

Programa de intervención para adultos víctimas de abusos sexuales en la infancia

Intervention Programme for Adult Victims of Childhood Sexual Abuse

ESTEFANÍA IGARTUA ESCOBAR

DIPLOMADA EN EDUCACIÓN SOCIAL.

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN DOBLE EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SOCIAL

Resumen

El presente trabajo es una propuesta de intervención dirigida a adultos que han sufrido abusos sexuales en la infancia (ASI) y no han tenido la oportunidad de recibir apoyo psicológico. El objetivo principal es reducir los síntomas psicológicos y físicos derivados de tales sucesos traumáticos. Las personas que han tenido este tipo de problemas suelen mostrar déficits importantes en la gestión de sus emociones y son propensos, entre otros efectos negativos, a la ansiedad y a la depresión, aspectos que pueden afectar de manera significativa a su personalidad y a la calidad de sus vidas. En la literatura consultada no abundan iniciativas que ofrezcan una comprensión del problema y brinden, a la vez, recursos para la intervención en esta población específica. Aquí estriba la novedad y dimensión práctica del este trabajo, concebido desde una perspectiva global y, a la vez, particular, de manera que pueda ser aplicado y adaptado a situaciones diversas. A partir de la descripción del problema, la definición de unos objetivos y el establecimiento de un marco teórico, el programa se concreta en una metodología desarrollada en ocho actividades, cuenta con una dotación presupuestaria racional y unos criterios de evaluación. Se espera, en definitiva, que su realización reduzca los síntomas psicológicos y físicos derivados del problema de los abusos y fomente en los participantes un mejor autoconocimiento y autonomía, reduzca los sentimientos de vergüenza y culpabilidad y optimice sus relaciones interpersonales.

Palabras clave: abusos sexuales en la infancia, gestión emocional, programa de intervención, sentido de pertenencia, autoconocimiento.

Abstract

The present article poses an intervention proposal for adults who have suffered of sexual abuse in their childhood and have not had the opportunity to receive psychological support. The main objective is to reduce the psychological and physical symptoms derived from such traumatic events. People who have undergone such situations often show significant deficits in managing their own emotions. Moreover, among other negative effects, they are prone to anxiety and depression, situations that can qualitatively affect both their personality and their emotions in a significant way. In the literature consulted there are not many initiatives that offer an understanding of the problem and, at the same time, provide resources for a solid intervention with this specific population. Herein lies the novelty and practical dimension of this work, conceived simultaneously from a global and a particular perspective, so that it can be applied and adapted to diverse situations. Firstly, the problem is described. Secondly, the objectives are defined. Thirdly, a literature review is done. Fourthly, the programme is methodologically described in eight activities, together with a rational budget and evaluation criteria. Ultimately, it is expected that this programme performance will reduce the psychological and physical symptoms derived from childhood abuse in adulthood and promote a better self-knowledge and autonomy in the participants, thus reducing feelings of shame and guilt while optimizing their interpersonal relationships.

Keywords: Childhood Sexual Abuse, Emotional Management, Intervention Programme, Sense of Belonging, Self-Knowledge.

1. INTRODUCCIÓN

Según datos del Ministerio del Interior y del Instituto Nacional de Estadística (2020), en España se registran cada mes más de mil denuncias por agresiones y abusos sexuales en la infancia. Entre enero y septiembre de 2019 fueron interpuestas 9.027 denuncias por abuso o agresión sexual, sobre un total de 11.587 denuncias por violencia sexual. Save the Children, en su informe «Ojos que no quieren ver» (Ubrich et al., 2017), denuncia que aún no existen las herramientas necesarias para prevenir y detectar los abusos ni para que el niño o niña pueda denunciarlos.

En España encontramos una prevalencia del 19%: 15% de hombres y 23% de mujeres que han sido víctimas de abusos sexuales en la infancia (López et al., 2003). La repetición del Abuso Sexual Infantil (ASI) hace que los efectos sean más graves, aumenta el sentimiento de culpabilidad de la víctima por no haber evitado su repetición. En España, el 55,8% de los casos ocurrieron sólo una vez, el 44,2% se repitieron entre 1 y 25 veces o más (López et al., 1994).

Es difícil encontrar programas de intervención para adultos que han sufrido ASI. En primer lugar, por las dificultades para consensuar qué se entiende por abusos sexuales, y por qué este tipo de conducta es censurada legal y moralmente (Edgardh, 2000). En los trabajos llevados a cabo, las víctimas ponen de manifiesto no haber confiado lo sucedido a nadie (Oaksford, 2001), los menores que denuncian la situación abusiva requieren la colaboración de otra persona (Oates et al., 2000). Dicha laguna afecta a la eficacia de la intervención y favorece el ocultamiento del problema, haciendo que muchos casos no se denuncien, especialmente los abusos cometidos dentro del ámbito familiar. En segundo lugar, los niños muchas veces no son capaces de verbalizar lo que les ha sucedido o no pueden identificar que lo que han sufrido está mal (Echeburúa y Guerricaechevaría, 2005; Lameiras, 2002). Sólo se conocen un 2% de los casos de ASI familiar (Sanmartín, 2005). La auto humillación, la vergüenza y la culpa hace que las víctimas se aíslen y autocastiguen. Viven en soledad el drama de esta herida tan profunda que guardan en secreto, por eso pareciera que jamás conoceremos la verdadera magnitud de esta terrible enfermedad (Canales, 2015).

La mayoría de los estudios se centran en la evaluación de víctimas de sexo femenino, imposibilitando la clarificación de los síntomas que puedan presentar las víctimas masculinas (Beltran, 2010). La actitud de sexofobia en:

la víctima, la familia, la sociedad o en los terapeutas pueden agrandar y prolongar los efectos de los abusos sexuales (López, 2014).

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Abusos sexuales

Según la definición de Murillo (2020), el abuso sexual infantil es:

Todo acto y proceso de actos, en que se expone o involucra a un niño, niña o adolescente en cualquier actividad sexualizada, utilizando la asimetría que da la autoridad, la confianza, la dependencia (afectiva, social o económica), el poder, la fuerza, el miedo, la cultura, la capacidad comprensiva, la necesidad u otras vulnerabilidades, manipulando, confundiendo, eliminando o viciando el consentimiento. Estos actos pueden incluir, aunque no se reducen a esta lista: tocamientos genitales, penetración oral, vaginal o anal, con pene, dedos u otros objetos; tocamientos de otras partes erógenas del cuerpo; incitación a tocar a otros, masturbación, voyerismo, exposición a situaciones sexuales, pornografía, abusos, violaciones. Tanto las acciones, tácticas y estrategias de preparación de estos actos (grooming presencial u on-line), como las de silenciamiento y desprestigio de la víctima y su entorno, constituyen también parte del proceso del abuso sexual. (Murillo, 2020, p. 436)

El concepto clave para entender la magnitud de gravedad de los ASI es: la situación de desigualdad, la presencia de coacción, manipulación, engaño y violación de la libertad de la víctima, que a su vez es menor (Sanmartín, 2005). Lo que define el abuso es la asimetría entre los implicados en la relación y la presencia de coacción (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005).

2.2 Consecuencias psicológicas de los abusos sexuales en la infancia

El impacto de los efectos negativos del ASI y las secuelas, tanto a corto plazo como a largo plazo, representan un fenómeno complejo y único. Cada víctima genera unos problemas que pueden agravarse o remitir con el tiempo o se manifiestan tardíamente (Cerezo et al., 1995; Maniglio, 2011). La literatura científica ha constado que los menores que han sufrido maltrato tienen gran probabilidad de presentar alteraciones en todas las áreas

de su desarrollo (Adams et al., 2006). El maltrato infantil está relacionado con: procesos de inadaptación, con patrones de problemas conductuales y emocionales (Boxer et al., 2008).

Algunos estudios demuestran una fuerte relación entre la experiencia de maltrato en la infancia y el desarrollo de trastornos psicológicos: TEPT, trastornos del vínculo, trastornos de conducta (conductas externalizantes, ira y comportamiento agresivo y conductas antisociales), trastornos del humor: depresión, ansiedad y retraimiento; y es más probable que siendo adultos realicen intentos de suicidio y suicidios consumados (Ensink et al., 2020; Ferrajao y Elklit, 2020; Hazen et al., 2009).

Otras investigaciones refieren afectación en la capacidad de afrontamiento y adaptación de la víctima en relación a su personalidad; confirman una alta frecuencia del trastorno límite en mujeres y el trastorno antisocial en hombres; trastornos del estado de ánimo, conductas autolíticas; trastornos ligados a la experiencia traumática, como el TEPT, el trastorno de ansiedad generalizada, trastornos vinculados a crisis de pánico y la agorafobia (Echeburúa y Corral, 2005; Martsolf y Draucker, 2005; Pereda et al., 2011).

Los ASI provocan sentimientos de: estigmatización, aislamiento, marginalidad que disminuyen la autoestima de quienes los sufrieron, especialmente si el entorno familiar, social o judicial rompe la privacidad del menor o la etiqueta de por vida de «víctima» (López, 2020). Los abusos afectan a tres grandes áreas de la confianza: confianza en uno mismo (baja autoestima y autoconcepto negativo), confianza en los demás (dificulta de tener una red de apoyo y el trato que se tiene con los demás), y la confianza en el futuro que les hace sentir que no hay esperanza ni una vida mejor (Maniglio, 2009).

Los efectos se dan en diferentes áreas: en la salud física (somatización y mayor número de consultas médicas por dolores físicos sin razón médica), y en la salud psicológica (trastornos depresivos, ansiedad, fobias, trastornos de pánico, TOC, TEPT, trastornos psicóticos, trastorno bipolar, trastorno del sueño, trastorno de la conducta alimentaria, trastornos disociativos, ideación y conducta suicida (Maniglio, 2010).

2.3 Trastorno por estrés postraumático

Son numerosos los trabajos que documentan una alta prevalencia de TEPT en menores víctimas de trauma físico y/o psicológico extremo después de eventos

como: guerras, huracanes, secuestros, abuso sexual y físico, y violencia doméstica, con cifras de prevalencia que van desde 3% hasta 100%; casi el 60% de los casos de menores con TEPT estaba presente la violencia familiar, directa o como testigos (Banyard et al., 2001; Bogart et al., 2006; Pedreira, 2003).

Para poder integrar una experiencia traumática las personas deben procesar el incidente dentro de una zona óptima de activación fisiológica situada entre los extremos de hiperactivación y hipoactivación a la que denomina: «margen de tolerancia»; la integración es posible ya que en este rango de activación se mantiene el funcionamiento cortical, cosa que no sucede fuera de esta zona óptima de activación; la integración de la información se ve afectada porque la desregulación que sucede a nivel fisiológico impide el procesamiento ascendente emocional y cognitivo de la experiencia (Siegel, 2007; Van der Kolk, 2015).

La terapia sensoriomotriz permite observar y acompañar las reacciones somáticas que fueron activadas en el momento del trauma para procesarlas en el momento presente de forma adaptativa, y de esta forma contribuir a la integración de la experiencia (Ogden y Fisher, 2016).

3. ANTECEDENTES

Para la realización de este trabajo, se revisaron 4 programas dirigidos a adultos que han sufrido ASI, realizados en el período desde 2011 hasta 2020 (*tabla 1*). El objetivo común es reducir las secuelas y síntomas mediante diferentes terapias. Ni los metanálisis ni las revisiones sistemáticas demuestran la mayor eficacia de un tratamiento; los programas que combinan diferentes técnicas son los que consiguen efectos más relevantes en la mejora del paciente (Harvey y Taylor, 2010; Martsof y Draucker, 2005). Ante la complejidad y diversidad de trastornos, un tratamiento único no parece una opción realista ni adecuada, el ASI es una experiencia vital, no un conjunto de síntomas específicos, y cada persona cuenta con sus recursos para lograr la superación (Hetzl-Riggin et al., 2007; Parker et al., 2007).

En la única revisión española sobre programas de intervención se revisaron 101 artículos, solo se evaluó el sentimiento de culpa en tres programas de intervención, cuando estos sentimientos tienen un papel fundamental a la

hora de superar el malestar psicológico (McMillen y Zuravin, 1997; Perrott et al., 1998). La desconfianza es uno de los síntomas más presentes en víctimas de abuso sexual intrafamiliar (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000). Entre las limitaciones se encuentran la falta de programas específicos para adultos, siendo terapias reducidas en tiempo y en número de pacientes; existen pocos programas de intervención lo que dificulta su integración en la sociedad (Pereda y Rull, 2011). El presente programa de intervención se basa en la gestión de las emociones de vergüenza y culpabilidad, y trabaja de forma grupal para mejorar las relaciones interpersonales de los adultos, tanto mujeres como hombres, que han sufrido ASI.

Tabla 1
Revisión de los programas previos

Nombre del programa	Autores y año	Objetivo general	Objetivos específicos	Variables trabajadas		Limitaciones
«Grupo de ayuda mutua: Del maltrato al bienestar». Programa Integral de Lucha Contra la Violencia Familiar y Sexual Ayacucho	(Borra Toledo y Gérard, 2015)	- Reparar integralmente las secuelas del maltrato y abuso sexual de mujeres, niños, niñas y adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar educación y terapia para que sean las principales actoras en la solución de sus problemas familiares - Fomentar el desarrollo y la mejora de las dimensiones personales y sociales de las mujeres víctimas de ASI - Desarrollar el sentido de pertenencia para generar sentimientos de solidaridad y cohesión grupal - Reducir el sentimiento de indefensión y la sensación de fracaso en sus relaciones sentimentales - Incrementar la autoestima, obtener un reconocimiento y valoración personal 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos de ansiedad, depresión, TEPT - Abusos sexuales (comienzo, tipo de agresión, duración) - Maltrato infantil - Tipo de vínculo con el agresor - Emociones (culpabilidad y vergüenza) - Edad de revelación de los abusos - Edad y sexo de los agresores 	<ul style="list-style-type: none"> - Conciencia de la situación abusiva - Desarrollo psicosexual y emocional - Rasgos de personalidad - Capacidad de relaciones interpersonales y capacidad para confiar en los adultos - Nivel de autoestima y percepción de la imagen corporal 	<ul style="list-style-type: none"> - Existencia de sobredemanda de atención psicológica, la cobertura no pudo ser lo suficientemente extensa para atender todas las peticiones - Dificultad de disminuir los ASI debido a que las agresiones son en un gran porcentaje cometidas por familiares o conocidos, y causan sentimientos de vergüenza y culpabilidad que no se tratan, esto hace que el daño sea mayor y que su visibilización se vea dificultada - Es necesario hacer un trabajo en conjunto con la familia, una perspectiva sistémica ayudaría a generar cambios en la organización y dinámica familiar, teniendo en cuenta a todos sus miembros - Mejorar la detección y el tratamiento temprano del abuso sexual infantil

Nombre del programa	Autores y año	Objetivo general	Objetivos específicos	Variables trabajadas		Limitaciones
«Programa de intervención narrativa en mujeres que han vivido abuso sexual infantil»	(Quintero Hernández, Beltrán Campos y Andrade Palos, 2011)	- Reducir sentimientos de culpa y vergüenza	- Sanar los abusos sexuales a través de la terapia narrativa - Interpretar y dar sentido a la experiencia	- Imagen de sí misma - Vergüenza y culpabilidad - Tipo de autorrelato - Distorsiones cognitivas - Sentimientos hacia el agresor	- Nivel de confianza y seguridad - Sentimientos de enojo, tristeza y miedo - Capacidad de poner límites - Dificultades sexuales	- La intervención fue limitada puesto que sólo se atendieron 4 mujeres - 11 sesiones individuales para tratar las secuelas de los abusos sexuales en la infancia me parece que son escasas y dejan muchos síntomas sin poder ser atendidos
«Programa individual cognitivo conductual para el tratamiento de mujeres víctimas de agresiones sexuales en la vida adulta»	(Sarasua, Zubizarreta, Paz de Corral y Echeburúa, 2013)	- Reducir los sentimientos derivados de los abusos sexuales	- Ayudar a la reestructuración cognitiva - Dotar a las víctimas de habilidades de afrontamiento - Disminuir el malestar emocional - Reducir las conductas de evitación sexual - Lograr la desaparición del trastorno de estrés postraumático	- Evitación sexual - Inadaptación global - Sintomatología ansiosa-depresiva - Red de apoyo familiar y social - Tiempo transcurrido desde la agresión - TEPT - Aspectos motivacionales - Habilidades de afrontamiento	- Denuncia del suceso - Historia de victimización - Tipo de agresión y agresor - Victimización secundaria - Consumo abusivo de alcohol o drogas - Estímulos indicadores de vulnerabilidad - Preocupaciones relacionadas con la agresión sexual	- Gran nivel de abandono de las víctimas no recientes - 10 sesiones cognitivo conductuales de una hora de duración en el plazo de dos meses y medio. Quedan muchos síntomas sin trabajar - Falta de seguimientos que valoren la mejoría de los síntomas a largo plazo - No atienden a personas que: hayan sufrido la agresión por parte de su pareja o hayan estado expuesta a un acoso sexual en el trabajo; sufran en la actualidad un proceso de victimización ni un trastorno mental grave como puede ser padecer depresión mayor

Nombre del programa	Autores y año	Objetivo general	Objetivos específicos	Variables trabajadas		Limitaciones
«El despertar de la piel. 10 pasos hacia una identidad saludable. Asociación Crisálida»	(Sánchez Aguilera y Bruine, 2020)	- Mejorar la salud psico-emocional y la integración social a través de la participación activa en un Grupo Ayuda Mutua.	- Informar, concienciar a través de talleres acerca de la problemática y consecuencias del ASI - Sensibilizar y concienciar acerca de la realidad del ASI y sus consecuencias a través de talleres y dinámicas grupales - Prevenir el ASI en la población infantil y adolescente a través de talleres y dinámicas grupales - Favorecer el crecimiento personal mediante la expresión artística	- Estrés postraumático - Tipo de abuso - Emociones (ansiedad, temor, ira...) - Autoestima - Ideas autolíticas y conductas autodestructivas - Mecanismo de afrontamiento	- Problemas relacionados con la sexualidad - Apoyo familiar - Relaciones personales	- Hay personas que abandonaron el tratamiento porque les cuesta remover el pasado, les resulta muy difícil y doloroso - Sólo se realizan 10 sesiones y participaron 8 personas - Quedan sin trabajar muchos aspectos y áreas de las personas en las que presentan dificultades - No es un tratamiento psicológico, al ser un grupo de apoyo mutuo no se pueden abordar las secuelas y los síntomas derivados del abuso de forma clínica

4. METODOLOGÍA

4.1 Objetivos

El presente trabajo tiene por objetivo reducir los síntomas psicológicos y físicos derivados de haber sufrido abusos sexuales en la infancia.

A partir del objetivo general de plantean los siguientes objetivos específicos:

- Facilitar la gestión emocional y mejorar su nivel de malestar mediante el trabajo de diferentes habilidades: autorregulación emo-

cional, identificación, comprensión de las emociones y de los síntomas que presentan en el presente.

- Disminuir los sentimientos de vergüenza, culpa y autodesprecio en los adultos que han sufrido ASI.
- Restablecer el equilibrio adecuado entre el cerebro racional y emocional, para sentir que mantienen el control de sus respuestas y de su comportamiento ante la vida.
- Desarrollar el sentido de pertenencia, esencial para generar sentimientos de: seguridad, solidaridad, confianza, cohesión grupal y disminuir su ansiedad.

4.2 Población diana

El programa de intervención está dirigido a un grupo de diez adultos de ambos sexos residentes en Madrid, entre 18 y 40 años, que han sufrido abusos sexuales en la infancia y han sido capaz de revelarlo. Se selecciona este rango de edad ya que en la mayoría de las investigaciones han concluido que las revelaciones se producen en la edad adulta, psicológicamente están más preparados para afrontar los recuerdos traumáticos, las consecuencias negativas y síntomas que acarrear desde la infancia (Ahrens et al., 2010). Esto es debido a la disociación, mecanismo protector durante la infancia que en la edad adulta es desadaptativo, presentando en la víctima: confusión, desorientación, amnesia de los abusos de su infancia, pesadillas, flashbacks y dificultades para conectar con sus emociones (Lindert et al., 2014).

4.3 Acciones y tareas vinculadas a los objetivos específicos

En la siguiente tabla, se presentan las acciones vinculadas a los objetivos específicos. Dichas acciones y tareas están organizadas en 8 sesiones de trabajo, las cuales se clasifican en dos bloques según su temática y finalidad.

Se tiene en cuenta el posible abandono del programa debido a la dureza de los temas tratados. Por esta razón, se realizan pocas sesiones y se recalca que no es obligatoria la participación de las actividades, pudiendo decidir no implicarse en alguna en el caso de que removiese demasiado la dinámica. Se cuenta con la asistencia de un psicólogo especialista en el área para atender las situaciones de ansiedad y malestar.

Tabla 2
Acciones y Tareas vinculadas a objetivos específicos

Objetivo específico	Acción	Tareas
1. Desarrollar el sentido de pertenencia, esencial para generar sentimientos de seguridad, solidaridad, confianza, cohesión grupal y disminuir su ansiedad	1.1 Informar sobre los objetivos que se van a trabajar en el programa, presentación de los participantes, para crear sentimiento de confianza, pertenencia y cohesión	¿Quién soy? (sesión 1)
2. Facilitar la gestión emocional y mejorar su nivel de malestar mediante el trabajo de diferentes habilidades: autorregulación emocional, identificación, comprensión de las emociones y de los síntomas que presentan en el presente	2.1 Dar a conocer que es el trastorno por estrés postraumático y los síntomas derivados de haber sufrido ASI 2.2 Integrar y aceptar las emociones que generaron los abusos 2.3 Disminuir los niveles de ansiedad y depresión 2.4 Conectar con la rabia, odio y enfado para expresarlos de forma creativa 2.5 Expresar e identificar sentimientos y emociones que tienen durante las relaciones sexuales	- ¿Cómo me siento? (sesión 2) - ¿Dónde me duele? (sesión 3) - ¿Dónde me duele? (sesión 3) - Saca tu rabia (sesión 5) - Ambivalencia emocional (sesión 6)
3. Disminuir los sentimientos de vergüenza, culpabilidad y autodesprecio en los adultos que han sufrido ASI	3.1 Trabajar sobre los sentimientos de culpa, autodesprecio y vergüenza	- Cada cosa en su sitio (sesión 4) - Lugar seguro (sesión 8)
4. Restablecer el equilibrio adecuado entre el cerebro racional y emocional, para sentir que mantienen el control de sus respuestas y de su comportamiento ante la vida	4.1 Reducir las experiencias de disociación y despersonalización 4.2 Conectar la mente con el cuerpo	- Tu propio teatro (sesión 7) - Lugar seguro (sesión 8) - ¿Dónde me duele? (sesión 3)

5. DISEÑO DEL PROGRAMA

5.1 Desarrollo de las sesiones

A continuación, se describen las tres sesiones del programa de intervención, desarrolladas en ocho actividades, las cuales tienen una duración de hora y media o dos horas. Supone un total de catorce horas, con un descanso de diez minutos en las que son de mayor tiempo e intensidad. Proporciona un tiempo de desconexión y distensión que facilita la relación entre los participantes, y ayudar a reducir la tensión emocional. La persona encargada de facilitar el programa es un terapeuta profesional con formación en ASI y en TEPT, ayudado por un psicólogo especializado en la terapia sensoriomotriz que servirá de apoyo en caso de que algún participante se removiera, además llevará a cabo junto con el otro terapeuta las actividades tres y siete.

5.1.1 Sesión 1. Metamorfosis del dolor: Actividad 1. ¿Quién Soy?

La primera actividad, consiste en una introducción sobre los objetivos a trabajar en el programa de intervención. Se explican de forma breve los contenidos y las diferentes sesiones a trabajar, haciendo hincapié en los síntomas derivados de haber sufrido ASI y TEPT. Se hace entrega de un cuaderno y una carpeta con toda la información que se va a ir trabajando en las diferentes actividades.

El terapeuta da la bienvenida y explica la confidencialidad de la intervención. Después realiza una presentación para que los participantes se conozcan y creen vínculo entre ellos. Para este propósito, se utiliza una forma adaptada del test desiderativo, técnica proyectiva de estimulación verbal, a través de la realización de tres dibujos. Esta técnica permite aproximarse al conocimiento de las defensas más maduras a las que el sujeto recurre ante situaciones de amenaza (Sneiderman, 2011).

Los participantes disponen de tres folios en blanco desde un principio junto con un lápiz en la mesa. En primer lugar, tendrán que pensar y dibujar que animal serían, después que objeto y por último que valor. Se dan diez minutos por dibujo, después se comparte en voz alta por qué se ha elegido. Los participantes se presentan al resto. El terapeuta obtiene mucha información acerca de la persona que deja ver en cada proyección dibuja-

da cualidades que son suyas; de esta forma sabe cómo se identifica y como se enfrenta a los cambios, sus limitaciones y barreras. Además, le permite investigar las fantasías, las angustias y las defensas que tienen ante la idea de separarse de su yo.

Para finalizar se hace entrega de los tres test: Inventario de Depresión de Beck (versión española de Vázquez y Sanz, 1997), el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo: (versión española de Spielberger et al., 1982) y la Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático-revisada (Echeburúa et al., 2016).

El objetivo es conocer los niveles de ansiedad, de depresión y la existencia de síntomas del TEPT que presentan antes de realizar el programa. Al finalizar se volverán a pasar para conocer las mejoras que muestran después de las diferentes sesiones realizadas. Recursos imprescindibles: un psicólogo clínico y un terapeuta de apoyo, cuaderno y carpeta, una sala, sillas, mesas, bolígrafos, test, fichas y folios.

5.1.2 Sesión 1. Metamorfosis del dolor: Actividad 2. ¿Cómo Me Siento?

En primer lugar, el terapeuta realiza una pregunta para conocer sus conocimientos acerca de las secuelas de haber sufrido abusos sexuales en la infancia. Después recoge la información y proyecta una presentación de Power Point donde explica, con un lenguaje sencillo y fácil de comprender, que es un trauma, que es el TEPT y cuáles son los síntomas secundarios derivados. El TEPT aparece como una de las consecuencias más frecuentes del ASI; en un estudio de un grupo de niños sexualmente abusados se encontró una prevalencia de 36,3%; 65% de los niños presentaban uno o más síntomas de reexperimentación; 43,7% presentaba tres o más conductas de evitación; un 57,5% presentaba dos o más síntomas de hiperactivación autónoma (Rincón et al., 2010).

Los mecanismos de defensa proporcionan medios para atravesar un evento traumático. Para conocer estas defensas, se lee un resumen diseñado para esta actividad de: «El caballero de la armadura oxidada» de Robert Fisher (1999) donde explica que: «a todos, alguna armadura nos tiene atrapados». El terapeuta tras esta lectura pide que escriban en un papel continuo, que previamente tiene dibujado en tamaño real una silueta de una

armadura medieval de una persona, las barreras (mecanismo de defensa) que utilizan en sus vidas. Al terminar de impartir esta información, realiza una ronda de preguntas y resuelve las dudas que hayan podido surgir. Para finalizar el terapeuta explica cómo van a trabajar con estos síntomas para reducir el nivel de malestar y poder llevar una vida funcional. Recursos imprescindibles: un psicólogo clínico, una sala, sillas, mesas, bolígrafos, libro del Caballero de la Armadura Oxidada, fichas y folios.

5.1.3 Sesión 2. Conecta con las emociones: Actividad 3. ¿Dónde Me Duele?

En esta actividad, el psicólogo explica que son los padecimientos psicósomáticos y facilita que cada participante sienta y conecte con el dolor físico de su cuerpo. Las terapias basadas en la interacción entre mente y cuerpo tienen como principales beneficios reducir: la ansiedad, la depresión, el estrés y la hostilidad (Ogden y Fisher, 2016). Estas técnicas logran la armonía entre mente y cuerpo, mejoran la salud general y mental, y contribuyen: un estado de equilibrio, capacidad de adaptación y mejoran el sistema inmune (El- Astal, 2016).

Se utiliza en esta actividad una técnica de mindfulness, «escaneo corporal», para disminuir los niveles de ansiedad y depresión. Diferentes autores concluyen que el mindfulness ayuda a los pacientes diagnosticados con TEPT y depresión reduciendo la memoria autobiográfica; disminuye la relación cognitiva que se establecen entre los síntomas depresivos y las ideas suicidas recurrentes, reduciendo la vulnerabilidad a las recaídas (Williams et al., 2000). Actividad que ayuda a reducir la tensión sin ningún movimiento, se utiliza para enfocar la mente en el cuerpo con el fin de rejuvenecer a sí mismos (Rywerant, 1993).

El terapeuta pide a los participantes que se recuesten sobre su espalda y aprenda a escanear su propio cuerpo. Es decir, que examinen con atención el contacto de sus pies con el suelo y aprendan gradualmente a detectar diferencias considerables, puntos donde el contacto es débil o inexistente y otros en los que es completo y distinto. Esta técnica se realiza con los ojos cerrados, hacen conscientes las partes de su organismo que están sufriendo para poder ir al origen emocional. El objetivo es experimentar la sensación de malestar sin criticarla, juzgarla o clasificarla. Deben sentir la intensidad del dolor y

saber decir donde se ubica. Se da la orden de que sientan donde tiene presión o alguna molestia mientras el psicólogo va contando de diez a cero en voz alta, cuando se llega a cero, la mente inconsciente los llevara al episodio dentro de su infancia con el que relacionan íntimamente ese dolor.

Recursos imprescindibles: un psicólogo clínico y el terapeuta especializado en la terapia sensoriomotriz, una sala, sillas, mesas, bolígrafos, fichas, ordenador y altavoces para reproducir música ambiental durante el *body scan*.

5.1.4 Sesión 2. Conecta con las emociones: Actividad 4. Cada Cosa En Su Sitio

En esta actividad se pretende que los participantes entiendan que ellos no son los responsables ni culpables de lo que sucedió. El terapeuta imparte psicoeducación acerca de los sentimientos de las diferentes emociones y sentimientos que surgen en las víctimas de ASI para que logren comprender de dónde vienen esas emociones.

En primer lugar, les dice que respondan a las preguntas de la ficha: ¿Tienes o has tenido sentimientos de vergüenza, culpa, responsabilidad y autodesprecio?, ¿por qué piensas que los tienes?, y ¿de dónde pueden venir? A continuación, se les pide que escriban alguna situación que te haya hecho sentir así.

Al terminar el terapeuta explica cómo y por qué surgen los sentimientos de vergüenza y de culpabilidad, y porque el niño se siente responsable de los abusos sexuales. Después les pide, que anoten en las cartulinas de colores al menos diez pensamientos positivos y frases alentadores que dirían a alguien que está experimentando esas emociones. Se le entrega a cada uno un bote de cristal con la etiqueta de «cofre del tesoro», al finalizar deben doblar y meter un «tesoro» (frase motivadora) en el bote de cada compañero. Sirve para mejorar su autoestima, y ayuda al resto a sentirse identificados, reduciendo su malestar. El psicólogo explica que cada vez que tengan este tipo de emociones acudan a leer los mensajes del cofre del tesoro, y que deben escribir una frase positiva por cada pensamiento negativo que tengan, también pueden pedir a familiares o amigos que escriban «tesoros» para sus cofres.

Por último, responden la última ficha: ¿Qué pensamientos tienes cuando sientes estas emociones: vergüenza, culpa, responsabilidad y autodesprecio?, ¿por qué crees que te sentías así?, y ¿cómo te sientes ahora después de recibir la información? Al finalizar el terapeuta crea un espacio donde compartir, tanto las respuestas a las preguntas, como los pensamientos que han generado esas emociones de culpa, autodesprecio y vergüenza. Se comparten en voz alta las diferentes experiencias y escritos, siempre de forma voluntaria.

Recursos imprescindibles: un psicólogo clínico y un terapeuta de apoyo, una sala, sillas, mesas, bolígrafos, rotuladores, cartulinas de colores, fichas y botes de cristal.

5.1.5 Sesión 2. Conecta con las emociones: Actividad 5. Saca Tu Rabia

Esta actividad enlaza con la anterior, una vez se colocado la responsabilidad en la persona que la tenía, en este caso el agresor, es un buen momento para dirigir y sacar esos sentimientos de: odio, ira, rabia y frustración que no se pudieron expresar siendo niños.

En primer lugar, se les pide que respondan a las preguntas de la ficha 1: ¿Has tenido alguna vez pensamientos odio, ira, rabia y frustración? Describe alguna situación en la que hayas sentido malestar y no lo hayas podido expresar. Valora las diferentes emociones (odio, ira, rabia y frustración) del 1 al 10. Siendo 1 el valor mínimo de intensidad y 10, el valor máximo.

A continuación, se muestran las diferentes actividades que se pueden realizar: escribir una carta de odio, crear un muñeco de arcilla para después romperlo o golpear el saco con los puños o los bates de beisbol de gomaespuma. El terapeuta deja un tiempo de media hora para realizar la actividad. Al terminar, contestan a las preguntas de la ficha: ¿por qué has elegido esta actividad? ¿sientes que han disminuido los sentimientos de odio, rabia, frustración e ira?, ¿cómo te sientes después de realizar esta actividad? Valora ahora del 1 al 10. Siendo 1 el valor mínimo y 10 el valor máximo de intensidad las emociones. El psicólogo deja un tiempo para que hagan preguntas y escriban en un folio sobre sus sentimientos.

Para finalizar, el terapeuta crea un espacio donde compartir las respuestas. Se expresan en voz alta las diferentes experiencias, siempre de forma

voluntaria. Recursos imprescindibles: un psicólogo clínico y un terapeuta de apoyo, una sala, sillas, mesas, bolígrafos, fichas, bates de gomaespuma, saco boxeo, arcilla y folios.

5.1.6 Sesión 2. Conecta con las emociones: Actividad 6. *Ambivalencia Emocional*

Esta actividad conecta con las anteriores, el terapeuta imparte psicoeducación acerca de la ambivalencia emocional, ante una situación concreta la persona sientes dos emociones que son opuestas y esto crea malestar, confusión y sufrimiento. Fisiológicamente es prácticamente imposible no sentir placer cuando una zona erógena es estimulada, esto crea sentimientos de culpa y confusión. Los menores se sienten traicionados y solos mientras son víctima del abuso sexual, pero, al mismo tiempo, hay una reacción física de placer y excitación a causa de ese contacto que no pueden controlar. Esto es muy complicado de asimilar y aceptar para el niño o niña (Canales, 2015). El placer que sienten en su cuerpo se convierte en el origen del autodesprecio por no comprender esta sensación que sería natural al experimentarla con una persona con la que se quiere compartir esta experiencia (Monzón, 2013).

El psicólogo pide que respondan a las preguntas de la ficha 2: ¿has tenido alguna vez pensamientos de ambivalencia? Después escriben una situación en la que le haya pasado. ¿Qué pensamientos, sentimientos y recuerdos has tenido durante las relaciones sexuales? Valora el sentimiento de malestar que te produjeron del 1 al 10. Siendo 1, el valor mínimo y 10 el valor máximo. Escriben alguna situación concreta en la que les ha sucedido y como reaccionaron.

Para finalizar el psicólogo plantea una última cuestión: ¿cómo te sientes después de conocer el concepto de ambivalencia emocional? Se les da unos minutos y después comparten las experiencias y escritos de forma voluntaria. Recursos imprescindibles: un psicólogo clínico y un terapeuta de apoyo, una sala, sillas, mesas, bolígrafos, fichas y folios.

5.1.7 Sesión 2. Conecta con las emociones: Actividad 7. Tu *Propio Teatro*

Después de reducir: los niveles de ansiedad, tener confianza en el grupo y haber mejorado la gestión de las emociones, es un buen momento para realizar una confrontación simbólica con el agresor. A menudo, el abusador no

está disponible para hacer una confrontación, bien porque ha fallecido, bien porque no resulta accesible o porque se niega a hablar con la víctima. El terapeuta trabaja la confrontación desde el punto de vista simbólico, de modo que los participantes puedan elaborar la experiencia incluso sin la participación del abusador. Puede hacerse a través de juego de roles, la base para realizar esta sesión en la terapia sensoriomotriz (Ogden y Fisher, 2016), con la actividad pensada para este fin: «tu propio teatro».

Proyectar el mundo interior en el espacio tridimensional de una estructura permite ver qué está sucediendo en el teatro de la mente y da una perspectiva mucho más clara de las reacciones ante la gente y los eventos del pasado. Aunque las estructuras implican diálogo, esta técnica no explica o interpreta el pasado. Permite sentir a la persona lo que sintió entonces, visualizar lo que vio y decir lo que no pudo decir cuando sucedió realmente (Milanese et al., 2010). Recrear el pasado promueve una de las condiciones fundamentales para el cambio terapéutico, un estado similar al trance en el que múltiples realidades pueden convivir: pasado y presente, saber que son adultos pero sentirse igual que cuando eran niños; expresar su rabia o miedo a alguien que sustituye a su agresor siendo al mismo tiempo conscientes de que están hablando con alguien del grupo; y experimentar simultáneamente las complejas emociones de: lealtad, cariño, rabia y añoranza que los niños sienten con sus padres (Garriga, 2020).

Los participantes pueden proyectar de manera segura su realidad interior en un espacio terapéutico alrededor de personas reales donde pueden explorar la disonancia y la confusión del pasado (Garriga, 2020). Esta actividad ofrece la posibilidad de formar recuerdos que conviven con las realidades dolorosas del pasado y proporcionan experiencias sensoriales nuevas donde sentirse: vistos, escuchados y apoyados, esto sirve como antídoto para los recuerdos de dolor y traición (Milanese et al., 2010).

El psicólogo explica un ejemplo de un caso real. Después de manera individual cada participante tendrá que dirigir su obra de teatro, seleccionando a sus compañeros para que cumplan en un primer momento el papel de sus padres reales, representan la escena dolorosa y repiten verbalmente las frases que decida el director de la obra. En la segunda etapa, se realiza una puesta en escena similar, y se representa la figura de los padres ideales que representan lo que al protagonista le gustaría que hubiese pasado, se deben

repetir las frases que él quiera escuchar. Adquirir esta experiencia sensorial de sentirse: acogido, escuchado y protegido en esta representación teatral permite reescribir la experiencia interior traumática. El trauma hace que la gente quede atrapada en la interpretación del presente a la luz de un pasado inalterable. La escena que se recrea permite sentir lo que sentimos y saber lo que sabemos, una de las bases esenciales para la recuperación (Milanese et al., 2010).

Recursos imprescindibles: el apoyo de un psicólogo experto en terapia sensoriomotriz y una sala amplia.

5.1.8 Sesión 3. Evaluación abusos sexuales y cierre: Actividad 8. Lugar Seguro y Cierre

Para concluir el programa de intervención el terapeuta proporciona la herramienta del anclaje utilizada para proporcionar: tranquilidad, felicidad y relajación en momentos tensos o estresantes; técnica que consiste en asociar un estímulo a un estado emocional (Redford, 2017). Para la Programación Neuro Lingüística (PNL), a través del anclaje se movilizan experiencias válidas para desenvolverse con éxito en una situación dada. Los fundadores de la PNL opinan que este procedimiento constituye una de las mejores técnicas terapéuticas. Cualquier persona suele recordar circunstancias en las que se encontró mejor que nunca, en plena posesión de sus fuerzas y facultades, en una disposición magnífica. Saber reactivar estos recuerdos con sus emociones representa un gran beneficio para la persona que es capaz de revivir esas sensaciones agradables y positivas. Con este ejercicio se toma conciencia de estos estados con el fin de reactivarlos voluntariamente siempre que sea necesario (Jussieu, 2020).

Se explica a los participantes en que consiste la intervención y se elige un «lugar seguro» en el cual se va a establecer el ancla. Cada participante escoge algún gesto o estímulo táctil de su repertorio de movimientos que no llame demasiado la atención. Bastantes personas se tocan, por ejemplo, la barbilla, los labios, la nariz, los cabellos o la nuca, juntan los dedos, las manos, le dan la vuelta a su anillo de bodas, agarran el collar que llevan puesto, pasan el dedo por la correa de su reloj, se ponen una mano en la cadera o se la meten en un bolsillo. Eligen alguno de los gestos particulares

que realizan espontáneamente y seleccionan aquel gesto que resulte más cómodo de realizas para el anclaje.

Después, piensan tres situaciones en las que se encontraban felices. Por último, eligen de las anteriores situaciones la que mejor le haga sentir. Inmediatamente anclan el momento más intenso (el psicólogo ordena que vuelva a tener presente el momento decisivo de la situación elegida. Debe manifestar la fisiología del momento elegido. Al presentarse ésta, establecer el ancla ejerciendo una presión intensa si la reacción es potente, o más débil si resulta endeble), y, por último, se regresa al presente (se da la orden: «Vuelve aquí, a este momento», de esta forma recobran la conciencia de la situación actual).

Cuando tengan la experiencia recreada en su imaginación, el terapeuta pide que activen su ancla. Este último paso se repite varias veces para fortalecer la asociación emoción-estimulo. Finalmente, el psicólogo comprueba la eficacia del anclaje, pide a los participantes que imaginen y revivan una situación de miedo o estrés, y cuando lo hayan hecho, activen su ancla para verificar si las sensaciones corporales que surgen, desaparecen o disminuyen. Finaliza el programa pidiendo que cada participante aporte la conclusión que ha sacado sobre las diferentes sesiones, y que aspectos le han gustado, cuales cambiaría o mejoraría, argumentado los motivos de sus respuestas.

Por último, se vuelven a pasar los test: Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo y la Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático-revisada, para comprobar la eficacia del programa y la reducción de los síntomas psicológicos que causan los abusos sexuales en la infancia.

Recursos imprescindibles: un psicólogo clínico y un terapeuta de apoyo, una sala, sillas, mesas, un proyector, bolígrafos y test.

5.2 Recursos

El programa de intervención no está financiado por ninguna entidad pública o privada, por lo que los gastos correrían del presupuesto disponible por parte de la asociación o empresa que lo lleve a cabo, haciendo una aproximación de 1884 € en total. De igual manera, es necesario la presencia de un

psicólogo clínico como recurso humano, siendo relevante su formación en abusos sexuales en la infancia o en trauma, para poder llevar a cabo las actividades de forma adecuada y ajustarse a las necesidades de los participantes que puedan surgir durante la realización del programa de intervención.

Además, se necesita de forma puntual un psicólogo especialista en la terapia sensoriomotriz de Paul Ogden, para la realización de la actividad tres y siete. El programa tiene elementos que pueden remover, por lo que existe la posibilidad de recibir ayuda personalizada e individual en el caso de que algún miembro se vea movilizado y no pueda continuar con la sesión grupal hasta ser atendido de manera particular por este profesional que estará de apoyo durante el desarrollo de las actividades. El presupuesto estimado para dichos recursos humanos, ya se encuentran incluidos en el cálculo aproximativo dicho anteriormente.

5.3 Cronograma

La duración del programa será de 8 semanas, durante los meses de mayo y junio. Cada actividad se realizará con una periodicidad semanal con una duración de entre hora y media y dos horas, contemplándose un descanso de diez minutos.

Tabla 3
Cronograma

Sesiones	Mayo				Junio			
	1º semana	2º semana	3º semana	4º semana	1º semana	2º semana	3º semana	4º semana
S1								
S2								
S3								
S4								
S5								
S6								
S7								
S8								

5.4 Evaluación del programa

Se evaluaría el impacto del programa, a través análisis estadísticos llevados a cabo con el paquete SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 21. Se realizarían análisis no paramétricos (chi-cuadrado y prueba de Mann-Whitney) para comprobar posibles diferencias entre las características de los abusos sufridos por hombres y mujeres (edad, inicio de los abusos, duración, frecuencia, persona agresora, etc). Para conocer las diferencias en la salud mental mediante los cuestionarios pre y post (síntomas de estrés postraumático, ansiedad y depresión) de las víctimas masculinas y femeninas se aplicará mediante la prueba de Wilcoxon; teniendo en cuenta que la muestra es menor de 50 participantes y, probablemente, no se cumplan con los supuestos estadísticos para ejecutar pruebas psicométricas por lo que se descartaría el uso de la T de Student (Bruno, 2004).

Para conocer el impacto del programa, como propuesta se plantea volver a pasar los test dentro de un año, y evaluar de este modo los consecuencias y efectos de los resultados conseguidos. Además, se realiza una evaluación de calidad del programa con el cuestionario de satisfacción y conocimientos adquiridos.

5.5 Evaluación del proceso

En la Tabla 4 se puede observar el proceso de evaluación que se debería llevar a cabo para la evaluación del proceso durante la implantación del programa, a través de los indicadores utilizados para medir cada acción.

Tabla 4
Indicadores de la evaluación del proceso

Acciones	Indicador 1	Indicador 2	Indicador 3
1. Información de las características del programa y presentación de cada uno de los participantes, para fomentar la seguridad, cohesión y la confianza	N.º de personas inscritas, frente al número de asistentes	N.º de dudas resueltas satisfactoriamente, frente al número de preguntas planteadas	Grado de apoyo percibido en el grupo

Acciones	Indicador 1	Indicador 2	Indicador 3
<p>2. Explicación de los síntomas derivados de haber sufrido ASI</p> <p>2.1 Enseñanza de los mecanismos de defensa utilizados frente al trauma y de las barreras que cada participante utiliza en su vida mediante la armadura pintada</p>	<p>N.º de intervenciones realizadas por los asistentes relativas a la explicación frente al número de asistentes</p> <p>N.º de intervenciones realizadas por los asistentes relativas a la explicación frente al número total de asistentes</p>	<p>Nivel de información impartida frente al objetivo planteado</p> <p>N.º de dudas resueltas frente al número de preguntas planteadas</p>	<p>Grado de comprensión de la información impartida</p> <p>Grado de implicación de los asistentes en las diferentes actividades propuestas para sacar las emociones de odio y rabia</p>
3. Realización de técnicas de relajación como estrategia para centrarse en el presente	N.º de estrategias adquiridas en contraposición a las ya conocidas	Grado de implicación de los asistentes en la realización de la técnica de <i>body scan</i>	
4. Disminuir los sentimientos de culpa, vergüenza y autodesprecio	N.º de dudas resueltas satisfactoriamente, frente al número de preguntas planteadas	N.º de preguntas realizadas, Frente al número de asistentes	
5. Reconocimiento de las emociones de rabia y odio, para aprender a liberarse de las mismas	Nivel de conocimiento sobre las emociones adquirido	N.º de dudas resueltas satisfactoriamente, frente al número de preguntas planteadas	Grado de implicación de los asistentes en las diferentes actividades propuestas para sacar las emociones de odio y rabia
6. Fomentar la identificación de las diferentes emociones, y la ambivalencia emocional	N.º de preguntas planteadas, frente al número de respuestas resueltas correctamente	Grado de comprensión adquirido en ambivalencia emocional	Nivel de información impartida frente al objetivo planteado
7. Representación teatral para disminuir los niveles de ansiedad y estrés	N.º de personas que se ofrecen voluntarias para realizar la actividad	Grado de implicación de los asistentes en la representación de las figuras teatrales	Número de intervenciones por participantes
8. Creación de un anclaje o lugar seguro	N.º de estrategias adquiridas en contraposición a las ya conocidas	Grado de implicación de los asistentes a la hora de realizar la técnica	

6. RESULTADOS PREVISTOS

Los resultados esperados tras la implantación del programa serían que las víctimas adultas de ASI presentasen un menor malestar psicológico, y quienes realizan las actividades obtuvieran resultados positivos en su forma de percibirse a ellos y al mundo, incrementasen los conocimientos sobre las secuelas y mejorasen sus habilidades sociales, y aumentasen su capacidad de afrontamiento y superación de los síntomas derivados. Se contempla la posibilidad de aplicar cuestionarios y test validados como son: el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo y la Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático-revisada (EGS-R); para conocer si se han cumplido los objetivos específicos que se presentan en el programa de intervención.

Teniendo en cuenta que la expresión de las emociones protege la salud física y mental del individuo ante una experiencia traumática (Smyth et al., 2012), este programa (centrado en la gestión emocional y en la reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva) busca conocer si tras realizar las actividades de intervención propuestas mejora el bienestar psicológico de los adultos que han sufrido ASI, se espera encontrar efectos que permitan suponer que esto sucede así. Se espera que los resultados confirmen que los participantes presentan una mejor salud mental en comparación con los resultados obtenidos al empezar: mayor autoestima, un comportamiento más asertivo, puntuaciones inferiores en la escala de estrés postraumático, depresión y ansiedad, y una actitud vital más positiva. El hecho de revelación y expresión de los abusos son variables fundamentales que modulan las percepciones y sentimientos de la víctima ante la experiencia de ASI, influyendo en el tipo, intensidad y evolución de la sintomatología que a menudo se desarrolla en estos procesos de victimización (Ullman, 2002).

A continuación, en la *tabla 5*, se muestran los indicadores de resultados utilizados para cada uno de los objetivos específicos del programa de intervención.

Tabla 5
Indicadores de la evaluación del resultado

Objetivo específico	Indicador uno	Indicadores dos
1. Promover la mejora de la gestión emocional y mejorar su nivel de malestar mediante el trabajo de diferentes habilidades: autorregulación emocional, identificación, comprensión de las emociones y de los síntomas que presentan en el presente	Nivel de depresión medido mediante el Inventario de Depresión de Beck pre-post	Nivel de conocimiento adquiridos sobre la gestión emocional mediante la Ficha de conocimientos adquiridos pre-post
2. Disminuir los sentimientos de vergüenza, culpabilidad y autodesprecio en los adultos que han sufrido ASI	Nivel de depresión medido mediante el Inventario de Depresión de Beck pre-post	Nivel de ansiedad medido mediante el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, medido mediante cuestionario pre-post
3. Restablecer el equilibrio adecuado entre el cerebro racional y emocional, para sentir que mantienen el control de sus respuestas y de su comportamiento ante la vida	Presencia de los síntomas de TEPT medido mediante la Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático-revisada (EGS-R) pre-post	
4. Desarrollar el sentido de pertenencia, esencial para generar sentimientos de solidaridad, confianza, cohesión grupal y disminuir su ansiedad	Nivel de ansiedad medido mediante el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, medido mediante cuestionario pre-post	

7. DISCUSIÓN

Después de haber leído acerca de actividades específicas para este colectivo, se concluyó que faltaban áreas de trabajo psicológico en pacientes adultos de ASI (Echeburúa y Corral, 2005). La necesidad del programa nace así tras la carencia en la bibliografía y programas que den respuesta a este problema. Por tanto, el objetivo de este programa es reducir los síntomas psicológicos y físicos derivados de haber sufrido ASI. El cual tiene en cuenta la integración mente-cuerpo y los síntomas de vergüenza y culpabilidad.

En base a la bibliografía existente se espera que, en la primera evaluación, los participantes obtengan resultados acordes con el hecho de haber sufrido

do ASI: puntuaciones elevadas en ansiedad, depresión y en sintomatología traumática (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000). Para dar respuesta al primer objetivo planteado, referente a facilitar la gestión emocional y mejorar su nivel de malestar, se espera encontrar progresos significativos en las puntuaciones de los participantes en la variable de autoestima (Fernández-Berrocal y Ramos, 2016).

Respecto al segundo objetivo referente a disminuir los sentimientos de vergüenza y culpabilidad, se espera encontrar mejorías en estas emociones. Los abusos ocurren en una etapa donde existe mayor vulnerabilidad de desarrollar un autoconcepto negativo, la visión de un niño está en formación; sentimientos provocados por el agresor que utiliza recursos intimidatorios para ocultar el abuso; el menor recibe la versión del agresor antes de haberse formado una opinión propia de sí mismo y de lo que le sucedió, ideas que llevan al desarrollo de la culpa, vergüenza y autodesprecio (Adams et al., 2006).

Siendo estos sentimientos aspectos centrales del programa de intervención, se esperan encontrar mejoras por parte de las participantes en: autoestima, conductas de autocuidado y habilidades para relacionarse con los demás. Así como reducción de: culpa, vergüenza, ansiedad y depresión. Resultados que son congruentes con estudios que relacionan sentimientos de culpa y vergüenza con: autoconcepto, sentimientos de devaluación y minusvalía, baja autoestima, depresión, conductas autodestructivas y dificultad para establecer relaciones positivas (Deblinger y Runyon, 2005; Gorey et al., 2001).

Para dar respuesta al tercer objetivo planteado, que hace referencia a desarrollar el sentido de pertenencia, se espera que los participantes tras la intervención tengan pautas más adaptativas acerca de la forma de relacionarse, y que hayan formado un grupo cohesionado y seguro, que sepan detectar y expresar sus emociones de forma sana. En diferentes intervenciones realizadas se ha mostrado la efectividad de programas grupales con una disminución estadísticamente significativa en la sintomatología de TEPT de reexperimentación, evitación y aumento de la activación, así como de la sintomatología depresiva y de ansiedad (Hernández y Palos, 2012; Matud, 2016).

Para dar respuesta al último objetivo referente a restablecer el equilibrio adecuado entre el cerebro racional y emocional, se espera encontrar mejo-

ras en dicha integración. Resultados positivos realizando esta terapia han sido obtenidos en programas e intervenciones realizadas con pacientes que han sufrido experiencias traumáticas (Ogden y Fisher, 2016). Pensando en este objetivo se añadió la expresión corporal en las actividades tres y siete, para lograr una integración entre la parte racional y emocional de la persona, variable no contemplada hasta ahora en este tipo de intervenciones. La realización de cada una de las actividades, destacan por la flexibilidad y apertura que ofrece el programa, incluyendo a hombres y mujeres adultos.

Finalmente, resulta relevante mencionar la escasez de programas de intervención psicológica en adultos que han sufrido ASI. El presente programa de intervención se creó para atender a esta demanda.

8. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y PROSPECTIVA

La relevancia del ASI, su influencia en el desarrollo posterior del individuo y las consecuencias que conlleva en diferentes ámbitos hacen necesaria la implementación de programas de prevención y de intervención como el aquí presentado. Al contemplar estas edades se protege de su vulnerabilidad y se frenan las conductas de riesgo futuras. Es importante llevar a cabo programas similares destinados a menores que hayan sufrido ASI y que no tengan las habilidades ni la ayuda necesaria para superar ese acontecimiento. En relación al programa, se estima que tras su realización se demuestre su eficacia y viabilidad, cumpliendo el objetivo general, que es mejorar el bienestar físico y psicológico de estas personas, ayudándoles reducir sus síntomas y mejorando sus vidas, en la medida de lo posible.

Como limitaciones se debe reconocer el número reducido de sesiones para los objetivos planteados, que requieren de un mayor tiempo de implementación para poder obtener resultados consistentes a largo plazo. Se añade como limitación del programa que esta propuesto únicamente para población madrileña, pero podría implantarse en toda España, se plantea la posibilidad de obtener muestras en diferentes comunidades atendiendo a las necesidades específicas que se puedan dar dependiendo de la provincia donde se lleve a cabo la implantación.

Como futura línea de investigación se contempla añadir la variable de apoyo percibido en los adultos que han padecido ASI. Abordar cómo entienden las víctimas el apoyo recibido, qué mecanismos de afrontamiento consideran más efectivos y cuál es el impacto percibido del apoyo de los otros en su experiencia del abuso sexual. El efecto del apoyo social es fundamental en la superación del ASI, especialmente el apoyo de las figuras cuidadoras (Pereda, 2011).

Se propone la creación de grupos exclusivos para hombres. En España la discordancia más importante está en el mayor número de casos de abusos sufridos por los varones, un 15% en frente al 10% en otros países (López, 2020). Según los diferentes autores: sugieren una mayor afectación psicológica y emocional; indican mayor presencia de síntomas externalizantes relacionándolo con un mayor riesgo de convertirse en agresores adultos; las reacciones negativas y culpabilizadoras por parte del entorno de la víctima tienen mucha influencia en la superación de la victimización, siendo más frecuente en casos intrafamiliares (Garnefski y Arends, 1998; Glasser et al., 2001; Romano y De Luca, 2001; Mendelsohn y Sewell, 2004).

Sería favorable en futuras investigaciones tener en cuenta la sexualidad y la implicación familiar. El factor protector mejor demostrado es el cuidado parental adecuado y existen muchos efectos relacionados con la sexualidad (dificultades para relajarse, incapacidad para llegar al orgasmo, promiscuidad, explotación sexual, etc.) que se correlacionan con los abusos (Ensink et al., 2020; Godbout et al., 2020; Scoglio et al., 2019).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, C. M. (2006). The consequences of witnessing family violence on children and implications for family counsellors. *The Family Journal: Counselling and Therapy for Couples and Families*, 14(4), 334-341.
- Ahrens, C., Stansell, J., y Jennings, A. (2010). To tell or not to tell: The impact of disclosure on sexual assault survivors' recovery. *Violence and Victims*, (25), 631-648.
- Banyard, V. L., Williams, L. M., y Siegel, J. A. (2001). The long-term mental health consequences of child sexual abuse: an exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *Journal of Traumatic Stress*, (14), 697-715.

- Beltran, N. P. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del psicólogo*, 31(2), 191-201.
- Bogart, G. A., DeJonghe, E., Levendosky, A. A., Davidson, W. S., y von Eye, A. (2006). Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. *Child Abuse & Neglect*, 30(2), 109-125.
- Borra, V., y Verónica, G. (2015). *Grupo de ayuda mutua: Del maltrato al bienestar. Programa Integral de Lucha Contra la Violencia Familiar y Sexual Ayacucho*. Fundación Richmond Fellowship del Perú.
- Boxer, P., y Terranova, A. M. (2008). Effects of multiple maltreatment experiences among psychiatrically hospitalized youth. *Child abuse & neglect*, 32(6), 637-647.
- Browne, A., y Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66-77.
- Bruno, J. A. S. (2004). Algunas consideraciones metodológicas relevantes para la investigación aplicada. *REMA*, 9(1), 1-11.
- Canales, J. (2015). *El cristal roto: sobreviviendo al abuso sexual en la infancia*. Grupo Planeta.
- Cerezo, M. A. (1995). El impacto psicológico del maltrato: primera infancia y edad escolar. *Infancia y Aprendizaje*, (71), 135-157.
- Deblinger, E., y Runyon, M. K. (2005). Understanding and treating feelings of shame in children who have experienced maltreatment. *Child Maltreatment*, 10(4), 364-376.
- Echiburúa, E., y Corral, P. D. (2005). ¿Cómo evaluar las lesiones psíquicas y las secuelas emocionales en las víctimas de delitos violentos?. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, (5), 57-73.
- Echiburúa, E., Amor., Sarasua., Zubizarreta., y Holgado-Tello. y Muñoz. (2016). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático-revisada (EGS-R). *Terapia psicológica*, 34(2), 111-128.
- Echiburúa, E., y Corral, P. D. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué? *Psicología conductual*, 15(3), 373-387.
- Echiburúa, E., y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia, víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Ariel.
- Echiburúa, E., y Guerricaechevarría, C. (2005). *Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos del abuso sexual infantil*. Ariel.
- Edgardh, K., y Ormstad, K. (2000). Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Pediátrica*, (88), 310-319.

- El-Astal, S. (2016). Memorias traumáticas y estrés postraumático en los niños y jóvenes palestinos de la Franja de Gaza. *Pensando Psicología*, 12(20).
- Ensink, K., Borelli, J. L., Normandin, L., Target, M., y Fonagy, P. (2020). Childhood sexual abuse and attachment insecurity: Associations with child psychological difficulties. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(1), 115-124.
- Feldenkrais, M. (2011). *Embodied wisdom: The collected papers of Moshe Feldenkrais*. North Atlantic Books.
- Fernández-Berrocal, P., y Ramos, N. (2016). *Desarrolla tu inteligencia emocional*. Editorial Kairós.
- Ferrajao, P., y Elkhit, A. (2020). World assumptions and posttraumatic stress in a treatment-seeking sample of survivors of childhood sexual abuse: A longitudinal study. *Psychol*, 20(2).
- Fisher, R. (1999). *El caballero de la armadura oxidada*. Ediciones obelisco.
- Garnefski, N., y Arends, E. (1998). Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *Journal of Adolescence*, (21), 99-107.
- Garnefski, N., y Diekstra, R. F. W. (1997). Child sexual abuse and emotional and behavioral problems in adolescence, gender differences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(3), 323-329.
- Garriga, J. (2020). *Bailando juntos. La cara oculta del amor, en la pareja y en la familia*. Planeta de libros.
- Glasser, M., Kolvin, I., Campbell, D., Glasser, A., Leitch, I., y Farrelly, S. (2001). Cycle of child sexual abuse: links between being a victim and becoming a perpetrator. *British Journal of Psychiatry*, (179), 482-494.
- Godbout, N., Bakhos, G., Dussault, É., y Hébert, M. (2020). Childhood interpersonal trauma and sexual satisfaction in patients seeing sex therapy: Examining mindfulness and psychological distress as mediators. *Journal of Sex and Marital Therapy* 46(1), 43-56.
- Gorey, K. M.; Richter, N. L., y Snider, E. (2001). Guilt, isolation and hopelessness among female survivors of child sexual abuse: effectiveness of group work intervention. *Child Abuse and Neglect*, (25), 347-355.
- Harvey, S. y Taylor, J. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 517-535.
- Hazen, A. L., Connelly, C. D., Roesch, S. C., Hough, R. L., y Landsverk, J. A. (2009). Child maltreatment profiles and adjustment problems in high-risk adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(2), 361-378.

- Hernández, Y., y Palos, P. (2012). Evaluación de un programa de intervención terapéutica en mujeres que han vivido abuso sexual infantil. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 14(1), 49-71.
- Hetzl-Riggin, M. D., Brausch, A. M., y Montgomery, B. S. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. *Child Abuse & Neglect*, (31), 125-141.
- Instituto Nacional de Estadística de España. (2020, 10 de noviembre). *Condenados por delitos sexuales*. <https://bit.ly/3isp41t>
- Jussieu, I. (2020). *Técnicas de PNL: Una guía práctica de estrategias para el desarrollo óptimo de la personalidad*. Robinbook.
- Lameiras, M. (2002). *Abusos sexuales en la infancia. Abordaje psicológico y jurídico*. Biblioteca nueva.
- Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., y Weisskopf, M. G. (2014). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, (59), 359-372.
- López, F. (2014). *Los abusos sexuales a menores y otras, formas de maltrato sexual*. Pirámide.
- López, F. (2020). Abusos sexuales. *Familia*, (48), 133-148.
- López, F., Carpintero, E., y Fuertes, A., Hernández, A. (1994). *Abusos sexuales a menores, lo que recuerdan de mayores*. Ministerio de Asuntos Sociales.
- López, F., Guijo V., y del Campo, A. (2003). Prepuberal sexuality. *European Journal of Sexology/Sexologies*, (42), 49-65.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical psychology review*, 29(7), 647-657.
- Maniglio, R. (2010). Child sexual abuse in the etiology of depression: A systematic review of reviews. *Depression and Anxiety*, (27), 631-642.
- Maniglio, R. (2011). The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (124), 30-41.
- Martsof, D. S., y Draucker, C. B. (2005). Psychotherapy approaches for adult survivors of childhood sexual abuse: An integrative review of outcomes research. *Mental Health Nursing*, (26), 801-825.
- Matud, M. P., Padilla, V., Medina, L., y Fortes, D. (2016). Eficacia de un programa de intervención para mujeres maltratadas. *Terapia psicológica*, 34(3), 199-208.
- McMillen J. C., y Zuravin, S. (1997). Attributions of blame and responsibility for child sexual abuse and adult adjustment. *Journal Interpersonal Violence*, (12), 30-48.

- Mendelsohn, M., y Sewell, K. W. (2004). Social attitudes toward traumatized men and women: A vignette study. *Journal of Traumatic Stress*, (17), 103–111.
- Milanese, R., Bargalló, J., y Cagnoni, F. (2010). *Cambiar el pasado: Superar las experiencias traumáticas con la terapia estratégica*. Herder.
- Monzón, R. S. (2013). Sin derecho a desear. Sobreviviendo a la culpa en un caso de abuso sexual infantil. *Psicoterapia y Psicodrama*, 2(1), 125-143.
- Murillo, J. A. (2020). Abuso sexual, de conciencia y de poder: hacia una nueva definición. Estudios Eclesiásticos. *Revista de Investigación e Información Teológica y Canónica*, 95(373), 415- 440.
- Oaksford, K. L., y Frude, N. (2001). The prevalence and nature of child sexual abuse: evidence from a female university sample in the UK. *Child Abuse Review*, (10), 49-59.
- Oates, R. K., Jones, D. P., Denson, D., Sirotnak, A., Gary, N., y Krugman, R. (2000). Erroneous concerns about child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 24(1), 149-157.
- Ogden, P., y Fisher, J. (2016). *Psicoterapia sensoriomotriz: intervenciones para el trauma y el apego*. Desclée de Brouwer.
- Parker, A., Fourt, A., Langmuir, J. I., Dalton, E. J., y Classen, C. C. (2007). The experience of trauma recovery: A qualitative study of participants in the Women Recovering from Abuse Program (WRAP). *Journal of Child Sexual Abuse*, 16(2), 55-76.
- Pereda, N. (2011). La importancia del apoyo social en la intervención con víctimas de abuso sexual infantil: una revisión teórica. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, (4), 42–51.
- Pereda, N., Gallardo-Pujol, D., y Jiménez Padilla, R. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(2), 131-139.
- Pereda, N., y Gallardo-Pujol, D. (2011). Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. *Gaceta Sanitaria*, 25(3), 233-239.
- Pereda, N., y Rull, J. (2011). Revisión sistemática de los programas de tratamiento psicológico aplicados en víctimas adultas de abuso sexual en la infancia. *Anuario de Psicología*, (41), 81-105.
- Perrott, K., Morris, E., Martin, J., y Romans, S. (1998). Cognitive coping styles of women sexually abused in childhood: a qualitative study. *Child Abuse & Neglect*, 22(11), 1135-1149.
- Quintero, A., Beltrán, V., y Andrade, P. (2011). Programa de intervención narrativa en mujeres que han vivido abuso sexual infantil. *Relaciones*, 8(6), 9-10.

- Redford, C. (2017). *PNL: Programación neurolingüística: Una guía práctica y sencilla para iniciarse en la programación neurolingüística*. Robinbook.
- Rincón, P., Cova, F., Bustos, P., Aedo, J., y Valdivia. (2010). Estrés Postraumático en Niños y Adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 81(3), 234-240.
- Romano, E., y De Luca, R.V. (2001). Male sexual abuse: A review of effects, abuse characteristics, and links with later psychological functioning. *Aggression and Violent Behavior*, (6), 55-78.
- Rywerant, Y. (1993). *The feldenkrais method: teaching by handling*. Basic Health Publications.
- Sanchez, J., y De Bruine, J. (2020). *Programa el despertar de la piel: 10 pasos hacia una identidad saludable*. Asociación crisálida.
- Sanmartín, J. (2005). *Violencia contra niños*. Ariel.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Corral, P., y Echeburúa, E. (2013). Programa individual cognitivo conductual para el tratamiento de mujeres víctimas de agresiones sexuales en la vida adulta. *Psicología conductual*, 21(2), 249.
- Scoglio, A., Kraus, S., Saczynski, J., Jooma, S., y Molnar, B. (2019). Systematic Review of Risk and Protective Factors for Revictimization After Child Sexual Abuse. *Trauma, Violence and Abuse*, 1(13).
- Siegel, D. (2007). *La mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*. Desclée de Brouwer.
- Siegel, J. A. (2001). Understanding links among childhood trauma, dissociation, and women's mental health. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 311-321.
- Smyth, J. M., Pennebaker, J. W., y Arigo, D. (2012). *What are the health effects of disclosure?* En A. Baum, T. A. Revenson y J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology*. Psychology Press.
- Sneiderman, S. (2011). El cuestionario desiderativo de J. Bernstein: aportes y actualización para una interpretación psicoanalítica. *Actualidad Psicológica*, 36(399), 21-24.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Tea.
- Ubrich, T., Ardila, C., y Bartolomé López, A. (2017). *Ojos que no quieren ver. Los abusos sexuales a niños y niñas en España y los fallos del sistema*. Save the Children.
- Ullman, S. E. (2002). Social reactions to child sexual abuse disclosures: A critical review. *Journal of Child Sexual Abuse*, (12), 89-121.

- Vázquez, C., y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y salud*.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., y Soulsby, J. (2000). La terapia cognitiva basada en mindfulness reduce la memoria autobiográfica en pacientes anteriormente deprimidos. *Revista de Psicología Anormal*, 109(1), 150–155.
- Zarzuelo, M. Á. (2020). El confinamiento de niñas y niños en España en 2020 por la crisis del COVID-19: Propuestas desde la Educación Social Escolar para la vuelta al centro escolar. *Revista de Educación Social*, (30), 457-461.

CITA DE ESTE ARTÍCULO (APA, 7ª ED.):

Igartua Escobar, E.. (2022). Programa de intervención para adultos víctimas de abusos sexuales en la infancia. *Educación y Futuro: Revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, (46), pp. 195-227.