención en tu emoción. Observa que hay dentro de ti y encuentra la emoción que experimentas ahora mismo o encuentra una emoción que recién hayas sentido. Nota si la emoción es positiva o negativa, agradable o desagradable. Mantén tu atención mientras tengas consciencia de tus sentimientos.
- Ahora identifica una palabras que describa tu emoción; por ejemplo, ¿es euforia, satisfacción o excitación?, ¿tal vez sea tristeza, ansiedad, vergüenza o pérdida? Cualquiera que sea, en tu mente observa y describe; nota cualquier cambio en la emoción y describe, ¿qué es diferente? Si hay distracciones o pensamientos que lleguen a tu cabeza, haz tu mejor esfuerzo por dejarlos ir sin “engancharte a ellos”. Observa si tu emoción se intensifica o disminuye, describe cómo se siente...
- Sigue con la observación de tu emoción y deja ir las distracciones. Observa las palabras que describan cada detalle o cambio en la calidad o intensidad de tu experiencia. Si otras emociones empiezan a abrumarte, continúa con la descripción de lo que sientes. Si tu emoción cambia por una nueva, sólo observa y encuentra las palabras para describirla.
- Pensamientos, sensaciones físicas y otras distracciones intentarán captar tu atención. Obsérvalas y déjalas ir, regresa y enfócate en tu emoción. Mira con atención hasta que tu emoción cambie o disminuya.

Fuente: Reyes Ortega y Tena Suck (2016).

9.4. Anexo 4: Situaciones del entrenamiento en etiquetamiento emocional

- a) Situación 1: Estás con un grupo de gente de un curso que has empezado y ves que nadie te dirige la palabra. Hablan entre ellos y nadie te mira, como si no estuvieras allí.
- b) Situación 2: Tienes un problema con un familiar: te exige a ti mucho más que a los demás. Has intentado todo tipo de vías para solucionarlo pero no consigues que la situación cambie.
- c) Situación 3: Estás con tu jefe y no sientes que haya ningún tema de conversación.
- d) Situación 4: Estas con un grupo de amigos de siempre y ves que uno de ellos cambia la cara cada vez que hablas.
- e) Situación 5: Un familiar te pide que le acompañes al médica pero tu jefe te llama urgentemente ese día para una tarea esencial. Llamas al familiar y le dices que no puedes ir.

Fuente: Hervás (citado en Hervás y Moral, 2017).

9.5. Anexo 5: Guía práctica de la aceptación radical

1. Aceptación radical (total y sin resistencia): vivir el dolor sin convertirlo en sufrimiento.
 - a) Aceptar la realidad como es.
 - No negar la realidad.
 - No ignorar lo que sucede.
 - b) Aceptar que todo tiene una razón de ser.
 - Dejar ir los “no debería(s)” o ¿por qué(s)? (e inventar razones y reglas para justificarlo).
 - Cambiarlos por un “sí debería” (tomar una actitud comprensiva y compasiva).
 - Relajar el cuerpo.
 - c) Aceptar que la vida vale la pena vivirse aun cuando tenga dolor.
 - Encontrar una forma de construir una vida que valga la pena vivir.
2. Tener una buena disposición:
 - a) Dejar que el mundo y las emociones propias “sean como son”.
 - Reconocer y aceptar la situación como es.
 - b) Asumir que en algún momento se tendrá que participar de ella.
 - Participar de la realidad.
 - Participar de forma tan efectiva como sea posible.
3. Cambiar el enfoque una y otra vez: redirigirse a la aceptación (y practicarla a menudo).
 - a) Notar cuando uno es “terco”.
 - Por ejemplo, identificar enojo, fastidio, por qué(s), no debería(s), entre otros.
 - b) Hacer el compromiso de aceptar y tener buena disposición.
 - Reorientar la mente hacia la “aceptación” y tener “buena disposición”.
 - c) Repetir el proceso.
 - Hacerlo tantas veces como sea necesario en el día.

Es importante recordar que la aceptación radical puede aplicarse tanto a las propias emociones, las situaciones que las motivan, o a uno mismo. En este caso la aceptación radical significa que la persona acepte quién es, sin criticarse o juzgarse; es decir, aceptarse tal y como es, con todos sus errores y aciertos.

Fuente: Reyes Ortega y Tena Suck (2016).

9.6. Anexo 6: Observa y describe emociones

Selecciona una reacción emocional actual o reciente y rellena la mayor parte de los espacios en blanco de la ficha. Si el evento desencadenante de la emoción en la que estás trabajando es una emoción que ocurrió con anterioridad (por ejemplo, sentir miedo, lo cual condujo a estar enfadado contigo mismo), rellena una segunda hoja para esa primera emoción. Si necesitas más espacio, escribe en el dorso de esta página.

NOMBRES DE LA EMOCIÓN: **INTENSIDAD (0-100)**

EVENTO DESENCADENANTE de mi emoción: (quién, qué, cuándo, dónde). ¿Qué puso en marcha esta emoción?

INTERPRETACIONES (creencias, supuestos, valoraciones) de la situación.

CAMBIOS CORPORALES Y SENSITIVOS: ¿Qué estoy sintiendo en mi cuerpo?

LENGUAJE CORPORAL: ¿Cuál es mi expresión facial? ¿Postura? ¿Gestos?

DEMANDA DE ACCIÓN: ¿Qué me apetece hacer? ¿Qué quiero decir?

¿Qué **DIJE O HICE** en esa situación? (Sé concreto.)

¿Qué **EFFECTO SECUNDARIO** produce esta emoción en mí (mi estado mental, otras emociones, conducta, pensamientos, recuerdos, cuerpo, etc.)?

FUNCIÓN DE LA EMOCIÓN:

Fuente: Linehan (citado en Hervás y Moral, 2017).

9.7. Anexo 7: Listado de mensajes emocionales

VERGÜENZA - Mira a ver porque quizás se está poniendo en juego tu imagen pública.

INCOMPETENCIA - Mira a ver porque quizás no dispongas de las habilidades adecuadas para hacer frente a este problema o situación.

FRACASO - Mira a ver porque quizás un proyecto importante que protagonizabas no ha finalizado con éxito.

SOLEDAD - Mira a ver porque quizás necesitas más vínculos o apoyo.

IMPOTENCIA - Mira a ver porque quizás lo que persigues no dependa de ti o no puedas hacer nada.

CULPA: Mira a ver porque quizás tu acción o inacción ha generado un mal a otros o has transgredido una norma moral interna.

FRUSTRACIÓN - Mira a ver porque quizás no has obtenido el resultado que deseabas o necesitabas.

IRA - Mira a ver porque quizás deberías activarte para defenderte o defender tus intereses y tus necesidades.

ODIO - Mira a ver porque quizás algo o alguien te está generando un daño muy relevante (por ser intencional, muy continuo o de gravedad).

INJUSTICIA - Mira a ver porque quizás alguien (o la situación) no te esté tratando acorde a lo que crees que mereces o que una situación no sea mínimamente ecuánime.

MIEDO - Mira a ver porque quizás hay algo inminente que supone una amenaza para ti y puede hacerte daño o afectar a tus necesidades.

BAJA AUTOESTIMA - Mira a ver porque quizás necesitas mejorar.

RECHAZADO - Mira a ver porque quizás otros consideren que tus cualidades o rasgos son incompatibles con las suyas o las del grupo.

DUDA - Mira a ver porque quizás esta decisión tenga consecuencias negativas.

AMENAZA - Mira a ver porque quizás algo o alguien pueda causarte un perjuicio.

DESILUSIÓN - Mira a ver porque quizás las cosas no han sido tan positivas como las expectativas creadas y quizá sea necesario reajustarlas para el futuro.

DECEPCIÓN - Mira a ver porque quizás las cosas no han salido según las expectativas y se ha dado un resultado negativo.

DEPENDENCIA - Mira a ver porque quizás tus decisiones y comportamientos estén subordinados a algo o alguien y quizás supongan una limitación a tu autonomía.

OFENSA - Mira a ver porque quizás alguien te esté despreciando/desacreditando o generando un daño moral.

ENVIDIA - Mira a ver porque quizás desees o necesites algo que esa otra persona sí tiene.

CELOS - Mira a ver porque quizás exista una amenaza que pueda implicar la pérdida de un vínculo.

Fuente: Hervás (citado en Hervás y Moral, 2017).

9.8. Anexo 8: Diario de emociones

Trabaja sobre una situación emocional cada día. Cuando hayas aceptado las emociones, subráyalas y detecta si son falsa alarma o no, marcando con un tick o una cruz. Puede haber varias emociones por situación, se debe medir la intensidad de cada una.

Día	Situación	Emoción	Intensidad (0 nada – 100 mucho)	¿Qué hago?

*Añadir las filas que sean necesarias.

Fuente: Elaboración propia.