

Disociación por Trauma Sexual en Adolescentes: Una Propuesta de Intervención.

Laura Andreu Batalla

Dirigido por la Dra. Berenice Serrano Zárate



Facultat de Ciències de la Salut
FCS

SBF018 - Trabajo Final de Máster

Máster en Psicología General Sanitaria

Facultat de Ciències de la Salut, Universitat Jaume I

24 de septiembre del 2022

Tabla de contenido

Resumen.....4

Propuesta de Intervención en un Caso de Disociación por Trauma Sexual dirigido a Adolescentes6

Formulación del Problema y Justificación del Trabajo.....6

Marco Teórico9

 Disociación por Trauma..... 14

 Tratamiento Psicológico en Víctimas de Abuso Sexual Infantil 16

 Intervención en Disociación Traumática 19

 Técnicas de *Mindfulness* en la Intervención de la Disociación.....20

Objetivos22

Método23

Participantes23

Instrumentos de Evaluación24

Descripción de la Propuesta de Intervención27

 I. Componente de psicoeducación.....28

 II. Componente de Habilidades Parentales.....28

 III. Componente de Relajación28

 IV. Componente de Regulación Afectiva29

 V. Componente Cognitivo29

 VI. Componente de *Mindfulness*29

Temporalización	33
Resultados	33
Conclusiones	37
Referencias	40
Anexo 1. Manifestaciones clínicas de la disociación en la infancia y adolescencia	66
Anexo 2. Terapia cognitivo-conductual centrado en el trauma (TF-CBT)	67
Anexo 3. Adaptación de la terapia EMDR dirigida al trauma reciente	68
Anexo 4. Inventario de Comportamiento Infantil (CBCL)	69
Anexo 5. Cuestionario autoaplicado para jóvenes (YSR)	70
Anexo 6. Escala de Experiencias Disociativas en Adolescentes (A-DES)	71
Anexo 7. Registro Semanal de Sintomatología Disociativa	74
Anexo 8. Escala de atención y conciencia plena para adolescentes (MAAS-A)	75
Anexo 9. Esquema de la Propuesta de Intervención Completa	68
Anexo 10. Desarrollo Sesión 1	71
Anexo 11. Desarrollo Sesión 2	73
Anexo 12. Desarrollo Sesión 3	75
Anexo 13. Desarrollo Sesión 4	77
Anexo 14. Desarrollo Sesión 5	78
Anexo 15. Desarrollo Sesión 6	80
Anexo 16. Cuestionario para grupo de expertos.	82

Resumen

La disociación es un mecanismo neurobiológico común en las víctimas de abusos sexuales en la infancia. Esta estrategia permite, mediante la desconexión del entorno, de las emociones y sentimientos e incluso del propio cuerpo, hacer frente a las consecuencias de la experiencia traumática. La desconexión que se produce en las víctimas se ha identificado como una variable interviniente en la posterior aparición de psicopatología, además de tener efectos negativos en el tratamiento psicológico del trauma. La presente propuesta de intervención plantea incluir un componente de *mindfulness* al tratamiento psicológico por elección en el abordaje de las consecuencias de la victimización sexual en la infancia, la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, con el fin de aumentar la conciencia en el momento presente para reducir la sintomatología disociativa. Esta propuesta está dirigida a población adolescente puesto que es en esta etapa del desarrollo en la que se comienza una identidad adulta más estable. Para la evaluación de la presente propuesta se ha contactado con un grupo de expertos quienes han concluido que, en términos generales, incluir este componente de *mindfulness* podría ser beneficioso para mejorar el tratamiento psicológico del trauma en adolescentes.

Palabras clave: Disociación, intervención psicológica, adolescentes, abuso sexual infantil, *mindfulness*

Abstract

Dissociation is a common neurobiological mechanism in victims of childhood sexual abuse. This coping strategy allows the victim to cope with the consequences of the traumatic experience by disconnecting himself/herself from the environment, emotions, and feelings, and even from his or her own body. This disconnection has been identified as an intervening variable in the subsequent appearance of psychopathology, as well as having negative effects on the psychological treatment of trauma. The present intervention proposal includes a mindfulness component to the main psychological treatment of child sexual victimization, trauma-focused cognitive-behavioral therapy, in order to increase awareness in the present moment to reduce dissociative symptomatology. This proposal is aimed at the adolescent population since it is at this stage of development where a more stable adult identity starts to develop. For the evaluation of the present proposal, a group of experts has been contacted and they have concluded that, in general terms, including this mindfulness component could be beneficial to improve the psychological treatment of trauma in adolescents.

Keywords: Dissociation, psychological intervention, adolescents, child sexual abuse, *mindfulness*

Propuesta de Intervención en un Caso de Disociación por Trauma Sexual dirigido a Adolescentes

La victimización sexual infantil se ha identificado como un factor de riesgo para desarrollar alteraciones del bienestar psicológico en la edad adulta (Hillberg et al., 2011). Es por ello por lo que, a menudo, las víctimas requieren de psicoterapia para conseguir un adecuado ajuste psicológico. La investigación en este campo es relativamente amplia, sin embargo, la idiosincrasia de cada caso requiere una actualización constante de este campo de la intervención psicológica.

El presente trabajo expone una propuesta de intervención dirigida a disminuir el malestar psicológico causado por abusos sexuales en la infancia en adolescentes, centrada en aumentar la conciencia en el momento presente en aquellas víctimas que presentan síntomas disociativos.

Formulación del Problema y Justificación del Trabajo

La victimización sexual infantil es un fenómeno que ocurre en todo el mundo y afecta a niños y niñas de todas las edades, etnias y clases socioeconómicas (Collin-Vézina et al., 2013).

Los primeros estudios epidemiológicos de este fenómeno se remontan a finales de los años 70 en Estados Unidos. Estas investigaciones estimaban que más de 336.000 niños y niñas norteamericanos eran víctimas de algún tipo de victimización sexual cada año (Sarafino, 1979). Más de una década después, Finkelhor (1994) realizó una revisión de estudios de prevalencia sobre abuso sexual infantil publicados hasta la fecha en población no clínica y encontró que las tasas de incidencia de este fenómeno oscilaban entre un 7% y un 36% en mujeres y entre un 3% y un 29% en población masculina. Esta amplia disparidad de

porcentajes se debe, como señala este estudio, a la falta de un consenso en cuanto a qué conductas y comportamientos eran considerados abuso sexual infantil.

Publicaciones más recientes encuentran que estas tasas de prevalencia se mantienen a lo largo del tiempo. Pereda et al. (2009) analizan 39 estudios de prevalencia internacionales con el fin de compararlos con las cifras encontradas por Finkelhor (1994) e identifican un patrón general en cuanto a tasas de prevalencia que se mantiene más o menos constante, especialmente en población femenina. Los porcentajes se mantienen estables en los estudios posteriores, variando entre un 18.0% (Stoltenborgh et al., 2011) y un 31% (Barth et al., 2013) para las niñas y entre un 7.6% (Stoltenborgh et al., 2011) y un 17% (Barth et al., 2013) para los niños.

En España, el único estudio nacional realizado con una muestra representativa de la población general hasta la fecha fue el realizado por López et al. (1995). Los resultados de esta investigación concluyeron que un 15,2% de los varones y un 22,5% de las mujeres participantes habían sido víctimas de abusos sexuales antes de cumplir la mayoría de edad.

Finkelhor et al. (2014), con el objetivo de evitar las limitaciones que pueden implicar los estudios retrospectivos, realizan un estudio con una muestra de adolescentes, en el que encuentran porcentajes de victimización sexual moderadamente más elevados para las chicas (26.6%) y ligeramente inferiores para los chicos (5.1%). Los autores señalan que, para lograr contemplar todas las experiencias de victimización ocurridas en la infancia, la población objetivo de estos estudios debería ser la adolescencia tardía, es decir los 17 años.

En los estudios realizados con muestra universitaria en nuestro país se encuentran tasas similares, un 14,8% en mujeres y 9,7% en hombres en el País Vasco (De Paúl et al., 1995) y un 19% de las mujeres y un 15,5% de los varones en Cataluña (Pereda & Forns, 2007).

En definitiva, está ampliamente demostrado que el abuso sexual infantil es una problemática de gran magnitud en todo el mundo que no solo ocurre en países en vías de desarrollo. Según señala el Consejo de Europa, una de cada 5 niñas y uno de cada 20 niños será víctima de algún tipo de victimización sexual durante la infancia en nuestro continente.

Desde el punto de vista de la psicoterapia, la victimización sexual en la infancia es especialmente importante puesto que ocurre en etapas evolutivas críticas para el desarrollo de los individuos. Este tipo de victimización tiene graves consecuencias en la salud mental (Mullen et al., 1993), tanto en durante la infancia como ya en la edad adulta (Spataro et al., 2004).

La mayoría de las intervenciones terapéuticas se han propuesto para población adulta (Taylor & Harvey, 2012), puesto que muchas víctimas no revelan estas experiencias hasta mucho tiempo después de haber sufrido los abusos (McElvaney, 2015). Sin embargo, una intervención temprana ha demostrado reducir la probabilidad de aparición de síntomas postraumáticos (Dworkin & Schumacher, 2018).

Esta revelación tardía, en parte, se debe a un mecanismo de protección muy común en las víctimas de trauma en la infancia, la disociación (Somer & Szwarcberg, 2001). La disociación hace referencia a la “interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad propia y subjetiva, la emoción, la percepción, la identidad corporal, el control motor y el comportamiento” (American Psychiatric Association, 2013). Se han encontrado índices de disociación significativamente mayores en aquellos individuos que experimentaron vivencias de abusos sexuales en la infancia comparado con aquellos que no tuvieron estas experiencias e incluso comparado con aquellos individuos que sufrieron maltrato físico o emocional (Vonderlin et al., 2018).

El tratamiento por elección para la intervención en el abuso sexual infantil es la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT). Esta intervención ha demostrado reducir la sintomatología traumática, emocional y conductual en menores víctimas de abuso sexual (Cohen et al., 2007). Este tratamiento ha demostrado promover mejorías también en síntomas disociativos (Cohen et al., 2005), sin embargo, elevadas tasas de disociación, y las consecuencias de esta, pueden afectar negativamente al tratamiento psicológico (Bailey & Brand, 2017). La integración de la experiencia emocional resulta un prerequisite esencial en tratamiento del trauma (Khayyat-Abuaita et al., 2019).

Las técnicas de *mindfulness* han demostrado ser una intervención realmente adecuada para el tratamiento de problemas afectivos y el estrés, y recientemente se han propuesto como una intervención útil para abordar otras problemáticas más complejas como los síntomas disociativos (Perona-Garcelán et al., 2014). La conveniencia de incorporar estas técnicas en el tratamiento de la disociación se fundamenta en la capacidad del *mindfulness* de aumentar la conciencia en el momento presente, puesto que la disociación radica justo en una desconexión del presente, de las emociones y sentimientos que el recuerdo traumático provoca en la víctima e incluso en la desconexión del propio cuerpo.

Por todo ello, el presente trabajo plantea una propuesta de intervención para población adolescente en casos de victimización sexual infantil, que incluye técnicas de *mindfulness* a la terapia TF-CBT con el fin de conseguir reducir la sintomatología disociativa para tratar de conseguir mejores resultados en el tratamiento de los efectos de la victimización sexual.

Marco Teórico

A pesar de haberse evidenciado la magnitud de esta problemática social, como se apuntaba anteriormente, la definición de victimización sexual infantil sigue siendo motivo de controversia (Dubowitz, 2017). La definición de una variable tiene una marcada influencia

sobre la magnitud de su tasa de incidencia, por lo que resulta crucial tener una definición clara del concepto de victimización sexual infantil para poder realizar estudios epidemiológicos más ajustados a la realidad (Goldman & Padayachi, 2000). Recientemente, se ha propuesto un modelo teórico que pretende facilitar la operativización de este concepto de una forma más objetiva. Para ello, se plantean cuatro factores que definen la victimización sexual infantil: (1) en primer lugar, la víctima tiene que ser un infante, ya sea en términos de edad o bien por desarrollo madurativo; (2) el segundo criterio hace referencia al consentimiento: debe darse una ausencia de consentimiento explícito, o bien la víctima ha de ser considerado incapaz, por desarrollo madurativo, de consentir libre y voluntariamente; (3) además, debe tratarse de un comportamiento sexual con contacto físico o sin él, que busque provocar placer sexual en el victimario o bien en terceras personas (como en el caso de la pornografía infantil); (4) y por último, el acto tiene consideración de abusivo, es decir, la persona que lleva a cabo el abuso se sirve de su posición de superioridad sobre la víctima para cometer el acto sexual (Mathews & Collin-Vézina, 2019).

Al margen de su definición, la victimización sexual durante la infancia tiene importantes consecuencias negativas en el desarrollo de la víctima, puesto que destruye creencias básicas de seguridad y supuestos básicos de confianza en uno mismo, en los demás y en el futuro (Pereda, 2011). No obstante, no existe una relación de causalidad entre las consecuencias y el abuso, sino que se han hallado variables intervinientes tales como factores individuales de la víctima o características del propio abuso (Cantón-Cortés & Cortés, 2015), la relación con el victimario (Ullman, 2007), el apoyo social de la víctima (Tremblay et al., 1999), o la reacción del entorno tras la revelación (Zajac et al., 2015).

Este tipo de victimización puede tener efectos o consecuencias ya durante la infancia (Hornor, 2010). Pereda (2009) propone clasificar las potenciales consecuencias iniciales de la victimización sexual infantil en cinco áreas:

Problemas Emocionales

La asociación entre abuso sexual infantil y la aparición de problemas afectivos durante la infancia y la adolescencia ha quedado ampliamente demostrada (Putnam, 2003). La sintomatología postraumática es la más frecuente (Dyregrov & Yule, 2006; McLeer et al., 1988), aunque en la infancia suele manifestarse a través de síntomas más conductuales tales como “juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s)” (American Psychiatric Association, 2013), o mediante miedos inespecíficos (Foster & Hagedorn, 2014).

Además de esta sintomatología traumática, la ansiedad por separación, la depresión mayor y la distimia se han señalado como principales diagnósticos comórbidos (Ackerman et al., 1998). Algunos estudios apuntan que el porcentaje de víctimas que desarrolla síntomas depresivos durante la infancia puede alcanzar el 74,3% (Mutavi et al., 2018).

Uno de los efectos más preocupantes en víctimas adolescentes es la ideación suicida, especialmente cuando se dan otros factores simultáneos tales como una mala reacción del entorno ante la revelación (Wozencraft et al., 1991). Se ha encontrado que las víctimas de abusos sexuales en la infancia tienen un riesgo de ideación suicida de 2 a 3 veces mayor que el resto de población adolescente (Pérez-González & Pereda, 2015).

Dificultades Cognitivas y de Rendimiento Académico

Además de problemas emocionales, se han observado alteraciones cognitivas en las víctimas de abusos sexuales en la infancia (Çengel-Kültür et al., 2007; McLeer et al., 1988). Recientes investigaciones neurobiológicas apuntan que una victimización prolongada en etapas críticas del desarrollo conlleva una hiperactivación en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, lo que se traduce en un peor funcionamiento cognitivo global (Araújo De Azeredo et al., 2020).

En línea con estos hallazgos, se ha encontrado que aquellas víctimas de experiencias traumáticas graves durante la infancia, como es el caso del abuso sexual infantil, obtienen un rendimiento académico más bajo que sus iguales que no han vivido estas experiencias (Holt et al., 2007).

Problemas Relacionales

La victimización sexual infantil rompe con el desarrollo social normal de los niños y niñas (Schilling et al., 2007). Durante la infancia estas dificultades de relación se traducen en mayores problemas de relación con los iguales (Bolger et al., 1998) y estilos de apego desorganizados e inseguros (Ensink et al., 2020).

Alteraciones del Funcionamiento

La población infantil tiende a la somatización de los problemas emocionales (Campo & Fritsch, 1994), es por ello por lo que entre las consecuencias iniciales del abuso sexual infantil destacan las alteraciones del sueño (Noll et al., 2006), los trastornos y problemas alimentarios (Wonderlich et al., 1997) y las regresiones en la autonomía (Zayas-García, 2016).

Problemas Comportamentales

En el área conductual se han identificado una gran cantidad de problemas comportamentales tales como abuso de sustancias (Hornor, 2010), comportamiento disruptivo y asocial (Pereda, 2009), así como conducta sexualizada y/o problemas sexuales en la adolescencia (Noll et al., 2003).

De nuevo, una de las mayores preocupaciones son las elevadas tasas de conducta suicida (Mullers & Dowling, 2008). Las investigaciones estiman que el riesgo de intento de suicidio es de 3 a 4 veces mayor en víctimas adolescente de abuso sexual comparado con las no víctimas (Pérez-González & Pereda, 2015).

Respecto a las consecuencias a largo plazo existe todavía más evidencia de las posibles alteraciones que este tipo de victimización puede producir en la edad adulta (Beitchman et al., 1992; Cashmore & Shackel, 2011; Mullen & Fleming, 1998). El abuso sexual infantil se ha asociado con la aparición de psicopatología en la edad adulta, con el trastorno depresivo mayor, la distimia, la manía, la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada, mayores tasas de ataques de pánico, el trastorno de estrés postraumático, las fobias, problemas o dependencia del alcohol y problemas o abuso de drogas (Molnar et al., 2001).

La victimización sexual grave en la infancia se ha señalado, además, como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos psicóticos y esquizofrenia (Cutajar et al., 2010). Asimismo, el abuso sexual infantil constituye un factor de riesgo realmente importante en la etiología de algunos trastornos de personalidad, concretamente del trastorno límite de la personalidad (Zanarini, 1997). Las consecuencias de este tipo de victimización infantil afectan incluso a la neurobiología de las víctimas, habiéndose hallado alteraciones neuroendocrinas, alteraciones de la estructura cerebral y afectación en procesos neurobiológicos básicos (Pereda & Gallardo-Pujol, 2011).

Estos efectos y consecuencias sitúan a las víctimas en una posición de vulnerabilidad frente a futuras revictimizaciones (Arata, 2002). Un estudio llevado a cabo en Estados Unidos con población universitaria apuntó que las víctimas de abusos sexuales durante la infancia tenían una mayor probabilidad de sufrir una victimización sexual durante el primer semestre en la universidad (Reese-Weber & Smith, 2010).

Es evidente pues que la victimización sexual en la infancia constituye un importante factor de riesgo para el bienestar psicológico de las víctimas, tanto durante la infancia como posteriormente a lo largo de la vida adulta.

Disociación por Trauma

Gran parte de las consecuencias de la victimización sexual en la infancia pueden explicarse por los mecanismos disociativos presentes en estas víctimas (Lev-Wiesel, 2008). Las características de la victimización sexual infantil, sobre todo en aquellos casos en los que se prolonga durante gran parte de la infancia, propicia la aparición de síntomas disociativos (Vonderlin et al., 2018).

Con anterioridad a profundizar en la definición y manifestaciones de la disociación por trauma, resulta imprescindible aclarar algunas consideraciones previas respecto al concepto de trauma psicológico. Este concepto aparece por primera vez con la publicación de la tercera edición del DSM en 1980, sin embargo, su definición ha sido motivo de controversia (Weathers & Keane, 2007). Perotta (2019) sugiere definir el trauma psicológico como “una o varias experiencias percibidas por el sujeto como "críticas", que generan impotencia y vulnerabilidad en la víctima, y son capaces de provocar un estrés tan severo que amenaza la integridad del equilibrio psicofísico de la persona”.

Las experiencias traumáticas durante la infancia son por sí mismas experiencias complicadas de integrar. Estos sucesos están vinculados a estados emocionales y fisiológicos que pueden impactar en la memoria y en la formación del recuerdo (Cordón et al., 2004). Asimismo, la repercusión de estas experiencias se extiende al desarrollo de los esquemas de identidad del individuo (Sar & Ozturk, 2006). El desarrollo de la identidad propia es fundamental para el bienestar psicológico (Craven & Marsh, 2008) y el trauma psicológico ha demostrado impactar negativamente en la formación de esta identidad (Kouvelis & Kangas, 2021).

El trauma psicológico se ha identificado como uno de los factores causales más consistentes de la disociación (Dalenberg et al., 2012). La disociación aparece como un

mecanismo de defensa que facilita a la víctima la integración de las experiencias traumáticas en sus esquemas mentales (Vega et al., 2005). Silberg (1998) describe que, en la victimización sexual infantil, la disociación permite al niño o a la niña evadirse y conservar una identidad relativamente funcional.

El modelo más aceptado sobre la disociación traumática la define como un mecanismo neurobiológico que se activa ante experiencias traumáticas que exceden a los recursos de afrontamiento del individuo, puesto que los sistemas más básicos (como la respuesta de lucha o huida) no son adaptativos o eficaces (Freyd, 1994; Schauer & Elbert, 2010b).

Investigaciones neurobiológicas recientes sugieren que el trauma severo en la infancia genera una sobreestimulación del sistema límbico y del neocórtex durante etapas críticas del desarrollo que podría participar en la etiología de alteraciones cognitivas posteriores (Tyrka et al., 2013). Sin embargo, todo parece apuntar a que la relación entre trauma y disociación responde a una combinación de factores de vulnerabilidad genética, neurológica, psicológica y ambiental de las víctimas (Diseth, 2006).

Las manifestaciones de la disociación en la infancia pueden variar de las de los adultos. En población infantil “la disociación [...] puede generar problemas de memoria, concentración y apego, y juego traumático. Sin embargo, los niños, por lo general, no presentan cambios de identidad, sino que presentan principalmente solapamientos e interferencias entre los estados mentales [...], con síntomas relacionados a las interrupciones de la experiencia” (American Psychiatric Association, 2013). Durante la infancia, la disociación puede manifestarse a través de cambios repentinos en el comportamiento, los sentimientos y/o las actitudes (Anexo 1), muchas veces sin que el niño o niña pueda explicar el porqué de su comportamiento o ni siquiera percibir estos cambios (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, s.f).

La disociación es un mecanismo común a todos los seres humanos ante situaciones emocionales muy intensas (Wieland, 2015). Sin embargo, cuando este mecanismo de "desconexión" fue el predominante durante la experiencia traumática y esta se prolongó a lo largo de la infancia, se convierte en un patrón de respuesta generalizada (Wieland, 2015). Debido a esto, los síntomas disociativos reaparecen, no solo ante la reactivación del recuerdo traumático, sino que también aparecen estas respuestas en situaciones de elevada emocionalidad del día a día. Por este motivo, resulta fundamental que los clínicos tengan presente los mecanismos de la disociación, así como la forma de intervenir en estos casos para lograr tratamientos más efectivos.

La desconexión provocada por los mecanismos disociativos se ha identificado como una variable interviniente crítica en la aparición de psicopatología y comportamientos de riesgo entre la población adolescente que ha sufrido abusos sexuales en la infancia (Kisiel & Lyons, 2001), por este motivo su evaluación y posterior tratamiento, resulta fundamental en la intervención del trauma.

Tratamiento Psicológico en Víctimas de Abuso Sexual Infantil

Los inicios de la investigación en el tratamiento de las víctimas menores de edad de abusos sexuales en la infancia se remontan a principios de los años 80 (Carozza & Heirsteiner, 1982). Los primeros estudios disponibles evaluaron la eficacia de intervenciones grupales y encontraron mejoras en autoestima y reducción de los problemas conductuales (Green, 1993). Estos tratamientos consistían en grupos de educación sexual con víctima adultas en las que los autores resaltaban la importancia de que la terapeuta fuese del mismo género que las víctimas (Verleur et al., 1986).

En las últimas décadas se han propuesto diversidad de intervenciones para el tratamiento de los efectos de la victimización sexual en la infancia, sin embargo, ni si quiera

los tratamientos más recomendados han demostrado siempre eficacia estadística en la reducción de los síntomas postraumáticos (Greenspan et al., 2013). Para la intervención del trastorno de estrés postraumático, la Guía de Práctica Clínica de la APA (Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, 2020) recomienda encarecidamente las intervenciones cognitivo-conductuales. Este ha sido el tratamiento de elección en la intervención de alteraciones emocionales en niños y adolescentes desde los años 80 (Reinecke et al., 1998). No obstante, en intervenciones tempranas tras haber sufrido experiencias traumáticas se ha planteado una variante de estas, la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT) (Cohen, 2003). Otra de las intervenciones terapéuticas que recoge la APA es la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), aunque señala que a pesar de que existe evidencia que indica que este tratamiento podría ser efectivo, todavía no es suficiente. Ambos son los tratamientos con mayor evidencia en la intervención con víctimas de abuso sexual infantil (Hoogsteder et al., 2022).

Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT)

La TF-CBT fue desarrollada por Cohen et al. (2000), como una adaptación de las clásicas terapias cognitivo-conductuales para la intervención del trauma en la infancia. El programa de tratamiento puede dividirse en tres fases con diferentes componentes cada una (Cohen & Mannarino, 2015) (Anexo 2). Los autores recomiendan encarecidamente seguir el orden progresivo que plantea el modelo.

Las guías NICE (National Institute for Health and Care Excellence, 2018) recomiendan la TF-CBT como intervención temprana en niños, niñas y adolescentes que han sufrido experiencias traumáticas para evitar que desarrollen un trastorno por estrés postraumático. Asimismo, la sólida base de evidencia a favor de este tratamiento en víctimas

menores de edad que han experimentado vivencias traumáticas pone de relieve que este tipo de terapia cognitivo-conductual es la más adecuada (Bastien et al., 2020).

En la intervención de los efectos de la victimización sexual infantil concretamente se han realizado multitud de estudios y todos ellos reportan mejoras en la sintomatología derivada del trauma sexual (ver por ejemplo Cohen & Mannarino, 2015; Deblinger et al., 2011; Hébert & Amédée, 2020), e incluso algunos autores apuntan que podría incrementar la resiliencia de las víctimas (Deblinger et al., 2017). Asimismo, la TF-CBT parece disminuir los síntomas depresivos, postraumático y el malestar emocional en los padres y madres de las víctimas (Martin et al., 2019). A pesar de la multitud de estudios, en nuestro país no disponemos aun de ninguna investigación que avale estos resultados en niños, niñas y adolescentes españoles (Kanter & Pereda, 2020).

Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR)

Esta intervención fue desarrollada por Shapiro (1995) y consta de 8 fases. La autora elaboró una adaptación de estas fases específicamente para la intervención del trauma reciente (Shapiro, 2009) (Anexo 3). El componente central de este enfoque terapéutico recae en dirigir la atención del paciente hacia un estímulo externo mientras se concentra en narrar el acontecimiento traumático (Shapiro, 1996).

Esta intervención, como bien apunta la Guía clínica de la APA, ha sido motivo de constante polémica (Sikes & Sikes, 2003). Existen multitud de estudios que encuentran efectos beneficiosos de la terapia EMDR en población infantil (ver por ejemplo De Roos et al., 2017; Karadag et al., 2020; van den Berg et al., 2015) y en estudios de metaanálisis se hallan tamaños del efecto medios para la terapia EMDR en el tratamiento de la sintomatología traumática durante la infancia, lo cual indica que este tratamiento parece ser efectivo para niños y niñas. Sin embargo, al comparar esta intervención con otros

tratamientos más consolidados este tamaño del efecto se reduce considerablemente (Rodenburg et al., 2009).

Existe cantidad de evidencia para ambas intervenciones, ahora bien, cuando se comparan la TF-CBT y la terapia EMDR los hallazgos apuntan que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es ligeramente más eficaz a la hora de conseguir reducir los síntomas postraumáticos en niños, niñas y adolescentes (Lewey et al., 2018).

Intervención en Disociación Traumática

La disociación traumática es un concepto que cuenta ya con 25 años de investigación (Putnam, 1997), sin embargo, aun hoy existe escasez de investigación en la intervención de esta problemática. Dentro del contexto tanto clínico como de la investigación, ha quedado constatado la interferencia que altos niveles de disociación pueden causar en el tratamiento del trauma (Bailey & Brand, 2017). En el campo de la investigación, se han publicado algunos libros sobre la intervención en la disociación relacionada con el trauma (Lanius et al., 2014; Steele et al., 2016; Vermetten et al., 2007), artículos descriptivos tanto para adultos (ver por ejemplo Bailey & Brand, 2017; Schauer & Elbert, 2010a) como dirigidos a niños, niñas y adolescentes (Diseth & Christie, 2005) así como guías de evaluación y tratamiento (International Society for the Study of Dissociation, 2004). No obstante, no se dispone todavía de ningún protocolo sistematizado basado en la evidencia que avale que estas propuestas son válidas para el tratamiento de la disociación traumática.

Steele et al. (2016) plantean un tratamiento por fases dirigido a intervenir en casos de trastorno de personalidad disociativa originado por trauma en los que aparecen múltiples identidades de personalidad, sin embargo, durante la infancia es poco común que lleguen a formarse identidades distintas (Wieland, 2015).

A pesar de no disponer de protocolos sistematizados, señalan los autores que el objetivo principal de la intervención debe ser conseguir en el niño, niña o adolescente una sensación de seguridad física, ofreciendo un entorno terapéutico seguro en el que la víctima no sienta esa necesidad de “huir” (Diseth & Christie, 2005; International Society for the Study of Dissociation, 2004). Del mismo modo, resulta fundamental el establecimiento de una sólida relación terapéutica en la que la víctima sienta que la figura del terapeuta es positiva y de confianza (Steele et al., 2016).

Técnicas de *Mindfulness* en la Intervención de la Disociación

El objetivo último de la intervención en disociación es conseguir la integración de la identidad (Subramanyam et al., 2020) y para ello es necesario incorporar el acontecimiento traumático en la historia vital. En este sentido, en la última década se ha propuesto incluir el *mindfulness* como herramienta para el tratamiento de la disociación (Michal et al., 2007; Perona-Garcelán et al., 2014; Zerubavel & Messman-Moore, 2013).

El término *mindfulness* tiene su origen en el budismo y la etiología de esta palabra hace referencia a *comprender, prestar atención, recordar y recordar* (Gethin, 2011). Existen diversas definiciones de este constructo, no obstante, una de las más aceptadas es la propuesta por Bishop y cols. (2004), según la cual el *mindfulness* es “...un tipo de conciencia no elaborada, sin juicios, centrada en el presente, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional se reconoce y se acepta tal como es”. Esta definición se emplea tanto para describir el constructo teórico, como para referirse a las prácticas y procesos que permiten alcanzar este estado de atención plena en el presente (Germer, 2015).

Las prácticas de *mindfulness* pueden clasificarse en prácticas formales y prácticas informales. Las primeras hacen referencia a aquellos ejercicios en los que los pacientes

reservan específicamente un tiempo para realizar prácticas de meditación de *mindfulness*, como el escaneo del cuerpo, la meditación sentada y *mindfulness* en movimiento. La práctica informal consiste en incorporar la atención plena a las rutinas existentes y las actividades cotidianas, como comer o fregar los platos (Birtwell et al., 2019).

Estas prácticas consiguen reducir el malestar psicológico y promueven cambios comportamentales gracias a varios mecanismos como la exposición al malestar, que puede mejorar la capacidad de los pacientes para tolerar los estados emocionales negativos y su capacidad de hacerles frente; cambios en los patrones cognitivos o en la actitud ante los pensamientos; y el aumento de habilidades de afrontamiento debido a una mayor autoobservación del paciente (Baer, 2003).

En la disociación se produce una desconexión del momento presente, y las técnicas de *mindfulness* en psicoterapia buscan precisamente la capacitación del paciente para observar la realidad en el momento presente con aceptación y sin juicio (Vásquez-Dextre, 2016). Es por ello por lo que hipotetizan algunos autores que estas técnicas ayudarían a mejorar la toma de conciencia de los procesos disociativos a la vez que ofrecerían herramientas al paciente para permanecer en el momento presente (Zerubavel & Messman-Moore, 2013). Michal et al. (2007), encuentran que aquellos pacientes con más vivencias de maltrato emocional presentan mayores niveles de disociación y menor grado de conciencia en el momento presente. Perona-Garcelán et al. (2014), confirman esta correlación negativa entre el *mindfulness* y la sintomatología disociativa en pacientes que además presentaban sintomatología psicótica.

Asimismo, la combinación del *mindfulness* con la terapia cognitiva (Segal et al., 2002) es un tratamiento ampliamente recomendado en la prevención de recaídas en la depresión. Esta intervención ha demostrado ser sumamente eficaz en el tratamiento de síntomas emocionales (Goldberg et al., 2019) y la APA recomienda su uso en el tratamiento

de los trastornos depresivos (American Psychiatric Association, s.f.). Dado que entre las consecuencias de la victimización sexual destacan las alteraciones afectivas, la inclusión de estas técnicas combinadas con la TF-CBT podría resultar de utilidad para además reducir el malestar emocional.

En población infanto-juvenil la terapia basada en *mindfulness* también parece ser una modalidad de intervención útil para mejorar la salud mental y el bienestar de los jóvenes sobre todo en población general (Dunning et al., 2019) y los indicios apuntan que igualmente podría serlo en población clínica (Zoogman et al., 2015). Se han encontrado mejoras en la atención, en las habilidades sociales, en la calidad del sueño, en el bienestar general, así como en la reducción de sintomatología ansiosa, depresiva, somática y externalizante en adolescentes (Broderick & Jennings, 2012).

Objetivos

El presente trabajo tiene como objetivo principal proponer una intervención que incorpore técnicas basadas en *mindfulness* en el tratamiento de elección para la intervención en los efectos de la victimización sexual infantil, la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT), con el fin de:

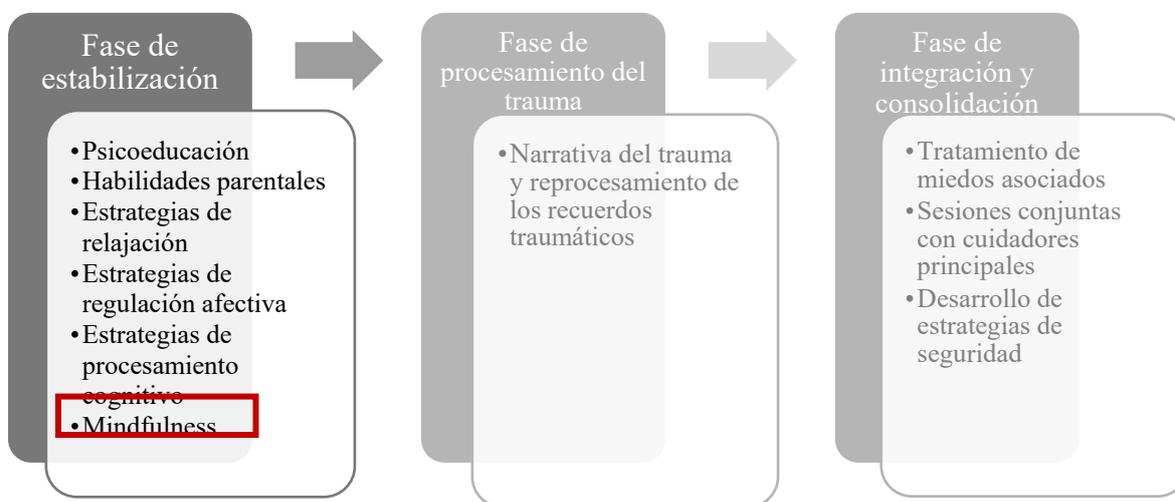
- Aumentar la atención plena y la consciencia en el momento presente.
- Reducir la sintomatología disociativa que puede interferir en el tratamiento.
- Aliviar el malestar emocional de las víctimas de manera más eficaz.
- Aumentar la eficacia de la TF-CBT a largo plazo.

Método

La propuesta de intervención que plantea este trabajo pretende complementar un tratamiento basado en la evidencia ya sistematizado (TF-CBT). Para ello, se plantea incluir una intervención breve basada en *mindfulness* concretamente en la fase de estabilización de la TF-CBT (**Figura 1**). La razón de la integración de estas técnicas en la fase inicial de la TF-CBT recae en la necesidad de que la víctima aumente su capacidad de mantenerse en el momento presente y no recurra a los mecanismos disociativos durante la fase posterior de procesamiento de la experiencia traumática. Dado que, en la presente propuesta, las fases posteriores de la TF-CBT no han sido modificadas, a continuación, tan solo se presenta el desarrollo de la intervención en la fase de estabilización.

Figura 1

Propuesta de integración de técnicas de mindfulness en la fase de estabilización (TF-CBT).



Participantes

La presente propuesta se dirige a población adolescente de edades comprendidas entre 11 y 18 años que han sufrido una o varias experiencias de victimización sexual en la infancia. La pertinencia de la intervención durante la adolescencia recae en la sensibilidad de esta

etapa evolutiva. La adolescencia es una etapa del desarrollo en la que por primera vez los individuos se enfrentan a la integración y síntesis de todas las identidades de la infancia con el fin de conformar una identidad adulta más estable (Chen et al., 2007). Por este motivo, una intervención temprana en la sintomatología traumática y disociativa podría prevenir que estos mecanismos se generalizaran y se integrasen en la personalidad adulta.

La TF-CBT insiste en la necesidad de incluir a los progenitores no agresores en la intervención del trauma, puesto que contribuye al éxito de esta (Kanter & Pereda, 2020). En la presente propuesta se mantiene esta implicación de los progenitores o cuidadores principales en el tratamiento y se les hace partícipes también del componente de *mindfulness*, siempre que estos no constituyan una figura de desprotección para la víctima.

Instrumentos de Evaluación

A continuación, se describen los instrumentos y herramientas de evaluación de la presente propuesta de intervención. En la **Tabla 1** puede observarse la estructura de la evaluación pre y post de la intervención, así como el seguimiento. La elección de los instrumentos se ha realizado en base a las recomendaciones de evaluación psicológica del abuso sexual infantil (Pereda & Arch, 2012) y se ha añadido un cuestionario de evaluación del *mindfulness* ampliamente utilizado (Van Dam et al., 2018) y recomendado para población adolescente (Goodman et al., 2017).

- **Inventario de Comportamiento Infantil (CBCL)** (Anexo 4) . El CBCL (Achenbach & Edelbrock, 1983) es un instrumento de screening ampliamente utilizado en la práctica clínica y la investigación para evaluar una gran variedad de problemas de conducta en adolescentes, por lo que permite evaluar de forma generalizada la sintomatología presente en las víctimas. Forma parte del sistema de evaluación multinformante ASEBA, un conjunto de instrumentos para la valoración de problemas

adaptativos en la infancia hasta los 18 años (Achenbach & Rescorla, 2001). Este cuestionario es respondido por los cuidadores principales y consta de 113 ítems de respuesta tipo Likert de 0 a 2. Las propiedades psicométricas del CBCL son adecuadas para el screening de problemas adaptativos en la infancia tanto en su versión original ($\alpha = 0,8$; The National Child Traumatic Stress Network, s.f.). La adaptación española se considera un adecuado instrumento de evaluación puesto que analiza múltiples facetas del funcionamiento de los niños (Sardinero et al., 1997), aunque no se han publicado datos psicométricos.

- **Cuestionario autoaplicado para jóvenes (YSR 11-18)** (Anexo 5). Al igual que el CBCL, el YSR (Achenbach, 1991) forma parte del protocolo ASEBA. Este instrumento recoge mediante 112 ítems un amplio rango de problemas internalizantes y externalizantes que permite evaluar la sintomatología del paciente desde su propia vivencia. En la evaluación del trauma infantil, se recomienda el uso simultáneo de medidas de autoinforme y medidas informadas por los cuidadores principales que permitan tener una visión más objetiva de la sintomatología (Lanktree et al., 2008). Este cuestionario está dirigido a adolescentes entre 11 y 18 años. La fiabilidad tanto del cuestionario original ($\alpha = 0,83$; The National Child Traumatic Stress Network, s.f.), como de su adaptación española realizada por Lemos et al. (1992) ($\alpha = 0,81 - 0,84$; Abad et al., 2000) reflejan buenas propiedades psicométricas para su uso tanto en población general como clínica.
- **Escala de Experiencias Disociativas en Adolescentes (A-DES)** (Anexo 6). Se trata de un instrumento autoaplicado de 30 ítems diseñado principalmente para evaluar disociación en adolescentes en cuatro áreas: amnesia disociativa, identidad múltiple, despersonalización y desrealización, y ensimismamiento y desconexión del entorno

(Armstrong et al., 1997). Este instrumento presenta adecuadas propiedades psicométricas desde los 11 hasta los 18 años ($\alpha = 0,94$; Farrington et al., 2001).

- **Registro semanal basado en la versión abreviada de la Escala de Experiencias Disociativas para Adolescentes en español (ADES-8).** Se ha elaborado un registro semanal a partir del ADES-8 (Martínez-Taboas et al., 2004), que ha demostrado tener una fiabilidad adecuada en adolescentes españoles. Esta versión recoge en 8 ítems de respuesta Likert de 0 (“nunca”) a “10” (siempre) expresiones de la disociación patológica. Se ha elaborado un registro semanal (Anexo 7) con el objetivo de evaluar a lo largo de la intervención la evolución de la sintomatología disociativa.
- **Mindful Attention Awareness Scale for Adolescents (MAAS-A)** (Anexo 8). Este instrumento (Brown et al., 2011) es una medida de autoinforme de 14 ítems que evalúa la ausencia de la atención plena en una serie de situaciones. Este cuestionario está dirigido a adolescentes de 14 a 18 años (MAAS-A; Brown et al. 2011), sin embargo, tiene una versión infantil que comprende edades de 9 a 13 años que podría utilizarse en el caso que el paciente fuese menor de catorce años (MAAS-C, Lawlor et al., 2014). Las respuestas se basan en una escala tipo Likert de 6 puntos (1 = casi siempre; 6 = casi nunca), donde las puntuaciones más altas reflejan mayor rasgo de *mindfulness*. Las propiedades psicométricas de este instrumento son adecuadas tanto en población clínica adolescente ($\alpha = 0,86$) como en población general adolescente ($\alpha = 0,82 - 0,84$; Brown et al. 2011). Este instrumento ha sido adaptado a población adolescente española y sus propiedades psicométricas siguen siendo adecuadas ($\alpha = 0,85$; Calvete et al., 2014).

Tabla 1*Tiempos de evaluación*

Cuestionario	Antes	Durante	Después Fase Estabilización	Después Intervención	Seguimiento (6m)
CBCL	X				X
YSR	X			X	X
A-DES	X		X	X	X
Registro ADES-8		X			
MAAS-A	X		X	X	X

Descripción de la Propuesta de Intervención

Una vez finalizada la evaluación, se inicia la intervención siguiendo el orden propuesto por el modelo TF-CBT. A continuación, se exponen brevemente los componentes de la fase de estabilización y se detallan los componentes de *mindfulness* (para un esquema de la intervención completa ver Anexo 9).

El número de sesiones planteado por la TF-CBT para esta fase inicial comprende un rango de 4 a 12 sesiones (Cohen & Mannarino, 2015). Este amplio abanico se debe a que ser víctima de abusos sexuales en la infancia es una experiencia y no un trastorno en sí, lo que supone diversidad de perfiles de paciente según factores individuales, circunstancias en las que ocurrió el abuso, contexto y respuesta del entorno, etc. (Finkelhor & Berliner, 1995). Es por ello, que en la presente propuesta se hace referencia a componentes y se señala el número de sesiones de manera orientativa siguiendo las orientaciones de los autores.

Las intervenciones basadas en *mindfulness* han demostrado tener efectos positivos en población adolescente en programas a partir de seis sesiones (Erbe & Lohrmann, 2015; Kostova et al., 2019). Por este motivo, la presente propuesta de intervención propone incluir

seis sesiones de entrenamiento en *mindfulness* para conseguir aumentar la capacidad de atención plena del paciente.

Cabe destacar un aspecto fundamental transversal a todas las fases del tratamiento, la relación terapéutica. Conseguir una buena alianza terapéutica es especialmente relevante en el tratamiento de víctimas de abuso sexual infantil (Parry & Simpson, 2016). Debe trabajarse desde el inicio de la evaluación y mantenerse a lo largo de la intervención.

I. Componente de psicoeducación

Las dos sesiones iniciales se emplean en el módulo psicoeducativo, en las que se normalizan las reacciones tras el abuso y se explican los mecanismos disociativos y sus manifestaciones.

II. Componente de Habilidades Parentales

Este componente se lleva a cabo individualmente con los progenitores o cuidadores principales. El objetivo de este es que el entorno más cercano conozca y comprenda las reacciones más típicas de la victimización sexual y adquiera habilidades para hacerles frente de manera adaptativa. La implicación del entorno cercano en la intervención se mantiene constante durante todo el tratamiento, dado que un buen apoyo del entorno familiar previene la aparición de psicopatología en la edad adulta (Godbout et al., 2014).

III. Componente de Relajación

Este componente tiene como objetivo ofrecer al paciente técnicas de relajación que le permitan hacer frente a la hiperactivación típica de la sintomatología postraumática.

IV. Componente de Regulación Afectiva

En el componente afectivo se ofrece educación emocional acerca de la identificación de emociones, su función y la necesidad de aceptar y gestionar tanto las emociones positivas como las negativas. Asimismo, se analizan el repertorio de estrategias de regulación afectiva que emplea el paciente y se ofrecen alternativas a aquellas que son desadaptativas.

V. Componente Cognitivo

La fase de estabilización de la TF-CBT finaliza con estrategias de afrontamiento cognitivo que consisten en reconocer las conexiones entre los pensamientos, los sentimientos y los comportamientos y sustituir las cogniciones inadaptadas (pensamientos inexactos o poco útiles) relacionadas con los acontecimientos cotidianos por cogniciones más precisas o útiles (Cohen & Mannarino, 2015).

Es en este último punto donde la presente propuesta de intervención se focaliza. En lugar de utilizar el cambio y la reestructuración de pensamientos, sentimientos y actitudes, se plantea que estos se integren y procesen desde un enfoque de conciencia plena y aceptación sin juicio.

VI. Componente de *Mindfulness*

El desarrollo del presente entrenamiento en *mindfulness* se ha extraído de la modificación del programa para adolescentes basado en la evidencia *Learning to Breathe* (Broderick, 2021) y un programa de reducción de estrés basado en la conciencia plena utilizado en jóvenes españoles (Díaz-González, 2021), adaptado con las indicaciones y consideraciones a tener en cuenta cuando se emplea el *mindfulness* en el tratamiento del trauma (Follette et al., 2006; Kimbrough et al., 2010; Rodríguez-Vega et al. 2016).

Sesión 1 – Definición mindfulness (Anexo 10)

Esta primera sesión de entrenamiento se emplea en definir el *mindfulness* y sus componentes, así como los beneficios que su práctica puede tener en el tratamiento del trauma (Rodríguez-Vega et al., 2016). En población adolescente es necesario ofrecer mayor explicación y un razonamiento más explícito sobre para conseguir un mayor compromiso con la intervención (Thompson & Gauntlett-Gilbert, 2008).

Además de definir este concepto, se inicia la práctica con dos ejercicios sencillos de conciencia en el momento presente utilizadas típicamente para introducir la práctica de la conciencia plena (Zylowska et al., 2016), el ejercicio de la uva (Kabat-Zinn, 2004) y una breve meditación guiada por el terapeuta. La sesión finaliza con la explicación de las tareas para casa.

Sesión 2 – Práctica formal e informal de mindfulness (Anexo 11)

La segunda sesión se emplea en explicar la diferencia entre prácticas formales y prácticas informales de *mindfulness* (Birtwell et al., 2019) y a continuación se presentan actividades de ambas prácticas.

En la segunda parte de esta sesión se ofrece herramientas al paciente que le ayuden a mantenerse en el momento presente. En intervención con pacientes que presentan episodios disociativos resulta de gran utilidad las técnicas de *grounding* que les permitan reconectar con el momento presente (Covington, 2003), como puede ser la utilización de “mantras” (Rodríguez-Vega et al., 2016). La sesión finaliza con las tareas para casa.

Sesión 3 – Conexión cuerpo-mente (Anexo 12)

Esta sesión se centra en la conexión entre la mente y el cuerpo. El aumento de la conciencia del propio cuerpo contribuye a la capacidad de discriminar los sentimientos, pensamientos y a concebirlos como “eventos mentales transitorios” que pueden dejarse ir

(Rodríguez-Vega et al., 2016). Estos deben ser observados desde una perspectiva amable e imparcial (Goodman & Kaiser-Greenland, 2016).

Mediante la utilización de metáforas y ejercicios corporales se pretende aumentar esta capacidad de autoobservación del propio cuerpo. Finalmente, como trabajo entre sesiones se invita a realizar breves ejercicios diarios de consciencia corporal y a cumplimentar un registro de sensaciones corporales.

Sesión 4 – Cuidar el cuerpo y autocuidado (Anexo 13)

Esta sesión pretende generalizar la consciencia en el propio cuerpo en actividades del día a día. Para ello se propone realizar en sesión una práctica de yoga. El yoga se ha propuesto como una herramienta complementaria que puede resultar útil para ayudar a mejorar la ansiedad, la depresión, el TEPT y/o las consecuencias psicológicas del trauma (Macy et al., 2018).

En la segunda parte de esta sesión, se pone el foco en el autocuidado, tanto del cuerpo como del bienestar psicológico. Se propone buscar actividades o eventos agradables con el propósito de aumentar las experiencias positivas, puesto que la programación de actividades agradables ha demostrado reducir los síntomas emocionales en el trauma y aumentar la resiliencia (Burton et al., 2015).

Sesión 5 – Afrontar pensamientos, emociones y sentimientos negativos (Anexo 14)

Esta sesión se dedica a explicar el funcionamiento y afrontamiento de los pensamientos y emociones negativas, evitación de estos hace que se magnifiquen y aumenta malestar. El entrenamiento en *mindfulness* produce cambios en la forma en que los individuos se relacionan con sus emociones (Ramos-Díaz & Salcido, 2017).

A través de metáforas se explica cómo actúan los pensamientos y las emociones negativas. Se evalúan las estrategias de afrontamiento que utiliza el paciente y se propone una estrategia adaptativa por pasos para afrontar las emociones difíciles (Simón, 2013).

Sesión 6 – Compasión (Anexo 15)

Para finalizar el componente de *mindfulness*, se propone una sesión en la que trabajar la compasión y la autocompasión. En las víctimas adolescentes de abusos sexuales en la infancia son muy frecuentes los sentimientos de culpa y vergüenza (Echeburúa & de Corral, 2006), y trabajar la compasión resulta tan complicado como necesario para su recuperación (Rodríguez-Vega et al., 2016). La autocompasión está estrechamente vinculada al bienestar emocional, es un importante mecanismo de cambio en la psicoterapia e interviene directamente en la sintomatología traumática (Germer & Neff, 2015).

Por medio de ejercicios de meditación guiada se trata de crear una voz interior más compasiva (Van den Brink & Koster, 2017). Como ejercicio práctico se plantea la redacción de una carta compasiva, puesto que escribir con compasión hacia uno mismo contribuye a disminuir la voz autocrítica y facilita un diálogo interno más amable (Wakelin et al., 2022).

Para finalizar esta sesión, se analizan los conceptos y prácticas trabajadas y se entrega el cuestionario A-DES y MAAS-A para cumplimentar como tarea para casa.

Al finalizar el entrenamiento en *mindfulness* se procede a continuar con las dos fases restantes de la TF-CBT, la fase de procesamiento del trauma y la fase de integración y consolidación (para un cuadro resumen ver **Figura 1**).

Del mismo modo que se propone en la TF-CBT, Thompson y Gauntlett-Gilbert (2008) ponen especial énfasis en que en las intervenciones basadas en *mindfulness* dirigidas a adolescentes deben incluir a sus progenitores o cuidadores principales. Por este motivo, se les recomienda la lectura de un libro ([Respirad: Mindfulness para padres con hijos adolescentes](#);

[Snel, 2015](#)) que les ayuda a comprender la etapa que viven sus hijos e hijas desde un enfoque *mindful*.

Temporalización

La duración de las sesiones se plantea de una hora. La intervención se propone de forma semanal durante la fase de evaluación pre, la fase de estabilización y el comienzo de la fase narrativa del trauma. A lo largo de esta última fase, si la evolución del paciente lo permite, progresivamente se espaciarán las sesiones de manera quincenal.

La realización de la evaluación post está prevista para realizarse inmediatamente después de la finalización de la fase de integración y consolidación, mientras que el seguimiento se plantea seis meses después de la finalización del tratamiento. No obstante, según la Guía Clínica de Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 Años, Víctimas de Abuso Sexual (UNICEF, 2011) el seguimiento clínico del paciente debe prolongarse durante los dos años posteriores a la evaluación, por lo que se propone un seguimiento telefónico durante este tiempo.

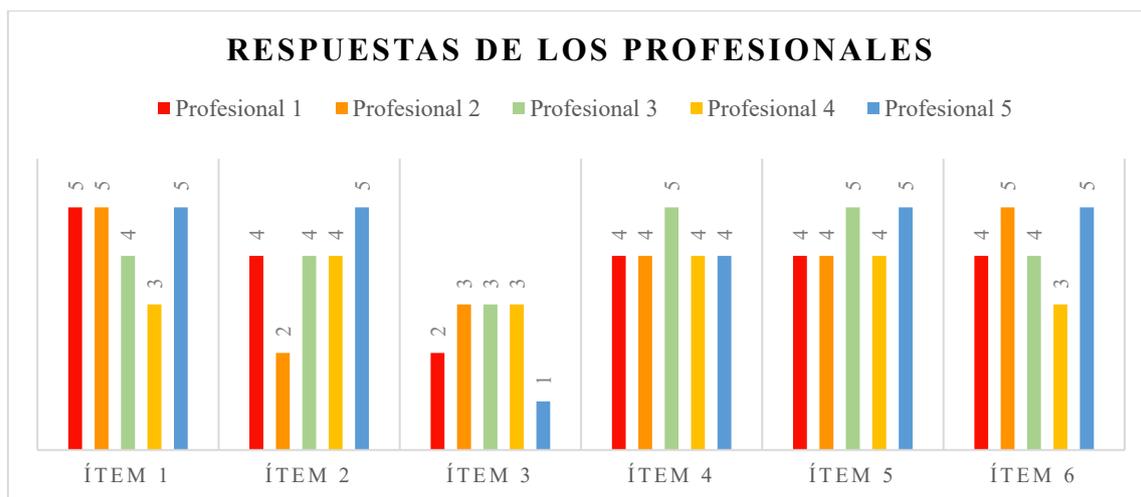
Resultados

Evaluación por Juicio de Expertos

La potencial pertinencia de la presente propuesta de intervención se ha analizado mediante una evaluación por un grupo de profesionales. A tal efecto se ha elaborado un cuestionario (Anexo 16) que recoge datos sociodemográficos (género, profesión, sector y años de experiencias), seis ítems sobre la propuesta de intervención con formato de respuesta tipo Likert (1-5) y un espacio libre para comentarios, críticas y aportaciones.

La evaluación fue remitida a un total de seis profesionales, de los cuales tan solo cinco pudieron responder al cuestionario. El 80% de las respondientes son mujeres (n=4). La

totalidad de la muestra son licenciadas o graduadas en psicología, no obstante, tres de ellas se dedican en la actualidad a la práctica clínica en el sector privado, mientras que las otras dos trabajan en el ámbito de la investigación universitaria, aunque poseen experiencia en la práctica clínica. La media de años de experiencia de las profesionales es de 7,8 años (DT = 6,08 años).



Los principales resultados cualitativos extraídos del cuestionario de los profesionales han sido clasificados en diferentes apartados:

- Evaluación

Los cuestionarios seleccionados tanto en la evaluación previa como posterior a la intervención y en el seguimiento, resultan adecuados para valorar la posible sintomatología psicopatológica presente en las víctimas de abusos sexuales en la infancia. Se propone que pudiera ser útil la utilización del Children's Impact of Traumatic Events Scale (CITES-R; Wolfe et al., 1991), un cuestionario diseñado para evaluar el impacto de los abusos sexuales desde la perspectiva de los niño, niñas y adolescentes. Señala una de las expertas que en el caso en que entre la evaluación pre y la evaluación posterior a la intervención en mindfulness no trascurren más de tres meses, el cuestionario YRS 11-18 no podría ser utilizado en esta evaluación, ya que requiere de tres meses entre cada cumplimentación para no perder validez.

- Utilidad del *mindfulness* en la reducción de síntomas disociativos

En relación a la utilidad de las técnicas de *mindfulness* para reducir la sintomatología una de las expertas se muestra un tanto desconfiada y argumenta que aumentar la conciencia del propio cuerpo antes de procesar el evento traumático podría hacer que el malestar fuese intolerable y se incrementaran las estrategias disociativas. El resto de las participantes coinciden en que estas técnicas sí que podrían tener un efecto positivo en la reducción de la sintomatología disociativa.

- Mejoras en el procesamiento de la experiencia traumática

Este aspecto es el que ha generado mayor desacuerdo entre las expertas. En términos generales, las expertas señalan que sería difícil atribuir los resultados del procesamiento de la experiencia traumática a un solo componente del tratamiento, como pudiera ser el *mindfulness*. No obstante, tres de las expertas sí que consideran que este componente podría tener efectos positivos en apoyar la elaboración de la experiencia traumática posterior.

- Técnicas de *mindfulness* seleccionadas

En cuanto a las técnicas seleccionadas, el grupo de expertas reconoce en su totalidad no tener suficientes conocimientos de *mindfulness* como para juzgar la selección de los ejercicios propuestos. Sin embargo, coinciden en la idoneidad de que estos hayan sido extraídos de un programa de *mindfulness* ya validado en población adolescente. Sugiere una de las expertas de la conveniencia de contar con asesoramiento o supervisión en la realización de los ejercicios de yoga para evitar posibles lesiones.

- Temporalización del programa adecuada

Respecto a la duración total del tratamiento, las expertas afirman que incluir el componente de *mindfulness* no afectaría a la temporalización del tratamiento, aun así, señalan que sería importante que el componente de *mindfulness* también tuviera una duración

flexible, debido a que puede que algunos adolescentes requieran de un mayor número de sesiones para adquirir una conciencia *mindful*.

Como comentarios generales, se plantea si esta propuesta pudiera ser empleada en intervención con víctimas menores de edad con discapacidad intelectual, y en caso contrario, cómo podría ser adaptada para esta población. También se menciona la necesidad de trabajar en profundidad la alianza terapéutica con el fin de conseguir una mayor implicación, puesto que esta población requiere de una alta motivación para adherirse al tratamiento psicológico.

Resultados Esperados

Las intervenciones basadas en *mindfulness* han demostrado tener una robusta evidencia empírica en el tratamiento de multitud de trastornos psicológicos (Goldberg et al., 2018), entre los que destacan las problemáticas emocionales (Goldberg et al., 2019) y la reducción del estrés (Khoury et al., 2015). En el tratamiento del trastorno por estrés postraumático también se ha encontrado que en intervenciones con componentes de práctica del *mindfulness* la sintomatología postraumática se reducía (Hopwood & Schutte, 2017).

En población infantil y adolescente, estudios de metaanálisis encuentran también que el *mindfulness* tiene efectos significativos en atención plena, funcionamiento ejecutivo, atención, depresión, ansiedad/estrés y conductas negativistas-desafiantes (Dunning et al., 2019).

En cuanto al tratamiento de víctimas de abuso sexual, el entrenamiento en *mindfulness* ha demostrado mejoras en depresión, sintomatología traumática y ansiedad en adultos supervivientes de abusos sexuales en la infancia con síntomas disociativos (Kimbrough et al., 2010). Sin embargo, para intervenir en esta problemática en población infantil, aunque los indicios apuntan que también podría ser de utilidad, los estudios de efectividad de las terapias basadas en *mindfulness* todavía son escasos (Molina-Machado et al., 2019).

Del mismo modo, las técnicas de *mindfulness* pueden ayudar a predecir y controlar la sintomatología disociativa a través de la construcción de la conciencia de estos procesos disociativos, y de herramientas que permiten permanecer en el momento presente (Zeruvabel & Messman-Moore, 2015). En el tratamiento de las alucinaciones auditivas, se encontró una correlación negativa significativa entre *mindfulness* y las variables disociativas y entre el *mindfulness* y el malestar causado por las alucinaciones (Escudero-Pérez et al., 2016).

Por todo ello, se espera que la incorporación de un componente de *mindfulness* en la fase de estabilización de la terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma consiga reducir la sintomatología disociativa en víctimas de abuso sexual infantil y que, a su vez, se produzcan mejoras en el procesamiento de la experiencia traumática.

Conclusiones

La incorporación de técnicas de *mindfulness* al tratamiento de elección para tratar las consecuencias de la victimización sexual infantil ha sido valorada de forma favorable por un grupo de expertas en la materia. No obstante, han señalado algunos aspectos que podrían mejorarse. En relación a la evaluación, se propone incluir el cuestionario CITES-R (Wolfe et al., 1991). Sin embargo, a pesar de ser un instrumento diseñado específicamente para la evaluación del impacto del abuso sexual infantil y tener buenas propiedades psicométricas (Chaffin & Shulz, 2001), este cuestionario no cuenta con una adaptación a muestra española por lo que no se disponen de baremos que permitan comparar con la población normativa.

En cuanto a la posible adaptación de la propuesta a población con necesidades intelectuales específicas, la presente propuesta fue diseñada para población adolescente sin contemplar la posibilidad de ser empleada en población con dificultades cognitivas. No obstante, la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma con algunas modificaciones, tanto en el ritmo de las sesiones, como el lenguaje y materiales empleados en la intervención

ha demostrado ser un enfoque de tratamiento aceptados en la intervención con víctimas con algún tipo de discapacidad intelectual (Byrne, 2022). Del mismo modo, recientes estudios sugieren que el *mindfulness* puede ser un enfoque eficaz en la reducción del malestar psicológico en personas con discapacidad intelectual (Currie et al., 2019). Es por ello por lo que se la presente propuesta con las modificaciones y adaptaciones necesarias podría ser empleada en adolescentes víctimas con discapacidad intelectual.

La combinación de técnicas de *mindfulness* con tratamientos cognitivos-conductuales no es original de esta propuesta. El *mindfulness* comparte algunos elementos con la terapia cognitivo-conductual tales como modelos de formulación del problema, focalizar la atención en la experiencia presente, observar pensamientos y sentimientos; sin embargo, todos ellos se integran desde un enfoque de atención plena y aceptación, en lugar de utilizar el cambio y la reestructuración (Semple & Burke, 2011). Existen modelos de tratamiento que ya integran componentes de *mindfulness* con enfoques cognitivo-conductuales, como es el caso de la terapia dialéctico-comportamental (DBT; Linehan, 1993). Este tratamiento fue desarrollado originalmente para la intervención en casos de conducta suicida y en la actualidad es el tratamiento de elección para la intervención en el trastorno límite de la personalidad (Cristea et al., 2017).

La DBT cuenta con evidencia empírica en la intervención en desregulación emocional en diversos trastornos tales como la depresión mayor (Meygoni & Ahadi, 2012), el trastorno por estrés postraumático (Görg et al., 2019) e incluso en el tratamiento de trastornos alimentarios (Rozakou-Soumalia et al., 2021). Además, este tratamiento que combina técnicas de *mindfulness* con un enfoque cognitivo ha demostrado mejorar al combinarla con exposición prolongada, y se ha sugerido como una intervención eficaz en la reducción de la sintomatología traumática y la disociación (Foote & Van Orden, 2016; Granato et al, 2015).

En suma, las técnicas de *mindfulness* combinadas con tratamientos cognitivo-conductuales son intervenciones eficaces en el tratamiento de diferentes trastornos. No obstante, a pesar de que los indicios sugieren que el *mindfulness* podría tener beneficios en la intervención en sintomatología disociativa en víctimas de experiencias de victimización sexual en la infancia, sería conveniente realizar estudios experimentales que corroboren si el empleo de estas técnicas consigue reducir la sintomatología disociativa y si a la vez, se producen mejoras en el procesamiento de la experiencia traumática.

Limitaciones

La presente propuesta carece de una investigación experimental que evalúe la validez y eficacia de esta, debido a la imposibilidad de acceder a la población objetivo. No obstante, la evaluación realizada por un grupo de profesionales con experiencia en el campo de la intervención con víctimas de abusos sexuales en la infancia resulta de gran valor y permite analizar y mejorar distintos aspectos antes de ser testada en el ámbito clínico.

Referencias

- Abad, J., Forns, M., Amador, J. A., & Martorell, B. (2000). Fiabilidad y validez del Youth Self Report en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 12(1), 49-54. Recuperado a partir de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7786>
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT University of Vermont, Department of Psychiatry. - References - Scientific Research Publishing. University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: an integrated system of multi-informant assessment. In *An integrated system of multi-informant assessment*. Burlington VT: ASEBA.
- Ackerman, P. T., Newton, J. E. O., McPherson, W. B., Jones, J. G., & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post-traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*, 22(8), 759–774. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00062-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00062-3)
- American Psychological Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Arata, C. M. (2002). Child sexual abuse and sexual revictimization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(2), 135–164. <https://doi.org/10.1093/CLIPSY.9.2.135>
- Araújo De Azeredo, L., Wendt Viola, T., Rothmann, L. M., Trentin, R., Arteche, A. X., Kristensen, C. H., Buchweitz, A., Grassi-Oliveira, R., & Ara Ujo De Azeredo, L. (2020). Hair cortisol levels and mental health problems in children and adolescents

exposed to victimization. *STRESS*, 23(5), 546–555.

<https://doi.org/10.1080/10253890.2019.1690448>

Armstrong, J. G., Putnam, F. W., Carlson, E. B., Liberio, D. Z., & Smith, S. R. (1997).

Development and Validation of a Measure of Adolescent Dissociative Experiences Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(8), 491–497.

<https://doi.org/10.1097/00005053-199708000-00003>

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125–143.

<https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>

Bailey, T. D., & Brand, B. L. (2017). Traumatic dissociation: Theory, research, and treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(2), 170–185.

<https://doi.org/10.1111/cpsp.12195>

Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469–483.

<https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1>

Bastien, R. J. B., Jongasma, H. E., Kabadayi, M., & Billings, J. (2020). The effectiveness of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children, adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*,

50(10), 1598–1612. <https://doi.org/10.1017/S0033291720002007>

Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., Dacosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E.

(1992). A Review of the Long-term Effects of Child Sexual Abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16, 101–118. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(92\)90011-f](https://doi.org/10.1016/0145-2134(92)90011-f)

- Birtwell, K., Williams, K., Van Marwijk, H., Armitage, C. J., & Sheffield, D. (2019). An exploration of formal and informal mindfulness practice and associations with wellbeing. *Mindfulness*, *10*(1), 89-99. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0951-y>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Bolger, K. E., Patterson, C. J., & Kupersmidt, J. B. (1998). Peer Relationships and Self-Esteem among Children Who Have Been Maltreated. *Child Development*, *69*(4), 1171–1197. <https://doi.org/10.1111/J.1467-8624.1998.TB06166.X>
- Broderick, P. C. (2021). *Learning to breathe: A mindfulness curriculum for adolescents to cultivate emotion regulation, attention, and performance*. New Harbinger publications.
- Broderick, P. C., & Jennings, P. A. (2012). Mindfulness for adolescents: A promising approach to supporting emotion regulation and preventing risky behavior. *New Directions for Youth Development*, *2012*(136), 111–126. <https://doi.org/10.1002/YD.20042>
- Brown, K., West, A., Loverich, T., & Biegel, G. (2011). Assessing adolescent mindfulness: Validation of an adapted mindful attention awareness scale in adolescent normative and psychiatric populations. *Psychological Assessment*, *23*(4), 1023–1033. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0021338>
- Burton, M. S., Cooper, A. A., Feeny, N. C., & Zoellner, N. A. (2015). The Enhancement of Natural Resilience in Trauma Interventions. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *45*, 193-204. <https://doi.org/10.1007/s10879-015-9302-7>

- Byrne, G. (2022). A systematic review of treatment interventions for individuals with intellectual disability and trauma symptoms: a review of the recent literature. *Trauma, Violence, & Abuse, 23*(2), 541-554.
- Calvete, E., Sampedro, A., & Orue, I. (2014). Propiedades psicométricas de la versión española de la "Escala de atención y conciencia plena para adolescentes" (Mindful Attention Awareness Scale-Adolescents) (MAAS-A). *Psicología Conductual, 22*(2), 277.
- Campo, J. V., & Fritsch, S. L. (1994). Somatization in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 33*(9), 1223–1235.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199411000-00003>
- Cantón-Cortés, D., & Cortés, M. R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: Una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología, 31*(2), 552–561.
<https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>
- Carozza, P. M., & Heirsteiner, C. L. (1982). Young female incest victims in treatment: Stages of growth seen with a group art therapy model. *Clinical Social Work Journal, 10*(3), 165–175. <https://doi.org/10.1007/BF00756001>
- Cashmore, J., & Shackel, R. (2011). The long-term effects of child sexual abuse. *Australian Institute of Family Studies, 11*, 1–29.
www.aifs.gov.au/institute/pubs/carc/index.html#support
- Çengel-Kültür, E., Çuhadaroğlu-Çetin, F., & Gökler, B. (2007). Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. *The Turkish Journal of Pediatrics, 49*, 256–262.
- Chaffin, M., & Shultz, S. K. (2001). Psychometric evaluation of the Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised. *Child abuse & neglect, 25*(3), 401-411.

Chen, K.-H., Lay, K.-L., Wu, Y.-C., & Yao, G. (2007). Adolescent Self-Identity and Mental Health: The Function of Identity Importance, Identity Firmness, and Identity Discrepancy. *Chinese Journal of Psychology*, 49(1), 53–72.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27274745>

Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (2020, June).

PTSD Treatments. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/index>

Cohen, J. A. (2003). Treating acute posttraumatic reactions in children and adolescents.

Biological Psychiatry, 53(9), 827–833. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01868-1](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01868-1)

Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2015). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Traumatized Children and Families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(3), 557–570. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.02.005>

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Berliner, L., & Deblinger, E. (2000). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: An empirical update. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(11), 1202–1223.

<https://doi.org/10.1177/088626000015011007>

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 29(2), 135–145. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.12.005>

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Perel, J. M., & Staron, V. (2007). A Pilot Randomized Controlled Trial of Combined Trauma-Focused CBT and Sertraline for Childhood PTSD Symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(7), 811–819. <https://doi.org/10.1097/CHI.0B013E3180547105>

Collin-Vézina, D., Daigneault, I., & Hébert, M. (2013). Lessons learned from child sexual abuse research: prevalence, outcomes, and preventive strategies. *Child and Adolescent*

Psychiatry and Mental Health 2013 7:1, 7(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-22>

Cordón, I. M., Pipe, M.-E., Sayfan, L., Melinder, A., & Goodman, G. S. (2004). Memory for traumatic experiences in early childhood. *Developmental Review*, 24, 101–132.

<https://doi.org/10.1016/j.dr.2003.09.003>

Covington, S. S. (2003). *BEYOND TRAUMA. A Healing Journey for Women*. Hazelden Publishing.

Craven, R., & Marsh, H. W. (2008). The centrality of the self-concept construct for psychological wellbeing and unlocking human potential: Implications for child and educational psychologists. *Educational & Child Psychology*, 25(2), 104–118.

Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Jama psychiatry*, 74(4), 319-328.

<http://jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>

Currie, T. L., McKenzie, K., & Noone, S. (2019). The experiences of people with an intellectual disability of a mindfulness-based program. *Mindfulness*, 10(7), 1304-1314.

Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Schizophrenia and Other Psychotic Disorders in a Cohort of Sexually Abused Children. *Archives of General Psychiatry*, 67(11), 1114–1119.

<https://doi.org/10.1001/ARCHGENPSYCHIATRY.2010.147>

Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardeña, E., Frewen, P. A., Carlson, E. B., & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, 138(3), 550–

588. <https://doi.org/10.1037/A0027447>

- De Paúl, J., Milner, J. S., & Múgica, P. (1995). Childhood maltreatment, childhood social support, and child abuse potential in a Basque sample. *Child Abuse & Neglect, 19*(8), 907–920. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00053-B](https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00053-B)
- De Roos, C., van der Oord, S., Zijlstra, B., Lucassen, S., Perrin, S., Emmelkamp, P., & de Jongh, A. (2017). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing therapy, cognitive behavioral writing therapy, and wait-list in pediatric posttraumatic stress disorder following single-incident trauma: a multicenter randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 58*(11), 1219–1228. <https://doi.org/10.1111/JCPP.12768>
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety, 28*(1), 67–75. <https://doi.org/10.1002/DA.20744>
- Deblinger, E., Pollio, E., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2017). Improvements in personal resiliency among youth who have completed trauma-focused cognitive behavioral therapy: A preliminary examination. *Child Abuse & Neglect, 65*, 132–139. <https://doi.org/10.1016/J.CHIABU.2016.12.014>
- Díaz-González, M. C. (2021). *Mindfulness en adolescentes españoles: validación de la escala MAAS-A en castellano y aplicación del programa de Reducción de Estrés Basado en la Conciencia Plena como tratamiento ambulatorio en Salud Mental*. [Tesis doctoral, Universidad de Córdoba]. Dialnet.
- Diseth, T. H. (2006). Dissociation following traumatic medical treatment procedures in childhood: A longitudinal follow-up. *Development and Psychopathology, 18*(1), 233–251. <https://doi.org/10.1017/So954579406060135>

Diseth, T. H., & Christie, H. J. (2005). Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents-an overview of assessment tools and treatment principles.

Nordic Journal of Psychiatry, 59(4), 278–292.

<https://doi.org/10.1080/08039480500213683>

Dubowitz, H. (2017). Child sexual abuse and exploitation—A global glimpse. *Child Abuse & Neglect*, 66, 2–8. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.011>

Dunning, D. L., Griffiths, K., Kuyken, W., Crane, C., Foulkes, L., Parker, J., & Dalgleish, T. (2019). Research Review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents - a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 60(3), 244–258. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12980>

Dworkin, E. R., & Schumacher, J. A. (2018). Preventing Posttraumatic Stress Related to Sexual Assault Through Early Intervention: A Systematic Review. *Trauma, Violence & Abuse*, 19(4), 459. <https://doi.org/10.1177/1524838016669518>

Dyregrov, A., & Yule, W. (2006). A Review of PTSD in Children. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(4), 176–184. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2005.00384.x>

Echeburúa, E., & de Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de medicina forense*, 12(43-44), 75-82.

Ensink, K., Borelli, J. L., Normandin, L., Target, M., & Fonagy, P. (2020). Childhood Sexual Abuse and Attachment Insecurity: Associations with Child Psychological Difficulties. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(1), 115–124.

<https://doi.org/10.1037/ort0000407>

- Erbe, R., & Lohrmann, D. (2015). Mindfulness Meditation for Adolescent Stress and Well-Being: A Systematic Review of the Literature with Implications for School Health Programs. *Health Educator, 47*(2), 12-19.
- Escudero-Pérez, S., León-Palacios, M. G., Úbeda-Gómez, J., Barros-Albarrán, M. D., López-Jiménez, A. M., & Perona-Garcelán, S. (2016). Dissociation and mindfulness in patients with auditory verbal hallucinations. *Journal of Trauma & Dissociation, 17*(3), 294-306. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.1085480>
- Farrington, A., Waller, G., Smerden, J., & Faupel, A. (2001). The Adolescent Dissociative Experiences Scale: Psychometric Properties and Difference in Scores Across Age Groups. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 189*(10), 722–727. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1097/00005053-200110000-00010>
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 18*(5), 409–417. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(94\)90026-4](https://doi.org/10.1016/0145-2134(94)90026-4)
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A., & Hamby, S. L. (2014). The Lifetime Prevalence of Child Sexual Abuse and Sexual Assault Assessed in Late Adolescence. *Journal of Adolescent Health, 55*(3), 329–333. <https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2013.12.026>
- Follette, V., Palm, K. M., & Pearson, A. N. (2006). Mindfulness and trauma: Implications for treatment. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy, 24*(1), 45-61. <https://doi.org/10.1007/s10942-006-0025-2>
- Foote, B., & Van Orden, K. (2016). Adapting Dialectical Behavior Therapy for the Treatment of Dissociative Identity Disorder. *American Journal of Psychotherapy, 70*(4), 343–364. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2016.70.4.343>

Foster, J., & Hagedorn, W. (2014). A Qualitative Exploration of Fear and Safety with Child Victims of Sexual Abuse. *Journal of Mental Health Counseling, 36*(3), 243–262.

<https://doi.org/10.17744/MEHC.36.3.0160307501879217>

Freyd, J. J. (1994). Betrayal Trauma: Traumatic Amnesia as an Adaptive Response to Childhood Abuse. *Ethics & Behavior, 4*(4), 307–329.

https://doi.org/10.1207/s15327019eb0404_1

Germer, C. (2015). El significado de mindfulness. En Germer, C., Siegel, R., & Fulton, P. (Eds.), *Mindfulness y Psicoterapia. Edición ampliamente revisada del texto clásico profesional* (pp. 29-72). Desclee de Brouwer.

Germer, C. K., & Neff, K. D. (2015). Cultivating self-compassion in trauma survivors. En V. M. Follette, J. Briere, D. Rozelle, J. W. Hopper, & D. I. Rome (Eds.), *Mindfulness-oriented interventions for trauma: Integrating contemplative practices* (pp. 43–58). The Guilford Press.

Gethin, R. (2011). On some definitions of mindfulness. *Contemporary Buddhism, 12*(1),

263–279. <http://dx.doi.org/10.1080/14639947.2011.564843>

Godbout, N., Briere, J., Sabourin, S., & Lussier, Y. (2014). Child sexual abuse and subsequent relational and personal functioning: The role of parental support Related papers. *Child Abuse & Neglect, 38*(2), 317–325.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.001>

Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 48*(6), 445–462.

<https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1556330>

- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review, 59*, 52-60.
- Goldman, J. D. G., & Padayachi, U. K. (2000). Some methodological problems in estimating incidence and prevalence in child sexual abuse research. *Journal of Sex Research, 37*(4), 305–314. <https://doi.org/10.1080/00224490009552052>
- Goodman, M. S., Madni, L. A., & Semple, R. J. (2017). Measuring mindfulness in youth: Review of current assessments, challenges, and future directions. *Mindfulness, 8*(6), 1409-1420. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0719-9>
- Goodman, T. A., & y Kaiser-Greenland, S. (2016). Mindfulness con niños: trabajando con emociones difíciles. En Diddona, F. (Ed.), *Manual clínico de mindfulness* (pp. 651-671). Desclée de Brouwer.
- Görg, N., Böhnke, J. R., Priebe, K., Rausch, S., Wekenmann, S., Ludäscher, P., Bohus, M., & Kleindienst, N. (2019). Changes in trauma-related emotions following treatment with dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder after childhood abuse. *Journal of Traumatic Stress, 32*(5), 764-773.
- Granato, H. F., Wilks, C. R., Miga, E. M., Korslund, K. E., & Linehan, M. M. (2015). The use of Dialectical Behavior Therapy and prolonged exposure to treat comorbid dissociation and self-harm: The case of a client with Borderline Personality Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of clinical psychology, 71*(8), 805-815.
- Green, A. H. (1993). Child Sexual Abuse: Immediate and Long-Term Effects and Intervention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 32*(5), 890–902. <https://doi.org/10.1097/00004583-199309000-00002>

- Greenspan, F., Moretzsohn, A. G., & Silverstone, P. H. (2013). What treatments are available for Childhood Sexual Abuse, and how do they compare? *International Journal of Advances in Psychology*, 2(4), 232–241.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105519>
- Hébert, M., & Amédée, L. M. (2020). Latent class analysis of post-traumatic stress symptoms and complex PTSD in child victims of sexual abuse and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1807171>
- Hillberg, T., Hamilton-Giachritsis, C., & Dixon, L. (2011). Review of Meta-Analyses on the Association Between Child Sexual Abuse and Adult Mental Health Difficulties: A Systematic Approach. *Trauma, Violence & Abuse*, 12(1), 38.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1177/1524838010386812>
- Holt, M. K., Finkelhor, D., & Kaufman Kantor, G. (2007). Multiple victimization experiences of urban elementary school students: Associations with psychosocial functioning and academic performance. *Child Abuse & Neglect*, 31, 503–515.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.12.006>
- Hoogsteder, L. M., ten Thije, L., Schippers, E. E., & Stams, G. J. J. M. (2022). A Meta-Analysis of the Effectiveness of EMDR and TF-CBT in Reducing Trauma Symptoms and Externalizing Behavior Problems in Adolescents. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 66(6–7), 735–757.
<https://doi.org/10.1177/0306624X211010290>
- Hopwood, T. L., & Schutte, N. S. (2017). A meta-analytic investigation of the impact of mindfulness-based interventions on post-traumatic stress. *Clinical Psychology Review*, 57, 12-20. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.002>

- Honor, G. (2010). Child Sexual Abuse: Consequences and Implications. *Journal of Pediatric Health Care*, 24(6), 358–364. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2009.07.003>
- International Society for the Study of Dissociation (s.f.). How might my child behave if she is dissociating? Child & Adolescent FAQs. Recuperado de <https://www.isst-d.org/resources/child-adolescent-faqs/>
- International Society for the Study of Dissociation. (2004). Guidelines for the Evaluation and Treatment of Dissociative Symptoms in Children and Adolescents International Society for the Study of Dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5(3), 119–150. https://doi.org/10.1300/J229v05n03_09
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis: cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para enfrentarnos al estrés, el dolor y la enfermedad*. Editorial Kairós.
- Kanter, B., & Pereda, N. (2020). Victimización Sexual en la Infancia e Intervención Basada en la Evidencia: La Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 197–212. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.313>
- Karadag, M., Gokcen, C., & Sarp, A. S. (2020). EMDR therapy in children and adolescents who have post-traumatic stress disorder: a six-week follow-up study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 24(1), 77–82. <https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1682171>
- Khayat-Abuaita, U., Paivio, S., Pascual-Leone, A., & Harrington, S. (2019). Emotional processing of trauma narratives is a predictor of outcome in emotion-focused therapy for complex trauma. *Psychotherapy*, 56(4), 526–536. <https://doi.org/10.1037/pst0000238>

- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 78(6), 519-528. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>
- Kimbrough, E., Magyari, T., Langenberg, P., Chesney, M., & Berman, B. (2010). Mindfulness intervention for child abuse survivors. *Journal of clinical psychology*, 66(1), 17-33. <https://doi.org/10.1002/jclp.20624>
- Kisiel, C. L., & Lyons, J. S. (2001). Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1034-1039. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.7.1034>
- Kostova, Z., Levin, L., Lorberg, B., & Ziedonis, D. (2019). Mindfulness-based interventions for adolescents with mental health conditions: A systematic review of the research literature. *Journal of Child and Family Studies*, 28(10), 2633-2649. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01477-7>
- Kouvelis, G., & Kangas, M. (2021). Evaluating the association between interpersonal trauma and self-identity: A systematic review. *Traumatology*, 27(2), 118–148. <https://doi.org/10.1037/TRM0000325>
- Lanius, U. F., Paulsen, S. L., & Corrigan, F. M. (2014). *Neurobiology and Treatment of Traumatic Dissociation: Towards an Embodied Self*. Springer Publishing Company.
- Lanktree, C. B., Gilbert, A. M., Briere, J., Taylor, N., Chen, K., Maida, C. A., & Saltzman, W. R. (2008). Multi-informant assessment of maltreated children: Convergent and discriminant validity of the TSCC and TSCYC. *Child Abuse & Neglect*, 32(6), 621-625. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.10.003>

- Lawlor, M. S., Schonert-Reichl, K. A., Gadermann, A. M., & Zumbo, B. D. (2014). A validation study of the mindful attention awareness scale adapted for children. *Mindfulness*, 5(6), 730-741. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0228-4>
- Lemos, S., Fidalgo, A. M., Calvo, P., & Menendez, P. (1992). Validación de la escala de psicopatología infanto-juvenil YSR. *Clinica y Salud*, 3(2), 183–194.
- Lev-Wiesel, R. (2008). Child sexual abuse: A critical review of intervention and treatment modalities. *Children and Youth Services Review*, 30(6), 665–673. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2008.01.008>
- Lewey, J. H., Smith, C. L., Burcham, B., Saunders, N. L., Elfallal, D., & O'Toole, S. K. (2018). Comparing the Effectiveness of EMDR and TF-CBT for Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11(4), 457. <https://doi.org/10.1007/S40653-018-0212-1>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive Behaviour Therapy of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- López, F., Carpintero, E., Hernández, A., Martín, J., & Fuertes, A. (1995). Prevalencia Y Consecuencias Del Abuso. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1039–1050. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00066-H](https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00066-H)
- Macy, R. J., Jones, E., Graham, L. M., & Roach, L. (2018). Yoga for Trauma and Related Mental Health Problems: A Meta-Review with Clinical and Service Recommendations. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(1), 35-57.
- Martin, C. G., Everett, Y., Skowron, E. A., & Zalewski, M. (2019). The Role of Caregiver Psychopathology in the Treatment of Childhood Trauma with Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22(3), 273. <https://doi.org/10.1007/S10567-019-00290-4>

- Martínez-Taboas, A., Shrout, P. E., Canino, G., Chavez, L. M., Ramírez, R., Bravo, M., Bauermeister, J. J., & Ribera, J. C. (2004). The psychometric properties of a shortened version of the Spanish adolescent dissociative experiences scale. *Journal of Trauma and Dissociation*, 5(4), 33–54. https://doi.org/10.1300/J229V05N04_03
- Mathews, B., & Collin-Vézina, D. (2019). Child Sexual Abuse: Toward a Conceptual Model and Definition. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), 131–148. <https://doi.org/10.1177/1524838017738726>
- McElvaney, R. (2015). Disclosure of Child Sexual Abuse: Delays, Non-disclosure and Partial Disclosure. What the Research Tells Us and Implications for Practice. *Child Abuse Review*, 24(3), 159–169. <http://10.0.3.234/car.2280>
- McLeer, S. v., Deblinger, E., Atkins, M. S., Foa, E. B., & Ralphe, D. L. (1988). Post-Traumatic Stress Disorder in Sexually Abused Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(5), 650–654. <https://doi.org/10.1097/00004583-198809000-00024>
- Meygoni, A. K. M., & Ahadi, H. (2012). Declining the rate of major depression: Effectiveness of dialectical behavior therapy. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 35, 230-236. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.02.083>
- Michal, M., Beutel, M. E., Jordan, J., Zimmermann, M., Wolters, S., & Heidenreich, T. (2007). Depersonalization, mindfulness, and childhood trauma. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(8), 693–696. <https://doi.org/10.1097/NMD.0B013E31811F4492>
- Molina-Machado, D. C., Jaime-Coll, E. A., & Gutiérrez-Carvajal, O. I. (2019). Intervención psicológica del abuso sexual en niños: Revisión sistemática. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 12(3), 71-80.

- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child Sexual Abuse and Subsequent Psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health, 91*(5), 753–760. <https://doi.org/10.2105%2Fajph.91.5.753>
- Mullen, P. E., & Fleming, J. (1998). *Long-term Effects of Child Sexual Abuse*. Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice recuperado de <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/long-term-effects-child-sexual-abuse>
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1993). Childhood Sexual Abuse and Mental Health in Adult Life. *The British Journal of Psychiatry, 163*(6), 721–732. <https://doi.org/10.1192/BJP.163.6.721>
- Mullers, E. S., & Dowling, M. (2008). Mental health consequences of child sexual abuse. *British Journal of Nursing, 17*(22), 1428–1433. <https://doi.org/10.12968/BJON.2008.17.22.31871>
- Mutavi, T., Obondo, A., Kokonya, D., Khasakhala, L., Mbwai, A., Njiri, F., & Mathai, M. (2018). Incidence of depressive symptoms among sexually abused children in Kenya. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 12*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S13034-018-0247-Y/TABLES/3>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2018, December 5). *Post-traumatic stress disorder* recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/Recommendations#management-of-ptsd-in-children-young-people-and-adults>
- Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 575–586. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.3.575>

- Noll, J. G., Trickett, P. K., Susman, E. J., & Putnam, F. W. (2006). Sleep Disturbances and Childhood Sexual Abuse. *Journal of Pediatric Psychology, 31*(5), 469–480.
<https://doi.org/10.1093/JPEPSY/JSJ040>
- Parry, S., & Simpson, J. (2016). How do Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse Experience Formally Delivered Talking Therapy? A Systematic Review. *Journal of Child Sexual Abuse, 25*(7), 793–812. <https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1208704>
- Pereda, N. (2009). Consecuencias Psicológicas Iniciales del Abuso Sexual Infantil. *Papeles Del Psicólogo, 30*(2), 135–144. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77811726004>
- Pereda, N. (2011). Resiliencia en niños víctimas de abuso sexual: el papel del entorno familiar y social. *Educación Social: Revista de Intervención Socioeducativa, 103–114*.
<https://redined.educacion.gob.es/xmlui/handle/11162/29244>
- Pereda, N., & Arch, M. (2012). Exploración psicológica forense del abuso sexual en la infancia: Una revisión de procedimientos e instrumentos, *Papeles del Psicólogo, 33*(1), 36–47.
- Pereda, N., & Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect, 31*(4), 417–426.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.08.010>
- Pereda, N., & Gallardo-Pujol, D. (2011). Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. *Gaceta Sanitaria, 25*(3), 233–239.
<https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2010.12.004>
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect, 33*(6), 331–342. <https://doi.org/10.1016/J.CHIABU.2008.07.007>

- Pérez-González, A., & Pereda, N. (2015). Systematic review of the prevalence of suicidal ideation and behavior in minors who have been sexually abused. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 43(4), 149–158.
- Perona-Garcelán, S., García-Montes, J. M., Rodríguez-Testal, J. F., López-Jiménez, A. M., Ruiz-Veguilla, M., Ductor-Recuerda, M. J., Benítez-Hernández, M. del M., Arias-Velarde, M. Á., Gómez-Gómez, M. T., & Pérez-Álvarez, M. (2014). Relationship Between Childhood Trauma, Mindfulness, and Dissociation in Subjects with and without Hallucination Proneness. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(1), 35–51.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2013.821433>
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective*. Guilford Press.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269–278.
<https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000037029.04952.72>
- Ramos-Díaz, N., & Salcido-Cibrián, L. J. (2017). Programa inteligencia emocional plena (PINEP) aplicando mindfulness para regular emociones. *Revista de psicoterapia*, 28(107), 259-270.
- Reese-Weber, M., & Smith, D. M. (2010). Outcomes of child sexual abuse as predictors of later sexual victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(9), 1884–1905.
<https://doi.org/10.1177/0886260510372935>
- Reinecke, M. A., Ryan, N. E., & DuBois, D. L. (1998). Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: a review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(1), 26–34.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199801000-00013>

- Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A. M., & Stams, J. (2009). Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*, 599–606. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.008>
- Rodríguez-Vega, B., Bayón-Pérez, C., & Fernández-Liria, A. (2016). Intervenciones Basadas en Mindfulness: Tratamiento de las Personas Supervivientes de Trauma. *Revista De Psicoterapia, 27*(103), 7–20. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i103.101>
- Rozakou-Soumalia, N., Dârvariu, Ş., & Sjögren, J. M. (2021). Dialectical Behaviour Therapy Improves Emotion Dysregulation Mainly in Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of personalized medicine, 11*(9), 931. <https://doi.org/10.3390/jpm11090931>
- Sar, V., & Ozturk, E. (2006). What is trauma and dissociation? *Journal of Trauma Practice, 4*(1–2), 7–20. https://doi.org/10.1300/J189V04N01_02
- Sarafino, E. P. (1979). An estimate of nationwide incidence of sexual offenses against children. *Child Welfare, 58*(2), 127–134. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/436553/>
- Sardínero, E., Pedreira, J. L., & Muñiz, J. (1997). El cuestionario CBCL de Achenbach: Adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas. *Clinica y Salud, 8*(3), 447–467.
- Schauer, M., & Elbert, T. (2010a). Dissociation following traumatic stress etiology and treatment. *Journal of Psychology, 218*(2), 109–127. <https://doi.org/10.1027/0044-3409/A000018>
- Schauer, M., & Elbert, T. (2010b). Dissociation Following Traumatic Stress Neuropsychiatric-immunogenetics View project MET Conference Neuroscience and Theater Therapy View project. *Zeitschrift Fu r Psychologie, 218*(10), 109–127. <https://doi.org/10.1027/0044-3409/a000018>

Schilling, A. E., Aseltine, R. H., & Gore, S. (2007). Young Women's Social and Occupational Development and Mental Health in the Aftermath of Child Sexual Abuse. *American Journal of Community Psychology, 40*, 109–124.

<https://doi.org/10.1007/s10464-007-9130-3>

Segal, Z. v., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.

Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy*. Guilford Press.

Shapiro, F. (1996). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Evaluation of Controlled PTSD Research. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 27*(3), 209–218. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0005-7916\(96\)00029-8](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0005-7916(96)00029-8)

Shapiro, F. (2009). EMDR treatment of recent trauma. *Journal of EMDR Practice and Research, 3*(3), 141–151. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.3.3.141>

Sikes, C., & Sikes, V. (2003). EMDR: Why the Controversy?: *Traumatólogo, 9*(3), 169–182. <https://doi.org/10.1177/153476560300900304>

Silberg, J. L. (1998). Dissociative symptomatology in children and adolescents as displayed on psychological testing. *Journal of Personality Assessment, 71*(3), 421–439. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7103_10

Simón, V. (2013). *Aprender a practicar mindfulness*. Sello editorial.

Snel, E. (2015). *Respirad: Mindfulness para padres con hijos adolescentes*. Editorial Kairós.

- Somer, E., & Szwarcberg, S. (2001). Variables in Delayed Disclosure of Childhood Sexual Abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 332–341.
<https://doi.org/10.1037/0002-9432.71.3.332>
- Spataro, J., Mullen, P. E., Burgess, P. M., Wells, D. L., & Moss, S. A. (2004). Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females. *The British Journal of Psychiatry*, 184(5), 416–421. <https://doi.org/10.1192/BJP.184.5.416>
- Steele, K., Bonn, S., & van der Hart, O. (2016). *Treating Trauma-Related Dissociation: A Practical, Integrative Approach*. W. W. Norton & Company.
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreatment*, 16(2), 79–101.
<https://doi.org/10.1177/1077559511403920>
- Subramanyam, A. A., Somaiya, M., Shankar, S., Nasirabadi, M., Shah, H. R., Paul, I., & Ghildiyal, R. (2020). Psychological Interventions for Dissociative disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(2), 280-289.
https://doi.org/10.4103/PSYCHIATRY.INDIANJPSYCHIATRY_777_19
- Taylor, J. E., & Harvey, S. T. (2012). Corrigendum: “A meta-analysis of the effects of psychotherapy with adults sexually abused in childhood.” *Clinical Psychology Review*, 32(5), 381–382. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.001>
- The National Child Traumatic Stress Network. (n.d.). *Child Behavior Checklist for Ages 6-18*. Recuperado de <https://www.nctsn.org/measures/child-behavior-checklist-ages-6-18>
- Thompson, M., & Gauntlett-Gilbert, J. (2008). Mindfulness with children and adolescents: Effective clinical application. *Clinical child psychology and psychiatry*, 13(3), 395-407.
<https://doi.org/10.1177%2F1359104508090603>

- Tremblay, C., Hébert, M., & Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 23(9), 929–945. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(99\)00056-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(99)00056-3)
- Tyrka, A. R., Burgers, D. E., Philip, N. S., Price, L. H., & Carpenter, L. L. (2013). The neurobiological Correlates of Childhood Adversity and Implications for Treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(6), 434. <https://doi.org/10.1111/ACPS.12143>
- Ullman, S. E. (2007). Relationship to Perpetrator, Disclosure, Social Reactions, and PTSD Symptoms in Child Sexual Abuse Survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16(1), 19–36. https://doi.org/10.1300/J070V16N01_02
- UNICEF. (2011). *Guía Clínica de Atención de Niños, Niñas y Adolescentes menores de 15 años Víctimas de Abuso Sexual*. Ministerio de Salud de Chile. Recuperado de <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/Guia%20Clinica%20ABUSO%20SEXUAL.pdf>
- Van Dam, N. T., van Vugt, M. K., Vago, D. R., Schmalzl, L., Saron, C. D., Olendzki, A., Meissner, T., Lazar, S. W., Kerr, C. E., Gorchov, J., Fox, K. C. R., Field, B. A., Britton, W. B., Brefczynski-Lewis, J. A., & Meyer, D. E. (2018). Mind the Hype: A Critical Evaluation and Prescriptive Agenda for Research on Mindfulness and Meditation. *Perspectives on Psychological Science*, 13(1), 36–61. <https://doi.org/10.1177/1745691617709589>
- Van den Berg, D. P. G., de Bont, P. A. J. M., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2015). Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72(3), 259–267. <https://doi.org/10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2014.2637>

- Van den Brink, E., & Koster, F. (2017). *Vida compasiva basada en mindfulness: Un nuevo programa de entrenamiento para profundizar en mindfulness con heartfulness*. Desclée De Brouwer.
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42–51
- Vega, B. R., Liria, A. F., Bayón Pérez, C., & Fernández Liria, A. (2005). Trauma, disociación y somatización. *Health Psychology*, 1, 27–38.
- Verleur, D., Hughes, R. E., & Dobkin de Rios, M. (1986). Enhancement of Self-Esteem Among Female Adolescent Incest Victims: A Controlled Comparison. *Adolescence*, 21(84), 843–854.
- Vermetten, E., Dorahy, M. J., & Spiegel, D. (2007). *Traumatic Dissociation: Neurobiology and Treatment*. American Psychiatric Pub.
- Vonderlin, R., Kleindienst, N., Alpers, G. W., Bohus, M., Lyssenko, L., & Schmahl, C. (2018). Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: a meta-analytic review. *Psychological Medicine*, 48(15), 2467–2476.
<https://doi.org/10.1017/S0033291718000740>
- Wakelin, K. E., Perman, G., & Simonds, L. M. (2022). Effectiveness of self-compassion-related interventions for reducing self-criticism: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 29, 1-25.
- Weathers, F. W., & Keane, T. M. (2007). The criterion a problem revisited: Controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 20(2), 107–121. <https://doi.org/10.1002/JTS.20210>

- Wieland, S. (2015). Dissociation in Children and Adolescents: What It Is, How It Presents, and How We Can Understand It. In S. Wieland (Ed.), *Dissociation in Traumatized Children and Adolescents* (2nd ed.). Routledge.
- Wolfe, V. V., Gentile, C., Michienzi, T., Sas, L., et al. (1991). The Children's Impact of Traumatic Events Scale: A measure of post-sexual-abuse PTSD symptoms. *Behavioral Assessment, 13*(4), 359–383.
- Wonderlich, S. A., Brewerton, T. D., Jovic, Z., Dansky, B. S., & Abbot, M. D. (1997). Relationship of Childhood Sexual Abuse and Eating Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(8), 1107–1115.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199708000-00018>
- Wozencraft, T., Wagner, W., & Pellegrin, A. (1991). Depression and suicidal ideation in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect, 15*(4), 505–511.
[https://doi.org/10.1016/0145-2134\(91\)90034-B](https://doi.org/10.1016/0145-2134(91)90034-B)
- Zajac, K., Ralston, M. E., & Smith, D. W. (2015). Maternal support following childhood sexual abuse: Associations with children's adjustment post-disclosure and at 9-month follow-up. *Child Abuse & Neglect, 44*, 66–75.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.011>
- Zanarini, M. C. (1997). *Role of Sexual Abuse in the Etiology of Borderline Personality Disorder* (M. C. Zanarini, Ed.). American Psychiatric Press.
- 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*(3), 201–209.

Zerubavel, N., & Messman-Moore, T. L. (2015). Staying Present: Incorporating Mindfulness into Therapy for Dissociation. *Mindfulness*, 4(4). <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0261-3>

Zoogman, S., Goldberg, S. B., Hoyt, W. T., & Miller, L. (2015). Mindfulness Interventions with Youth: A Meta-Analysis. *Mindfulness*, 6(2), 290–302.
<https://doi.org/10.1007/S12671-013-0260-4/TABLES/4>

Zylowska, L., Smalley, S. L., & Schwartz, J. M. (2016). Conciencia plena y TDAH. En Diddona, F. (Ed.), *Manual clínico de mindfulness* (pp. 498-529). Desclée de Brouwer.

Anexo 1. Manifestaciones clínicas de la disociación en la infancia y adolescencia

Cambios en diferentes áreas

Comportamental	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios bruscos en la forma de actuar, por ejemplo, comportarse como un adulto y seguidamente como un niño o niña mucho más pequeña. - Mostrar agresividad y maldad en un momento, y después actuar mucho más cariñoso y pasivo. - Hablar de sí mismo con nombres diferentes o referirse a sí como “nosotros”. - Utilizar distintos registros de voz. - Cambios repentinos en los gustos, como por ejemplo con la comida o la ropa. - Ser capaz de llevar a cabo ciertas actividades (deporte, escritura, ...) un día y al día siguiente tener dificultades para realizarlas. - Mostrarse continuamente distraído o “desconectado” del entorno. - Cambios repentinos en la expresión facial. - Durante las conversaciones a menudo presenta la mirada perdida. - Desconocer cómo ha llegado a un lugar.
Emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios repentinos entre emociones opuestas. - Mostrar emociones que no se ajustan a la realidad del momento. - No mostrar ninguna emoción.
Fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> - Regresiones puntuales en el control de esfínteres. - No sentir dolor cuando se hace daño físico como cortes o golpes. - Manifestar dolores de barriga, de cabeza, dificultades para respirar que no pueden explicarse físicamente.
Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de hacer una tarea bastante bien un día, pero al día siguiente no saber realizar la misma tarea o una similar con posibilidad de recuperar la habilidad. - Tomar buenas decisiones ante la aparición de un problema, pero más tarde no recordar la elección anterior y tomar una decisión totalmente opuesta. - Percibir situaciones seguras como extremadamente inseguras y viceversa. - Dificultades para recordar acontecimientos importantes y actividades cotidianas. - Presentar alucinaciones auditivas, aunque es poco frecuente que lo manifiesten. - Referir que tiene “personas” dentro de sí mismo. - Percepción muy negativa de sí mismo y del mundo, y repentinamente cambiar totalmente de parecer. - Revivir el acontecimiento traumático y no reaccionar a estímulos del entorno durante los “flashbacks”.

Fuente: International Society for the Study of Trauma and Dissociation, s.f.

Anexo 2. Terapia cognitivo-conductual centrado en el trauma (TF-CBT)

Fases	Componentes
Fase de estabilización (4-12 sesiones)	<p>Psicoeducación. Ofrecer información sobre el trauma, sus consecuencias y validar y normalizar la sintomatología del paciente.</p> <p>Habilidades parentales. Proveer a los cuidadores principales con estrategias efectivas para responder a las reacciones del paciente.</p> <p>Estrategias de relajación. Entrenar al paciente en técnicas de relajación.</p> <p>Estrategias de regulación afectiva. Ayudar al paciente a expresar y regular sus emociones de una manera adaptativa.</p> <p>Estrategias de procesamiento cognitivo. Instruir en reconocer la relación entre pensamiento-emoción-conducta y sustituir las creencias negativas por otras más adaptativas.</p>
Fase de narración del trauma y reprocesamiento (2-6 sesiones)	<p>Narrativa del trauma y reprocesamiento. Se elabora en esta fase la narrativa del suceso traumático, incorporando progresivamente detalles más dolorosos hasta conseguir tener el relato completo. Las estrategias aprendidas en la fase anterior se emplean para gestionar el malestar que este relato produce. Tras completar el relato, el paciente se expone a él repetidamente. Paralelamente, en sesiones individuales con los cuidadores se lleva a cabo la exposición al relato del paciente.</p>
Fase de integración y consolidación (2-8 sesiones)	<p>Exposición in vivo. Este componente es el único opcional, en el caso de que el paciente haya desarrollado miedos asociados a la experiencia traumática, se puede llevar a cabo una terapia de exposición.</p> <p>Sesiones conjuntas. Finalmente, se realizan sesiones conjuntas de los cuidadores principales con el paciente con el objetivo de que ambos compartan las estrategias adquiridas en terapia.</p> <p>Potenciar la seguridad. Desarrollo de estrategias prácticas para aumentar la seguridad real del paciente, así como la sensación interna de seguridad y la confianza en sí mismo.</p>

Fuente: Kanter & Pereda, 2020.

Anexo 3. Adaptación de la terapia EMDR dirigida al trauma reciente

Fases	Intervención en Trauma Reciente
1	Historia clínica del paciente y elaboración del plan de tratamiento
2	Técnicas preparatorias de regulación emocional
3	Identificación de la experiencia a procesar,
4	desensibilización a través de la estimulación
5	bilateral, instalación de una cognición
6	positiva, examen de las sensaciones físicas y
7	cierre de la sesión asegurando el equilibrio.
8	Reevaluación del recuerdo de la experiencia que generaba malestar

Fuente: Shapiro, 2009.

Anexo 4. Inventario de Comportamiento Infantil (CBCL) ¹

V. 1. ¿Cuántos amigos íntimos tiene su hijo/a? <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos o tres <input type="checkbox"/> Cuatro o más			
2. ¿Cuántas veces juega con ellos a la semana? <input type="checkbox"/> Menos de una <input type="checkbox"/> 1-2 veces <input type="checkbox"/> 3 o más veces			
VI. Si lo compara con otros niños/as de su edad ¿cómo diría que se comporta su hijo/a?			
	Peor	Igual	Mejor
a) Con sus hermanos/as:	.....	.....	.....
b) Con otros niños/as:	.....	.....	.....
c) Con sus padres:	.....	.....	.....
d) Cuando juega solo:	.....	.....	.....

[...]

065. Se niega a hablar fuera de la familia	0	1	2
066. Repite algunos actos de forma sucesiva, de forma compulsiva. Describa:	0	1	2
067. Se fuga de casa	0	1	2
068. Grita y chilla mucho	0	1	2
069. Reservado/a, se guarda las cosas para sí mismo/a	0	1	2
070. Ve cosas que no están. Describa:	0	1	2
071. Se aturde con facilidad, sentido del ridículo	0	1	2
072. Quema cosas	0	1	2
073. Tiene problemas sexuales. Describa:	0	1	2
074. Hace payasadas, llama la atención	0	1	2
075. Es tímido/a, retraído/a	0	1	2
076. Duerme menos que la mayoría de los niños/as de su edad	0	1	2
077. Duerme más que la mayoría de los niños/as de su edad, durante el día y/o la noche. Describa:	0	1	2
078. Se mancha o juega con su caca	0	1	2
079. Tiene dificultades al hablar. Describa:	0	1	2
080. Se queda en blanco, se bloquea	0	1	2
081. Roba en casa	0	1	2
082. Roba fuera de casa	0	1	2
083. Almacena cosas que no necesita. Describa:	0	1	2
084. Comportamiento extraño. Describa:	0	1	2
085. Tiene ideas extrañas. Describa:	0	1	2
086. Es irritable, testarudo/a, repugnante	0	1	2

¹ Por cuestiones de *copyright* solo se ha incluido una muestra de las preguntas que recoge el CBCL.

Anexo 5. Cuestionario autoaplicado para jóvenes (YSR) ²

II. Por favor, enumera tus aficiones, actividades y juegos favoritos, aparte de los deportes. (Por ejemplo, postales, libros, artesanos, etc.). No incluyas la televisión.

Comparándote con los de tu edad, ¿cuánto tiempo le dedicas a cada uno, aproximadamente?.

Comparándote con los de tu edad, ¿qué tal lo haces en cada uno de ellos?.

() Ninguno	Menos que el promedio	promedio	Más que el promedio	Por debajo del promedio	promedio	Por encima del promedio
a. _____	()	()	()	()	()	()
b. _____	()	()	()	()	()	()
c. _____	()	()	()	()	()	()

[...]

VIII. A continuación se enumeran diversas frases que describen algunas conductas. En cada frase describe lo que a ti te pasa ahora o durante los últimos 6 meses rodeando con un círculo el 2 si lo que dice es muy cierto o te ocurre frecuentemente; el 1 si la frase es algo cierta o te sucede a veces; y el 0 si no es cierta.

0= No es verdad	1= Algo verdadero o verdad a medias	2= Muy verdadero o frecuentemente es verdad
0 1 2 1. Me comporto como si tuviera menos edad de la que tengo		0 1 2 15. Soy bastante honrado
0 1 2 2. Padezco alguna alergia (describe la):		0 1 2 16. Soy tacaño con los demás
0 1 2 3. Discuto mucho		0 1 2 17. A menudo "sueño despierto" (es decir, me entrego a fantasías)
0 1 2 4. Tengo asma		0 1 2 18. Deliberadamente he tratado de hacerme daño a mi mismo o suicidarme
0 1 2 5. Me comporto como las personas del otro sexo		0 1 2 19. Trato de llamar mucho la atención
0 1 2 6. Me gustan los animales		0 1 2 20. Destrozo mis cosas
0 1 2 7. Suelo fanfarronear		0 1 2 21. Destrozo las cosas de los demás
0 1 2 8. Tengo problemas para concentrarme o mantener la atención		0 1 2 22. Desobedezco a mis padres
0 1 2 9. No puedo apartar la mente de ciertos pensamientos (describe los)		0 1 2 23. Desobedezco en el colegio
0 1 2 10. Tengo dificultad para mantenerme sentado		0 1 2 24. Soy mal comedor
0 1 2 11. Dependo demasiado de las personas mayores		0 1 2 25. No me relaciono con los demás
0 1 2 12. Me siento solo		0 1 2 26. No me siento culpable cuando hago algo que está mal
0 1 2 13. Me siento confuso o incapaz de comprender las cosas		0 1 2 27. Siento celos de los demás
0 1 2 14. Lloro mucho		0 1 2 28. Estoy dispuesto a ayudar a los demás cuando lo necesitan

² Por cuestiones de *copyright* solo se ha incluido una muestra de las preguntas que recoge el YSR.

10. Cuando estoy en algún sitio donde no quiero estar, puedo desaparecer con la mente.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nunca) (siempre)

11. Soy tan bueno mintiendo y actuando, que llego a creérmelo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nunca) (siempre)

12. Me pillo "despertándome" en mitad de algo que estoy haciendo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nunca) (siempre)

13. No me reconozco en el espejo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nunca) (siempre)

14. Me encuentro yendo a algún sitio o haciendo algo, sin saber porqué.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nunca) (siempre)

15. Me encuentro en algún lugar y no recuerdo cómo llegué a él.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nunca) (siempre)

16. Tengo pensamientos que, en realidad, parecen no pertenecerme.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nunca) (siempre)

17. Puedo hacer que el dolor físico desaparezca.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nunca) (siempre)

18. No puedo distinguir si las cosas me han pasado de verdad, o si sólo las he pensado en ellas o las he soñado.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nunca) (siempre)

19. Me sorprendo a mí mismo haciendo algo malo, incluso cuando no quiero hacerlo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nunca) (siempre)

20. La gente me dice que a veces actúo tan diferente, que parezco otra persona.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nunca) (siempre)

21. Siento como si hubiese muros dentro de mi cabeza.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nunca) (siempre)

22. Encuentro escritos, dibujos o cartas que debo haber hecho, pero que no recuerdo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nunca) (siempre)

23. Algo dentro de mí parece pedirme que haga cosas que no quiero hacer.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nunca) (siempre)

24. No puedo decir si estoy recordando algo o si está pasando en realidad.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nunca) (siempre)

25. Me encuentro de pie fuera de mi cuerpo, mirándome como si fuera otra persona.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nunca) (siempre)

26. La relación con mi familia y mis amigos cambia súbitamente y no sé porqué.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nunca) (siempre)

27. Siento que mi pasado es un puzzle y algunas piezas han desaparecido.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nunca) (siempre)

28. Me quedo tan absorto con mis juguetes o animales de tela, que parecen estar vivos.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nunca) (siempre)

29. Siento como si hubiese personas diferentes dentro de mí.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nunca) (siempre)

30. Mi cuerpo se siente como si no me perteneciera.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nunca) (siempre)

Anexo 7. Registro Semanal de Sintomatología Disociativa

Por favor, responde según te has sentido esta última semana.

1	Sientes que estás como en una nube o espaciado/a y que las cosas a tu alrededor no parecen reales	<input type="checkbox"/>	Nunca 0 10 Siempre
2	Oyes voces en tu mente que no son tuyas	<input type="checkbox"/>	Nunca 0 10 Siempre
3	Te encuentras en un lugar y no recuerdas cómo llegaste	<input type="checkbox"/>	Nunca 0 10 Siempre
4	Encuentras que puedes dejar de sentir el dolor en tu cuerpo (cuando quieras)	<input type="checkbox"/>	Nunca 0 10 Siempre
5	Las personas te dicen que a veces actúas tan diferente que pareces otra persona	<input type="checkbox"/>	Nunca 0 10 Siempre
6	Encuentras escritos, dibujos o cartas que debes haber escrito pero no puedes recordar haberlas hecho	<input type="checkbox"/>	Nunca 0 10 Siempre
7	Te encuentras fuera de tu cuerpo observándote como si fueras otra persona	<input type="checkbox"/>	Nunca 0 10 Siempre
8	Tu cuerpo se siente como si no te perteneciera	<input type="checkbox"/>	Nunca 0 10 Siempre

Anexo 8. Escala de atención y conciencia plena para adolescentes (MAAS-A)

1. Yo podría estar experimentando alguna emoción y no ser consciente de ella hasta más tarde
2. Rompo o derramo cosas por descuido, por no prestar atención o por estar pensando en otra cosa
3. Encuentro difícil estar centrada en lo que está pasando en el presente
4. Tiendo a caminar rápidamente para llegar a donde voy sin prestar atención a lo que experimento durante el camino
5. Tiendo a no darme cuenta de sensaciones de tensión o incomodidad física, hasta que realmente captan mi atención
6. Me olvido del nombre de una persona casi tan pronto me lo dicen por primera vez
7. Parece como si funcionara con "piloto automático" sin mucha consciencia de lo que estoy haciendo
8. Hago las actividades con prisas, sin estar realmente atenta a ellas
9. Me concentro tanto en el objetivo que quiero lograr que pierdo contacto con lo que estoy haciendo en el momento para lograrlo
10. Hago trabajos o tareas de forma automática, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo
11. Me encuentro a mí misma escuchando a alguien con una oreja mientras hago otra cosa al mismo tiempo
12. Me encuentro preocupada por el futuro o el pasado
13. Me descubro haciendo cosas sin prestar atención
14. Picoteo sin ser consciente de que estoy comiendo

Anexo 9. Esquema de la Propuesta de Intervención Completa

Evaluación PRE			
Componente	Sesión ³	Contenido	Tarea para casa
Entrevista inicial cuidador principal	-	Entrevista semiestructurada con el progenitor o cuidador principal y firma del consentimiento informado y autorización de tratamiento psicológico	Completar CBCL
Entrevista inicial conjunta	-	Entrevista semiestructurada conjunta con el paciente y progenitor o cuidador principal.	Completar el YSR
Continuación evaluación menor	-	Sesión evaluación solamente con el paciente, cumplimentación de ADES-II y FFMQ-A-SF.	Finalizar evaluación
Fase de estabilización			
Componente	Sesión	Contenido	Tarea para casa
Psicoeducación		Sesión conjunta. Devolución de los resultados y psicoeducación sobre las consecuencias del abuso sexual infantil y la TF-CBT	Video consecuencias ASI y Testimonios ASI
		Sesión individual. Psicoeducación sobre mecanismo de disociación.	Completar Registro ADES-8
Habilidades parentales	4 – 12 sesiones	Sesión con progenitores o cuidadores principales. Pautas para ayudar a regular la conducta del menor, así como estrategias de crianza positiva.	Analizar las dificultades de crianza y registrarlas
Relajación		Sesión individual. Técnicas de relajación	Registro
Regulación afectiva		Sesión individual. Educación emocional I: Identificación de emociones.	Registro emocional
	Sesión individual. Educación emocional II: Técnicas de regulación emocional.	Registro regulación emocional	
Procesamiento cognitivo		Sesión individual. Conexión entre pensamientos, emociones y conductas.	Registro conductual

³ La temporalidad de las sesiones es flexible, debe adaptarse a las necesidades de cada paciente.

Entrenamiento en <i>mindfulness</i>	1	Definición de <i>mindfulness</i> y cómo puede influir en el tratamiento.	Vídeo <i>mindfulness</i> y práctica formal.
	2	Prácticas formales e informales de <i>mindfulness</i>	<i>Mindfulness</i> en actividades diarias
	3	Trabajar la conexión cuerpo-mente	Body scan y sensaciones corporales en práctica informal
	4	Consciencia en el cuerpo y autocuidado	Eventos agradables diarios y práctica <i>mindfulness</i>
	5	Afrontamiento emociones difíciles	Registro emociones difíciles y cómo afrontarlas
	6	Desarrollo voz compasiva	Carta compasiva y aportaciones <i>mindfulness</i>

Fase de narración del trauma

Componente	Sesión	Contenido
Narrativa del trauma	2 – 6 sesiones	El objetivo de este componente es conseguir “desvincular los pensamientos y recuerdos del suceso traumático de las emociones negativas que acarrea”. Una vez elaborada la narrativa, se procede a la exposición repetida a la misma
Procesamiento cognitivo		Este componente se centra en corregir y modificar las cogniciones desadaptativas vinculadas al trauma tanto del paciente, como paralelamente de los progenitores o cuidadores principales.

Fase de integración y consolidación

Componente	Sesión	Contenido
Miedos asociados	-	Sesión opcional en el caso de que existan miedos asociados al trauma.
Sesión conjunta con el entorno familiar cercano	-	Sesión conjunta con el núcleo familiar con el fin de trabajar las habilidades trabajadas de manera conjunta y realizar una aproximación conjunta a la narrativa del trauma.
Entrenamiento en habilidades de protección	-	Este último componente se centra en proporcionar al paciente estrategias que potencien su seguridad y fomentar su autoeficacia ante hipotéticas futuras situaciones que le causen inseguridad

Evaluación POST		
Componente	Sesión	Contenido
Evaluación POST progenitor/cuidador	-	Sesión de evaluación con los progenitores o cuidadores principales en la que se cumplimentará de nuevo el CBCL.
Evaluación POST y cierre	-	Sesión de evaluación (YSR, ADES-II y MAAS-A) y cierre con el paciente. Mostrar disponibilidad ante cualquier dificultad o recaída que pueda presentar el paciente en el futuro
Seguimiento 6 meses después		
Componente	Sesión	Contenido
Seguimiento	-	Sesión de seguimiento en la que se cumplimentan el YSR, ADES-II y MAAS-A.

Nota. Información extraída de Cohen et al (2017) y Kanter & Pereda (2020).

Anexo 10. Desarrollo Sesión 1

TÍTULO: Introducción al *mindfulness*

Objetivos	Procedimiento
Definir concepto de <i>mindfulness</i>	Se explica al paciente el significado de <i>mindfulness</i> o conciencia plena, prestar atención al momento presente de una manera intencionada y sin juzgar, es observar y aceptar las cosas que pasan dentro y fuera de nosotros. Se definen los conceptos de “momento presente”, “piloto automático”, “mente curiosa”, “dejar ir”, “no emitir juicios”, “aceptación” y se ejemplifican con referencias del día a día de los adolescentes.
Entender cómo puede influir el <i>mindfulness</i> en su recuperación	Se describen de nuevo los efectos que el trauma genera en el cerebro y la formación de las memorias traumáticas, así como la utilidad del <i>mindfulness</i> para cambiar la forma en la que perciben el mundo y a sí mismos, para promover un estilo de pensamiento más adaptativo y conseguir mantenerse en el momento presente.
Detectar aquellas actividades que se realizan en piloto automático	Durante la sesión, se propone realizar un ejercicio en el que el paciente debe anotar aquellas actividades que realiza de forma automática sin prestar atención y aquellas en las que de verdad presta atención.
Realizar una primera aproximación a la práctica formal de <i>mindfulness</i>	<p>Para finalizar esta primera sesión de entrenamiento en <i>mindfulness</i> se propone dos breves prácticas formales de conciencia en el momento presente. El primero de ellos, el “ejercicio de la uva” y a continuación una breve meditación guiada. Este texto será grabado por el terapeuta para que el paciente pueda utilizarlo como tarea para casa.</p> <p>Quédate quiet@ en la postura en la que estás ahora. Siente cómo entra el aire en tu cuerpo, tómate un momento para percibir tu respiración.</p> <p>Presta atención a tu cuerpo, nota tu postura. Siente, al recorrer internamente tu cuerpo, las zonas en las que hay tensión. Solo siéntelas, no hagas nada, no te recales. ¿Dónde está esa tensión?, ¿dónde estás relajado? Ahora estás presente en tu cuerpo, a medida que lo observas sin hacer nada, sin responder. Solo dejando que la información te llegue, que suceda lo que está sucediendo. No reaccionas, solo observas lo que ocurre. Sea lo que sea lo aceptas, simplemente está ahí. Y sigues fijándote en tu respiración, ese ritmo que no cesa. ¿Hasta dónde llega el aire en tu cuerpo?, deja que vaya allá donde necesite ir. Y sigues quieto. Sencillamente observas tu respiración, tu cuerpo. Estás ahí, presente, sin más.</p>

TAREAS PARA CASA

- Visualización de un breve vídeo que resume lo trabajado en sesión [Cómo meditar con mindfulness](#).
- Tratar de realizar una práctica breve de *mindfulness* diaria siguiendo el audio preparado por el terapeuta.

Anexo 11. Desarrollo Sesión 2

TÍTULO: Entrenamiento en práctica formal

Objetivos	Procedimiento
Revisar los conceptos trabajados la sesión anterior.	La sesión inicia comentando y aclarando cualquier duda que haya podido surgir durante la semana en relación al concepto de <i>mindfulness</i> . Se comentan además las tareas para casa.
Definir práctica formal y práctica informal en <i>mindfulness</i>	Seguidamente se explica al paciente que existen dos formas de practicar <i>mindfulness</i> , mediante prácticas formales y a través de prácticas informales. Se puede considerar que la práctica formal de <i>mindfulness</i> tiene lugar cuando se reserva un tiempo específico para realizar prácticas de meditación, mientras que la práctica informal de <i>mindfulness</i> consiste en incorporar la atención plena a las actividades del día a día. Para clarificar estos conceptos se proponen dos actividades en sesión.
Entrenar en práctica informal	Ejercicio de práctica informal en sesión – Escuchar una canción con conciencia <i>mindful</i> . Para este ejercicio el paciente debe seleccionar una canción con escucha atenta. Seguidamente se discutirán las sensaciones, emociones, pensamientos y dificultades encontradas.
Entrenar en práctica formal	Se plantean dos ejercicios de meditación en <i>mindfulness</i> . El primer ejercicio se centra en la respiración. A partir de un audio (CD1 03 Meditación de la respiración, V. Simón), se realiza una meditación breve. Se pueden utilizar metáforas para explicar por qué la mente tiende a dispersarse durante la práctica (Metáfora del cachorro, Kornfield).
Mantenerse en el momento presente	Utilización de técnicas de <i>grounding</i> para reconectar con el presente, por ejemplo, la utilización de una palabra o frase breve que consiga calmar al paciente cuando se disparan sus niveles de ansiedad. Se pueden ofrecer otros ejercicios como la técnica 3-3-3, que consiste en nombrar 3 sonidos que escuches a tu alrededor, 3 colores distintos que observes y 3 sensaciones que experimenta tu cuerpo en ese momento.
TAREAS PARA CASA	
<ul style="list-style-type: none"> - Elegir cada día una actividad cotidiana y realizarla de manera plenamente consciente. Complimentar registro *. - Continuar con la práctica formal de <i>mindfulness</i> diariamente. 	

Anexo 12. Desarrollo Sesión 3

TÍTULO: Conexión cuerpo - mente

Objetivos	Procedimiento
Revisar las tareas para casa.	La sesión inicia comentando las sensaciones y dificultades encontradas en la práctica durante la semana.
Explicar la relación cuerpo-mente.	<p>Se explica al paciente la relación entre cuerpo y mente con ayuda de la metáfora de la casa de huéspedes.</p> <p>Se anima al paciente a recordar y describir una situación reciente prestando atención tanto a sensaciones, pensamientos, emociones y reacciones de su propio cuerpo y se invita a que se posicione como un “espectador amable e imparcial” de las mismas.</p>
Aumentar conciencia en el propio cuerpo.	<p>Se plantean dos ejercicios, el primero de ellos se trata de realizar estiramientos de manera consciente, prestando atención a como el cuerpo se estira y vuelve a su ser. Después de la práctica se comentan las sensaciones percibidas.</p> <div data-bbox="662 1064 1364 1523" style="text-align: center;"> <p>Mountain Pose Upward Stretch Palm Press Upward Stretch</p> <p>Reach Up Taking Your Seat Seated Tree Seated Twist</p> </div> <p>El segundo ejercicio consiste en realizar un escáner corporal, para ello se sigue un audio de meditación guiada breve: Escáner corporal para adolescentes.</p>

TAREAS PARA CASA

- Practicar el escaneo corporal de manera breve diariamente a partir de la ficha que se presenta a continuación.
- Registrar las sensaciones corporales que aparecen ante situaciones del día a día.

MATERIALES**Ficha escáner corporal diario breve.****ESCÁNER CORPORAL EN 3 MINUTOS**

Puedes practicarlo en cualquier lugar en solo 3 minutos.

Pruébalo:

- Sentado en clase
- Antes de un examen
- Antes de realizar deporte
- Antes de hablar en público
- Antes de salir de la cama por la mañana
- Antes de quedarte dormido
- Mientras esperas en el supermercado

**¿Cómo hacerlo?**

1. Centra tu atención en encontrar tu respiración en tu cuerpo
2. Empezando por la cabeza o por los pies, ve focalizando tu atención a lo largo de tu cuerpo y percibe la experiencia. Busca tensión en tus pies, en la espalda, en los hombros, en la cara, o en cualquier lugar de tu cuerpo.
3. Mientras te centras en cada zona, respira en ella, relajando la tensión y aportando una energía más positiva.
4. Amplia tu atención a todo el cuerpo y siente la respiración moverse entre tu cabeza y tus pies.

Registro sensaciones corporales.

Día, hora	Evento/Experiencia	Sensaciones corporales experimentadas Dificultades durante la práctica

Anexo 13. Desarrollo Sesión 4

TÍTULO: Consciencia del cuerpo en actividades diarias y autocuidado

Objetivos	Procedimiento
Revisar el registro sobre las tareas para casa.	La sesión inicia revisando las tareas para casa.
Aumentar la consciencia en el cuerpo.	<p>Se inicia introduciendo los beneficios que la práctica constante del yoga puede tener en su bienestar. Seguidamente se realiza una breve sesión de yoga para adolescentes.</p> <p>Como alternativa diaria a la práctica del yoga, se propone buscar actividades físicas como puede ser la práctica de un deporte, caminar, bailar, ... y realizarla de manera consciente. Se explica el valor de cuidar el cuerpo a la vez que prestamos atención a lo que en él se produce.</p>
Crear hábitos de autocuidado a través del <i>mindfulness</i>	En el día a día experimentamos cantidad de momentos agradables de los cuáles muchas veces no somos conscientes. Se explica al paciente la necesidad de llevar a cabo actividades que le hagan sentir bien. Para ello se le animará a elaborar una lista con actividades y eventos agradables, con la intención de realizar una de ellas por semana como mínimo.

TAREAS PARA CASA

- Mantener una práctica diaria de *mindfulness* formal y otra de ellas informal, a elección del paciente.
- Anotar cada día antes de dormir 3 eventos o momentos agradables que han ocurrido durante el día.

MATERIALES

Registro actividades agradables durante el día.

LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB	DOM
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-

Anexo 14. Desarrollo Sesión 5

TÍTULO: Cómo afrontar pensamientos, emociones y sentimientos negativos.

Objetivos	Procedimiento
Revisar las tareas para casa.	La sesión inicia comentando las tareas para casa.
Afrontar situaciones y eventos desagradables y negativos.	A partir de la metáfora del autobús , se explica al paciente cómo funcionan los pensamientos y las emociones negativas. Para ponerlo en práctica se pide al paciente que narre una situación reciente desagradable y qué rememore los sentimientos, emociones y pensamientos que surgieron, observándolos desde una perspectiva de curiosidad, como si fuesen “globos” que aparecen en la mente.
Reducir la evitación de pensamientos y emociones negativas.	Con ayuda de la metáfora de las olas del mar , se explica el concepto de la evitación experiencial. Se revisa con el paciente qué estrategias de afrontamiento utiliza, cuáles son positivas y cuáles no.
Estrategias de afrontamiento adaptativas.	<p>Se ofrece al paciente un método de afrontamiento de emociones difíciles por pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parar y centrar la atención en la emoción. 2. Respirar profundamente, dejando que la emoción se exprese. 3. Ser consciente de la emoción que se siente, ponerle nombre y observar dónde está sucediendo en el cuerpo. 4. Permitirse experimentar la emoción sin resistirse. 5. Reconocer el malestar que produce la emoción y tratarse a sí mismo con cariño. 6. Dejar ir la emoción hasta que desaparezca. 7. Una vez la emoción está controlada, actuar según la situación lo requiera. <p>Practicar este ejercicio con la situación desagradable descrita al inicio de la sesión.</p>
TAREAS PARA CASA	
<ul style="list-style-type: none"> - Registrar la forma de afrontamiento de las situaciones difíciles que se presenten a la semana y tratar de poner en práctica el método. - Mantener una práctica diaria de <i>mindfulness</i> formal y otra de ellas informal, a elección del paciente. 	

MATERIALES**Registro afrontamiento emociones difíciles.**

Día, hora	Situación	Emoción difícil	¿Cómo la he afrontado?	¿Has sido capaz de poner en práctica el método? ¿Qué dificultades te has encontrado?

Anexo 15. Desarrollo Sesión 6

TÍTULO: Compasión.

Objetivos	Procedimiento
Revisar las tareas para casa.	La sesión inicia comentando las tareas para casa.
Ser consciente de la autocrítica, el auto-aislamiento y el ensimismamiento.	Se inicia la sesión describiendo la autocompasión y sus componentes, a continuación, se realiza de manera conjunta con el paciente el test de la autocompasión (Neff, 2003) que permite ver al paciente en qué medida es autocompasivo.
Crear una voz interna compasiva.	Para iniciar la práctica compasiva se ha elegido la meditación del compañero compasivo , que anima al paciente a imaginarse una voz amigable y amable con el propósito de crear una voz interna más compasiva.
Dirigirse a sí mismo de manera compasiva.	Para ello pediremos al paciente que redacte una carta con voz compasiva hacia sí mismo y hacia aspectos de sí mismo que no le gustan. Ofrecemos las instrucciones*para llevarla a cabo (Greater Good in Action. Science-based Practices for a Meaningful Life , traducido por J. M. Martín).
Finalizar el componente de <i>mindfulness</i> .	La sesión finaliza con un resumen del componente de <i>mindfulness</i> , los conceptos trabajados y las prácticas empleadas. Se anima al paciente a hacer una valoración de las aportaciones que la práctica del <i>mindfulness</i> le ha ofrecido. Para terminar, se comunica que, en la próxima sesión, se comenzará la fase de procesamiento del suceso traumático, en la que podrá ponerse en práctica todas las herramientas aprendidas a lo largo del tratamiento.

TAREAS PARA CASA

- Redacción de una carta compasiva hacia sí mismo.
- Anotar las aportaciones positivas que la práctica de *mindfulness* ha tenido en su vida.
- Mantener y generalizar la práctica de *mindfulness* en el día a día.

MATERIALES

Instrucciones redacción carta compasiva.

Instrucciones

Primero, identifica algo de ti mismo por lo que te sientes avergonzado, inseguro o no lo suficientemente bueno. Puede ser algo relacionado con tu personalidad, comportamiento, habilidades, relaciones o cualquier otra cosa de tu vida.

Una vez lo tengas identificado, escribe y describe cómo te hace sentir. ¿Triste? ¿Avergonzado? ¿Enfadado? Intenta ser tan honesto como puedas, nadie más va a leer la carta, solo tú.

El siguiente paso es escribir una carta a ti mismo expresando compasión, comprensión y aceptación hacia la parte de ti mismo que no te gusta.

Al escribir sigue estos puntos:

1. Imagina que hay alguien que te quiere y te acepta incondicionalmente por lo que eres. ¿Qué te diría esa persona sobre esa parte de ti?
2. Recuerdate que todo el mundo tiene cosas que no le gustan, todos tienen defectos. Piensa acerca de como muchas otras personas en el mundo están pasando por lo mismo que tú.
3. Ten en cuenta la manera en que han sucedido las cosas en tu vida, el entorno familiar en el que has crecido, o incluso los genes que pueden haber contribuido a este aspecto negativo de ti mismo.
4. De una manera compasiva, pregúntate a ti mismo si hay algo que puedas hacer para mejorar o afrontar mejor este aspecto negativo. Céntrate en cómo los cambios constructivos te pueden hacer más feliz, más sano, más satisfecho, y evitar juzgarte a ti mismo.
5. Después de escribir la carta, déjala por un rato. Retómala más tarde y léela de nuevo. Puede ser especialmente útil leerla cuando te sientas mal por este aspecto de ti mismo, como recordatorio para ser más auto compasivo.

Aportaciones del *mindfulness*

¿Qué me ha aportado la práctica de *mindfulness*?

Anexo 16. Cuestionario para grupo de expertos.



Propuesta de Intervención en Disociación por Trauma Sexual dirigida a Adolescentes.

La victimización sexual infantil se ha identificado como un factor de riesgo para desarrollar alteraciones del bienestar psicológico en la edad adulta (Hillberg et al., 2011). Muchas de las consecuencias de la victimización sexual en la infancia pueden explicarse por los mecanismos disociativos (Lev-Wiesel, 2008). Silberg (1998) describe que, en la victimización sexual infantil, la disociación permite al niño o a la niña evadirse y conservar una identidad relativamente funcional.

El tratamiento por elección para la intervención en el abuso sexual infantil es la Terapia Cognitivo-Conductual centrada en el Trauma (TF-CBT) (Cohen et al., 2000). Sin embargo, elevados niveles de disociación pueden interferir en el tratamiento (Bailey & Brand, 2017). No disponemos todavía de intervenciones sistematizadas basadas en la evidencia para la intervención de la disociación traumática en población adolescente.

La disociación implica desconectar del momento presente, y las técnicas de mindfulness en psicoterapia buscan precisamente la capacitación del paciente para observar la realidad en el momento presente con aceptación y sin juicio (Vásquez-Dextre, 2016). Es por ello por lo que se hipotetiza que estas técnicas podrían ayudar a mejorar la toma de conciencia de los procesos disociativos a la vez que ofrecerían herramientas al paciente para permanecer en el momento presente (Zerubavel & Messman-Moore, 2013).

El presente trabajo plantea una propuesta de intervención para población adolescente en casos de victimización sexual infantil, que incluye técnicas de mindfulness a la terapia TF-CBT con el fin de conseguir reducir la sintomatología disociativa para tratar de conseguir mejores resultados en el tratamiento de los efectos de la victimización sexual.



Para tal fin, se ha incluido un componente de técnicas de mindfulness a la fase inicial de estabilización de la TF-CBT (Tabla 1). Este componente comprende seis sesiones de intervención con el paciente en la que se introduce el concepto de *mindfulness* y se trabaja mediante la práctica para conseguir aumentar la atención plena.

Tabla 1. Componentes de la Propuesta de Intervención.

Fase de estabilización			
Componente	Sesión	Contenido	Tarea para casa
Psicoeducación	4 – 12 sesiones	Devolución de los resultados y psicoeducación sobre las consecuencias del abuso sexual infantil y la TF-CBT	Video consecuencias ASI y Testimonios ASI
		Psicoeducación sobre mecanismo de disociación.	Completar Registro ADES-B
Habilidades parentales		Sesión con progenitores o cuidadores principales. Pautas para ayudar a regular la conducta del menor, así como estrategias de crianza positiva.	Analizar las dificultades de crianza y registrarlas
Relajación		Técnicas de relajación	Registro
Regulación afectiva		Educación emocional I: Identificación de emociones.	Registro emocional
		Educación emocional II: Técnicas de regulación emocional.	Registro regulación emocional
Procesamiento cognitivo	Conexión entre pensamientos, emociones y conductas.	Registro conductual	
Entrenamiento en <i>mindfulness</i>	1	Definición de <i>mindfulness</i> y cómo puede influir en el tratamiento.	Vídeo <i>mindfulness</i> y práctica formal.
	2	Prácticas formales e informales de <i>mindfulness</i>	<i>Mindfulness</i> en actividades diarias
	3	Trabajar la conexión cuerpo-mente	Body scan y sensaciones corporales
	4	Consciencia en el cuerpo y autocuidado	Eventos agradables diarios y práctica <i>mindfulness</i>
	5	Afrontamiento de emociones difíciles	Registro emociones difíciles y cómo afrontarlas
	6	Desarrollo voz compasiva	Carta compasiva y aportaciones <i>mindfulness</i>



Descripción de la propuesta de intervención

Una vez finalizada la evaluación, se inicia la intervención siguiendo el orden propuesto por el modelo TF-CBT.

La fase de estabilización de la TF-CBT finaliza con estrategias de afrontamiento cognitivo que consisten en reconocer las conexiones entre los pensamientos, los sentimientos y los comportamientos y sustituir las cogniciones inadaptadas (pensamientos inexactos o poco útiles) relacionadas con los acontecimientos cotidianos por cogniciones más precisas o útiles (Cohen & Mannarino, 2015).

Es en este último punto donde la presente propuesta de intervención se focaliza. En lugar de utilizar el cambio y la reestructuración de pensamientos, sentimientos y actitudes, se plantea que estos se integren y procesen desde un enfoque de conciencia plena y aceptación sin juicio.

Las intervenciones basadas en *mindfulness* han demostrado tener efectos positivos en población adolescente en programas a partir de seis sesiones (Erbe & Lohrmann, 2015; Kostova et al., 2019). Por este motivo, la presente propuesta de intervención propone incluir seis sesiones de entrenamiento en *mindfulness* para conseguir aumentar la capacidad de atención plena del paciente.

Componente de Mindfulness

El desarrollo del presente entrenamiento en *mindfulness* se ha extraído de la modificación del programa para adolescentes basado en la evidencia *Learning to Breathe* (Broderick, 2021) y un programa de reducción de estrés basado en la conciencia plena utilizado en jóvenes españoles (Díaz-González, 2021), adaptado con las indicaciones y consideraciones a tener en cuenta cuando se emplea el *mindfulness* en el tratamiento del trauma (Follette et al., 2006; Kimbrough et al., 2010; Rodríguez-Vega et al. 2016).



Sesió 1 – Definició mindfulness

Esta primera sesión de entrenamiento se emplea en definir el *mindfulness* y sus componentes, así como los beneficios que su práctica puede tener en el tratamiento del trauma (Rodríguez-Vega et al., 2016). En población adolescente es necesario ofrecer mayor explicación y un razonamiento más explícito sobre para conseguir un mayor compromiso con la intervención (Thompson & Gauntlett-Gilbert, 2008).

Además de definir este concepto, se inicia la práctica con dos ejercicios sencillos de conciencia en el momento presente utilizadas típicamente para introducir la práctica de la conciencia plena (Zylowska et al., 2016), el ejercicio de la uva (Kabat-Zinn, 2004) y una breve meditación guiada por el terapeuta. La sesión finaliza con la explicación de las tareas para casa.

TÍTULO: Introducción al <i>mindfulness</i>	
Objetivos	Procedimiento
Definir concepto de <i>mindfulness</i>	Se explica al paciente el significado de <i>mindfulness</i> o conciencia plena, prestar atención al momento presente de una manera intencionada y sin juzgar, es observar y aceptar las cosas que pasan dentro y fuera de nosotros. Se definen los conceptos de "momento presente", "piloto automático", "mente curiosa", "dejar ir", "no emitir juicios", "aceptación" y se ejemplifican con referencias del día a día de los adolescentes.
Entender cómo puede influir el <i>mindfulness</i> en su recuperación	Se describen de nuevo los efectos que el trauma genera en el cerebro y la formación de las memorias traumáticas, así como la utilidad del <i>mindfulness</i> para cambiar la forma en la que perciben el mundo y a sí mismos, para promover un estilo de pensamiento más adaptativo y conseguir mantenerse en el momento presente.
Detectar aquellas actividades que se realizan en piloto automático	Durante la sesión, se propone realizar un ejercicio en el que el paciente debe anotar aquellas actividades que realiza de forma automática sin prestar atención y aquellas en las que de verdad presta atención.
Realizar una primera aproximación a la práctica formal de <i>mindfulness</i>	Para finalizar esta primera sesión de entrenamiento en <i>mindfulness</i> se propone dos breves prácticas formales de conciencia en el momento presente. El primero de ellos, el "ejercicio de la uva" y a continuación una breve meditación guiada. Este texto será grabado por el terapeuta para que el paciente pueda utilizarlo como tarea para casa.



Quédate quieto/a en la postura en la que estás ahora. Siente cómo entra el aire en tu cuerpo, tómate un momento para percibir tu respiración. Presta atención a tu cuerpo, nota tu postura. Siente, al recorrer internamente tu cuerpo, las zonas en las que hay tensión. Solo siéntelas, no hagas nada, no te recales. ¿Dónde está esa tensión?, ¿dónde estás relajado? Ahora estás presente en tu cuerpo, a medida que lo observas sin hacer nada, sin responder. Solo dejando que la información te llegue, que suceda lo que está sucediendo. No reaccionas, solo observas lo que ocurre. Sea lo que sea lo aceptas, simplemente está ahí. Y sigues fijándote en tu respiración, ese ritmo que no cesa. ¿Hasta dónde llega el aire en tu cuerpo?, deja que vaya allá donde necesite ir. Y sigues quieto. Sencillamente observas tu respiración, tu cuerpo. Estás ahí, presente, sin más.

TAREAS PARA CASA

- Visualización de un breve vídeo que resume lo trabajado en sesión [Cómo meditar con mindfulness](#).
- Tratar de realizar una práctica breve de *mindfulness* diaria siguiendo el audio preparado por el terapeuta.

Sesión 2 – Práctica formal e informal de mindfulness

La segunda sesión se emplea en explicar la diferencia entre prácticas formales y prácticas informales de *mindfulness* (Birtwell et al., 2019) y a continuación se presentan actividades de ambas prácticas.

En la segunda parte de esta sesión se ofrece herramientas al paciente que le ayuden a mantenerse en el momento presente. En intervención con pacientes que presentan episodios disociativos resulta de gran utilidad las técnicas de *grounding* que les permitan reconectar con el momento presente (Covington, 2003), como puede ser la utilización de “mantras” (Rodríguez-Vega et al., 2016). La sesión finaliza con las tareas para casa.

TÍTULO: Entrenamiento en práctica formal	
Objetivos	Procedimiento
Revisar los conceptos trabajados la sesión anterior.	La sesión inicia comentando y aclarando cualquier duda que haya podido surgir durante la semana en relación al concepto de <i>mindfulness</i> . Se comentan además las tareas para casa.
Definir práctica formal y práctica informal en <i>mindfulness</i>	Seguidamente se explica al paciente que existen dos formas de practicar <i>mindfulness</i> , mediante prácticas formales y a través de prácticas informales. Se puede considerar que la práctica formal de <i>mindfulness</i> tiene lugar cuando se reserva un tiempo específico para realizar prácticas de meditación, mientras que la práctica informal de <i>mindfulness</i> consiste en incorporar la atención plena a las actividades del día a día. Para clarificar estos conceptos se proponen dos actividades en sesión.
Entrenar en práctica informal	Ejercicio de práctica informal en sesión – Escuchar una canción con conciencia <i>mindful</i> . Para este ejercicio el paciente debe seleccionar una canción con escucha atenta. Seguidamente se discutirán las sensaciones, emociones, pensamientos y dificultades encontradas.
Entrenar en práctica formal	Se plantean dos ejercicios de meditación en <i>mindfulness</i> . El primer ejercicio se centra en la respiración. A partir de un audio (CD1 03 Meditación de la respiración, V. Simón), se realiza una meditación breve. Se pueden utilizar metáforas para explicar por qué la mente tiende a dispersarse durante la práctica (Metáfora del cachorro, Kornfield).
Mantenerse en el momento presente	Utilización de técnicas de <i>grounding</i> para reconectar con el presente, por ejemplo, la utilización de una palabra o frase breve que consiga calmar al paciente cuando se disparan sus niveles de ansiedad. Se pueden ofrecer otros ejercicios como la técnica 3-3-3, que consiste en nombrar 3 sonidos que escuches a tu alrededor, 3 colores distintos que observes y 3 sensaciones que experimenta tu cuerpo en ese momento.
TAREAS PARA CASA	
<ul style="list-style-type: none"> - Elegir cada día una actividad cotidiana y realizarla de manera plenamente consciente. Complimentar registro*. - Continuar con la práctica formal de <i>mindfulness</i> diariamente. 	



MATERIALES

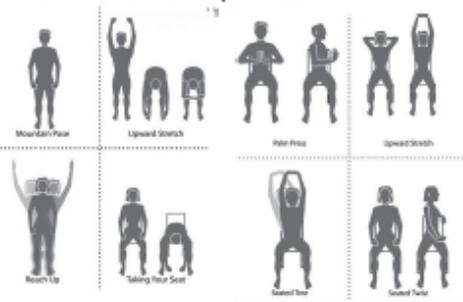
Registro práctica informal de *mindfulness*.

Día, hora	Actividad seleccionada para la observación	Emociones, pensamientos y sensaciones durante la práctica	Dificultades durante la práctica	¿Has aprendido algo de centrar tu atención en esta actividad?

Sesión 3 – Conexión cuerpo-mente

Esta sesión se centra en la conexión entre la mente y el cuerpo. El aumento de la conciencia del propio cuerpo contribuye a la capacidad de discriminar los sentimientos, pensamientos y a concebirlos como “eventos mentales transitorios” que pueden dejarse ir (Rodríguez-Vega et al., 2016). Estos deben ser observados desde una perspectiva amable e imparcial (Goodman & Kaiser-Greenland, 2016).

Mediante la utilización de metáforas y ejercicios corporales se pretende aumentar esta capacidad de autoobservación del propio cuerpo. Finalmente, como trabajo entre sesiones se invita a realizar breves ejercicios diarios de consciencia corporal y a cumplimentar un registro de sensaciones corporales.

TÍTULO: Conexión cuerpo - mente		
Objetivos	Procedimiento	
Revisar las tareas para casa.	La sesión inicia comentando las sensaciones y dificultades encontradas en la práctica durante la semana.	
Explicar la relación cuerpo-mente.	<p>Se explica al paciente la relación entre cuerpo y mente con ayuda de la metáfora de la casa de huéspedes.</p> <p>Se anima al paciente a recordar y describir una situación reciente prestando atención tanto a sensaciones, pensamientos, emociones y reacciones de su propio cuerpo y se invita a que se posicione como un "espectador amable e imparcial" de las mismas.</p>	
Aumentar conciencia en el propio cuerpo.	<p>Se plantean dos ejercicios, el primero de ellos se trata de realizar estiramientos de manera consciente, prestando atención a como el cuerpo se estira y vuelve a su ser. Después de la práctica se comentan las sensaciones percibidas.</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>El segundo ejercicio consiste en realizar un escáner corporal, para ello se sigue un audio de meditación guiada breve: Escáner corporal para adolescentes.</p>	
TAREAS PARA CASA		
<ul style="list-style-type: none"> - Practicar el escaneo corporal de manera breve diariamente a partir de la ficha que se presenta a continuación. - Registrar las sensaciones corporales que aparecen ante situaciones del día a día. 		
MATERIALES		
Registro sensaciones corporales.		
Día, hora	Evento/Experiencia	Sensaciones corporales experimentadas
		Dificultades durante la práctica

Ficha escáner corporal diario breve.

ESCÁNER CORPORAL EN 3 MINUTOS

Puedes practicarlo en cualquier lugar en solo 3 minutos.

Pruébalo:

- Sentado en clase
- Antes de un examen
- Antes de realizar deporte
- Antes de hablar en público
- Antes de salir de la cama por la mañana
- Antes de quedarte dormido
- Mientras esperas en el supermercado



¿Cómo hacerlo?

1. Centra tu atención en encontrar tu respiración en tu cuerpo
2. Empezando por la cabeza o por los pies, ve focalizando tu atención a lo largo de tu cuerpo y percibe la experiencia. Busca tensión en tus pies, en la espalda, en los hombros, en la cara, o en cualquier lugar de tu cuerpo.
3. Mientras te centras en cada zona, respira en ella, relajando la tensión y aportando una energía más positiva.
4. Amplia tu atención a todo el cuerpo y siente la respiración moverse entre tu cabeza y tus pies.

Sesión 4 – Cuidar el cuerpo y autocuidado

Esta sesión pretende generalizar la consciencia en el propio cuerpo en actividades del día a día. Para ello se propone realizar en sesión una práctica de yoga. El yoga se ha propuesto como una herramienta complementaria que puede resultar útil para ayudar a mejorar la ansiedad, la depresión, el TEPT y/o las consecuencias psicológicas del trauma (Macy et al., 2018).

En la segunda parte de esta sesión, se pone el foco en el autocuidado, tanto del cuerpo como del bienestar psicológico. Se propone buscar actividades o eventos agradables con el



propósito de aumentar las experiencias positivas, puesto que la programación de actividades agradables ha demostrado reducir los síntomas emocionales en el trauma y aumentar la resiliencia (Burton et al., 2015).

TÍTULO: Consciencia del cuerpo en actividades diarias y autocuidado	
Objetivos	Procedimiento
Revisar el registro sobre las tareas para casa.	La sesión inicia revisando las tareas para casa.
Aumentar la consciencia en el cuerpo.	Se inicia introduciendo los beneficios que la práctica constante del yoga puede tener en su bienestar. Seguidamente se realiza una breve sesión de yoga para adolescentes . Como alternativa diaria a la práctica del yoga, se propone buscar actividades físicas como puede ser la práctica de un deporte, caminar, bailar, ... y realizarla de manera consciente. Se explica el valor de cuidar el cuerpo a la vez que prestamos atención a lo que en él se produce.
Crear hábitos de autocuidado a través del <i>mindfulness</i>	En el día a día experimentamos cantidad de momentos agradables de los cuáles muchas veces no somos conscientes. Se explica al paciente la necesidad de llevar a cabo actividades que le hagan sentir bien. Para ello se le animará a elaborar una lista con actividades y eventos agradables, con la intención de realizar una de ellas por semana como mínimo.
TAREAS PARA CASA	
<ul style="list-style-type: none"> - Mantener una práctica diaria de <i>mindfulness</i> formal y otra de ellas informal, a elección del paciente. - Anotar cada día antes de dormir 3 eventos o momentos agradables que han ocurrido durante el día. 	



MATERIALES						
Registro actividades agradables durante el día.						
LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB	DOM
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-

Sesión 5 – Afrontar pensamientos, emociones y sentimientos negativos

Esta sesión se dedica a explicar el funcionamiento y afrontamiento de los pensamientos y emociones negativas, evitación de estos hace que se magnifiquen y aumenta malestar. El entrenamiento en mindfulness produce cambios en la forma en que los individuos se relacionan con sus emociones (Ramos & Salcido, 2017).

A través de metáforas se explica cómo actúan los pensamientos y las emociones negativas. Se evalúan las estrategias de afrontamiento que utiliza el paciente y se propone una estrategia adaptativa por pasos para afrontar las emociones difíciles (Simón, 2013).

TÍTULO: Cómo afrontar pensamientos, emociones y sentimientos negativos.	
Objetivos	Procedimiento
Revisar las tareas para casa.	La sesión inicia comentando las tareas para casa.
Afrontar situaciones y eventos desagradables y negativos.	A partir de la metáfora del autobús , se explica al paciente cómo funcionan los pensamientos y las emociones negativas. Para ponerlo en práctica se pide al paciente que narre una situación reciente desagradable y qué rememore los sentimientos, emociones y pensamientos que surgieron, observándolos desde una perspectiva de curiosidad, como si fuesen "globos" que aparecen en la mente.
Reducir la evitación de pensamientos y emociones negativas.	Con ayuda de la metáfora de las olas del mar , se explica el concepto de la evitación experiencial. Se revisa con el paciente



Estrategias de afrontamiento adaptativas.	<p>qué estrategias de afrontamiento utiliza, cuáles son positivas y cuáles no.</p> <p>Se ofrece al paciente un método de afrontamiento de emociones difíciles por pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parar y centrar la atención en la emoción. 2. Respirar profundamente, dejando que la emoción se exprese. 3. Ser consciente de la emoción que se siente, ponerle nombre y observar dónde está sucediendo en el cuerpo. 4. Permitirse experimentar la emoción sin resistirse. 5. Reconocer el malestar que produce la emoción y tratarse a sí mismo con cariño. 6. Dejar ir la emoción hasta que desaparezca. 7. Una vez la emoción está controlada, actuar según la situación lo requiera. <p>Practicar este ejercicio con la situación desagradable descrita al inicio de la sesión.</p>			
TAREAS PARA CASA				
<ul style="list-style-type: none"> - Registrar la forma de afrontamiento de las situaciones difíciles que se presenten a la semana y tratar de poner en práctica el método. - Mantener una práctica diaria de <i>mindfulness</i> formal y otra de ellas informal, a elección del paciente. 				
MATERIALES				
Registro afrontamiento emociones difíciles.				
Dia, hora	Situación	Emoción difícil	¿Cómo la he afrontado?	¿Has sido capaz de poner en práctica el método? ¿Qué dificultades te has encontrado?



Sesión 6 – Compasión

Para finalizar el componente de mindfulness, se propone una sesión en la que trabajar la compasión y la autocompasión. En las víctimas adolescentes de abusos sexuales en la infancia son muy frecuentes los sentimientos de culpa y vergüenza (Echeburúa & de Corral, 2006), y trabajar la compasión resulta tan complicado como necesario para su recuperación (Rodríguez-Vega et al., 2016). La autocompasión está estrechamente vinculada al bienestar emocional, es un importante mecanismo de cambio en la psicoterapia e interviene directamente en la sintomatología traumática (Germer & Neff, 2015).

Por medio de ejercicios de meditación guiada se trata de crear una voz interior más compasiva (Van den Brink & Koster, 2017). Como ejercicio práctico se plantea la redacción de una carta compasiva, puesto que escribir con compasión hacia uno mismo contribuye a disminuir la voz autocrítica y facilita un diálogo interno más amable (Wakelin et al., 2022).

Para finalizar esta sesión, se analizan los conceptos y prácticas trabajadas y se entrega el cuestionario A-DES y MAAS-A para cumplimentar como tarea para casa.

TÍTULO: Compasión.	
Objetivos	Procedimiento
Revisar las tareas para casa.	La sesión inicia comentando las tareas para casa.
Ser consciente de la autocrítica, el autoaislamiento y el ensimismamiento.	Se inicia la sesión describiendo la autocompasión y sus componentes, a continuación, se realiza de manera conjunta con el paciente el test de la autocompasión (Neff, 2003) que permite ver al paciente en qué medida es autocompasivo.
Crear una voz interna compasiva.	Para iniciar la práctica compasiva se ha elegido la meditación de el compañero compasivo , que anima al paciente a imaginarse una voz amigable y amable con el propósito de crear una voz interna más compasiva.
Dirigirse a sí mismo de manera compasiva.	Para ello pediremos al paciente que redacte una carta con voz compasiva hacia sí mismo y hacia aspectos de sí mismo que no le gustan. Ofrecemos las instrucciones* para llevarla a cabo



<p>Finalizar el componente de <i>mindfulness</i>.</p>	<p>(Greater Good in Action. Science-based Practices for a Meaningful Life, traducido por J. M. Martín).</p> <p>La sesión finaliza con un resumen del componente de <i>mindfulness</i>, los conceptos trabajados y las prácticas empleadas. Se anima al paciente a hacer una valoración de las aportaciones que la práctica del <i>mindfulness</i> le ha ofrecido.</p> <p>Para terminar, se comunica que, en la próxima sesión, se comenzará la fase de procesamiento del suceso traumático, en la que podrá ponerse en práctica todas las herramientas aprendidas a lo largo del tratamiento.</p>
<p>TAREAS PARA CASA</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Redacción de una carta compasiva hacia sí mismo. - Anotar las aportaciones positivas que la práctica de <i>mindfulness</i> ha tenido en su vida. - Mantener y generalizar la práctica de <i>mindfulness</i> en el día a día. 	
<p>MATERIALES</p>	
<p>Instrucciones redacción carta compasiva.</p> <p>Instrucciones</p> <p>Primero, identifica algo de ti mismo por lo que te sientes avergonzado, inseguro o no lo suficientemente bueno. Puede ser algo relacionado con tu personalidad, comportamiento, habilidades, relaciones o cualquier otra cosa de tu vida.</p> <p>Una vez lo tengas identificado, escribe y describe cómo te hace sentir. ¿Triste? ¿Avergonzado? ¿Enfadado? Intenta ser tan honesto como puedas, nadie más va a leer la carta, solo tú.</p> <p>El siguiente paso es escribir una carta a ti mismo expresando compasión, comprensión y aceptación hacia la parte de ti mismo que no te gusta.</p> <p>Al escribir sigue estos puntos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Imagina que hay alguien que te quiere y te acepta incondicionalmente por lo que eres. ¿Qué te diría esa persona sobre esa parte de ti? 2. Recuerdate que todo el mundo tiene cosas que no le gustan, todos tienen defectos. Piensa acerca de como muchas otras personas en el mundo están pasando por lo mismo que tú. 3. Ten en cuenta la manera en que han sucedido las cosas en tu vida, el entorno familiar en el que has crecido, o incluso los genes que pueden haber contribuido a este aspecto negativo de ti mismo. 4. De una manera compasiva, pregúntate a ti mismo si hay algo que puedas hacer para mejorar o afrontar mejor este aspecto negativo. Céntrate en cómo los cambios constructivos te pueden hacer más feliz, más sano, más satisfecho, y evitar juzgarte a ti mismo. 5. Después de escribir la carta, déjala por un rato. Retómala más tarde y léela de nuevo. Puede ser especialmente útil leerla cuando te sientas mal por este aspecto de ti mismo, como recordatorio para ser más auto compasivo. 	



Aportaciones del *mindfulness*

¿Qué me ha aportado la práctica de *mindfulness*?

Al finalizar el entrenamiento en *mindfulness* se procede a continuar con las dos fases restantes de la TF-CBT, la fase de procesamiento del trauma y la fase de integración y consolidación (para un cuadro resumen ver Ilustración 1). semana

Del mismo modo que se propone en la TF-CBT, Thompson y Gauntlett-Gilbert (2008) ponen especial énfasis en que en las intervenciones basadas en *mindfulness* dirigidas a adolescentes deben incluir a sus progenitores o cuidadores principales. Por este motivo, se les recomienda la lectura de un libro (Respirad: Mindfulness para padres con hijos adolescentes; Snel, 2015) que les ayuda a comprender la etapa que viven sus hijos e hijas desde un enfoque *mindful*.

Temporalización

La duración de las sesiones se plantea de una hora. La intervención se propone de forma semanal durante la fase de evaluación pre, la fase de estabilización y el comienzo de la fase narrativa del trauma. A lo largo de esta última fase, si la evolución del paciente lo permite, progresivamente se espaciarán las sesiones de manera quincenal.



Evaluación

La presente propuesta incluye una fase de evaluación previa en la que se recoge información de varios informantes (progenitor/cuidador principal no agresor, paciente y la observación por parte del terapeuta). Los cuestionarios seleccionados han sido:

- ✓ La versión adaptada al español (Sardinero et al., 1997) del Inventario de Comportamiento Infantil (CBCL) de Achenbach & Edelbrock (1983).
- ✓ La versión adaptada al español (Lemos et al., 1992) del Cuestionario autoaplicado para jóvenes (YSR 11-18) de Achenbach (1991).
- ✓ La versión en español de la Escala de Experiencias Disociativas en Adolescentes (ADES-II) de Armstrong et al. (1997).
- ✓ La versión española del Cuestionario Mindful Attention Awareness Scale for Adolescents (MAAS-A) de Calvete et al. (2014).

Durante la intervención, además de utilizar los registros semanales mencionados en la Tabla 1, se procederá a cumplimentar semanalmente un registro basado en la versión abreviada de la Escala de Experiencias Disociativas para Adolescentes en español (ADES-8) de Martínez-Taboas et al. (2014) con el fin de observar la evolución de los síntomas disociativos a lo largo de la intervención. Finalmente se plantea una evaluación posterior a la intervención en la que se aplicarán de nuevo los cuestionarios autoaplicados YSR 11-18, A-DES y MAAS-A. Se propone una valoración de seguimiento a los 6 meses para evaluar los efectos a largo plazo.

Tabla 2. Aplicación de cuestionarios PRE y POST

Cuestionario	Antes	Durante	Después Fase Estabilización	Después Intervención	Seguimiento (6m)
CBCL	X				X
YSR	X			X	X
A-DES	X		X	X	X
Registro ADES-8		X			
MAAS-A	X		X	X	X



Valoración por Juicio de Expertos

A fin de realizar una valoración crítica de la presente propuesta de intervención se está llevando a cabo una evaluación de esta por juicio de expertos. Es por ello que su opinión resulta de gran valor. A continuación, se presentan cuestiones relativas a la propuesta de intervención, así como una breve recogida de datos sociodemográficos. Por favor, responda con sinceridad, sus aportaciones contribuirán a la mejora de la propuesta.

Género:

Profesión:

Sector: Público Privado

Años de experiencia profesional:

Valore del 0 al 5 los siguientes componentes y aspectos de la propuesta de intervención. Siendo 0 = Nada, 1 = Poco, 2 = Moderadamente, 3 = Bastante, 4 = Mucho y 5 = Completamente.

	0	1	2	3	4	5
La evaluación previa a la intervención es adecuada.	<input type="checkbox"/>					
La incorporación de técnicas de <i>mindfulness</i> conseguirá reducir los síntomas disociativos.	<input type="checkbox"/>					
El programa conseguirá mejorar el procesamiento de la experiencia traumática.	<input type="checkbox"/>					
Las técnicas de <i>mindfulness</i> seleccionadas son adecuadas para la población objetivo.	<input type="checkbox"/>					
La temporización del programa sigue siendo adecuada aun después de incluir el componente de <i>mindfulness</i> .	<input type="checkbox"/>					
La evaluación posterior y el seguimiento son adecuados.	<input type="checkbox"/>					

Comentarios, críticas, aportaciones:



Referencias bibliográficas

- Armstrong, J. G., Putnam, F. W., Carlson, E. B., Libero, D. Z., & Smith, S. R. (1997). Development and Validation of a Measure of Adolescent Dissociative Experiences Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(8), 491–497.
- Bailey, T. D., & Brand, B. L. (2017). Traumatic dissociation: Theory, research, and treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(2), 170–185.
- Birtwell, K., Williams, K., Van Marwijk, H., Armitage, C. J., & Sheffield, D. (2019). An exploration of formal and informal mindfulness practice and associations with wellbeing. *Mindfulness*, 10(1), 89-99. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0951-y>
- Broderick, P. C. (2021). *Learning to breathe: A mindfulness curriculum for adolescents to cultivate emotion regulation, attention, and performance*. New Harbinger publications.
- Burton, M. S., Cooper, A. A., Feeny, N. C., & Zoellner, N. A. (2015). The Enhancement of Natural Resilience in Trauma Interventions. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45, 193-204. <https://doi.org/10.1007/s10879-015-9302-7>
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2015). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Traumatized Children and Families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(3), 557–570. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.02.005>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Berliner, L., & Deblinger, E. (2000). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: An empirical update. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(11), 1202–1223.
- Cortazar, N., Calvete, E., Fernández-González, L., & Orue, I. (2020). Development of a Short Form of the Five Facet Mindfulness Questionnaire—Adolescents for Children and Adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 102(5), 641–652.
- Covington, S. S. (2003). *BEYOND TRAUMA. A Healing Journey for Women*. Hazelden Publishing.
- Díaz-González, M. C. (2021). *Mindfulness en adolescentes españoles: validación de la escala MAAS-A en castellano y aplicación del programa de Reducción de Estrés Basado en la Conciencia Plena como tratamiento ambulatorio en Salud Mental*. [Tesis doctoral, Universidad de Córdoba]. Dialnet.
- Echeburúa, E. & de Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de medicina forense*, 12(43-44), 75-82.



- Erbe, R., & Lohrmann, D. (2015). Mindfulness Meditation for Adolescent Stress and Well-Being: A Systematic Review of the Literature with Implications for School Health Programs. *Health Educator*, 47(2), 12-19.
- Follette, V., Palm, K. M., & Pearson, A. N. (2006). Mindfulness and trauma: Implications for treatment. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 24(1), 45-61. <https://doi.org/10.1007/s10942-006-0025-2>
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2015). Cultivating self-compassion in trauma survivors. En V. M. Follette, J. Briere, D. Rozelle, J. W. Hopper, & D. I. Rome (Eds.), *Mindfulness-oriented interventions for trauma: Integrating contemplative practices* (pp. 43–58). The Guilford Press.
- Goodman, T. A. & y Kaiser-Greenland, S. (2016). Mindfulness con niños: trabajando con emociones difíciles. En Diddona, F. (Ed.), *Manual clínico de mindfulness* (pp. 651-671). Desclée de Brouwer.
- Hillberg, T., Hamilton-Giachritsis, C., & Dixon, L. (2011). Review of Meta-Analyses on the Association Between Child Sexual Abuse and Adult Mental Health Difficulties: A Systematic Approach. *Trauma, Violence & Abuse*, 12(1), 38.
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis: cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para enfrentarnos al estrés, el dolor y la enfermedad*. Editorial Kairós
- Kimbrough, E., Magyari, T., Langenberg, P., Chesney, M., & Berman, B. (2010). Mindfulness intervention for child abuse survivors. *Journal of clinical psychology*, 66(1), 17-33. <https://doi.org/10.1002/iclp.20624>
- Kostova, Z., Levin, L., Lorberg, B., & Ziedonis, D. (2019). Mindfulness-based interventions for adolescents with mental health conditions: A systematic review of the research literature. *Journal of Child and Family Studies*, 28(10), 2633-2649. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01477-7>
- Lemos, S., Fidalgo, A. M., Calvo, P., & Menendez, P. (1992). Validación de la escala de psicopatología infanto-juvenil YSR. *Clínica y Salud*, 3(2), 183–194.
- Lev-Wiesel, R. (2008). Child sexual abuse: A critical review of intervention and treatment modalities. *Children and Youth Services Review*, 30(6), 665–673.
- Macy, R. J., Jones, E., Graham, L. M. & Roach, L. (2018). Yoga for Trauma and Related Mental Health Problems: A Meta-Review with Clinical and Service Recommendations. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(1), 35-57.
- Martínez-Taboas, A., Shrout, P. E., Canino, G., Chavez, L. M., Ramírez, R., Bravo, M., Bauermeister, J. J., & Ribera, J. C. (2004). The psychometric properties of a shortened



version of the Spanish adolescent dissociative experiences scale. *Journal of Trauma and Dissociation*, 5(4), 33–54.

Ramos-Díaz, N., & Salcido-Cibrián, L. J. (2017). Programa inteligencia emocional plena (PINEP) aplicando mindfulness para regular emociones. *Revista de psicoterapia*, 28(107), 259–270

Rodríguez-Vega, B., Bayón-Pérez, C., & Fernández-Liria, A. (2016). Intervenciones Basadas en Mindfulness: Tratamiento de las Personas Supervivientes de Trauma. *Revista De Psicoterapia*, 27(103), 7–20. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i103.101>

Sardinero, E., Pedreira, J. L., & Muñiz, J. (1997). El cuestionario CBCL de Achenbach: Adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas. *Clínica y Salud*, 8(3), 447–467.

Silberg, J. L. (1998). Dissociative symptomatology in children and adolescents as displayed on psychological testing. *Journal of Personality Assessment*, 71(3), 421–439.

Simón, V. (2013). *Aprender a practicar mindfulness*. Sello editorial.

Snel, E. (2015). *Respirad: Mindfulness para padres con hijos adolescentes*. Editorial Kairós.

Thompson, M., & Gauntlett-Gilbert, J. (2008). Mindfulness with children and adolescents: Effective clinical application. *Clinical child psychology and psychiatry*, 13(3), 395–407. <https://doi.org/10.1177%2F1359104508090603>

Van den Brink, E. & Koster, F. (2017). *Vida compasiva basada en mindfulness: Un nuevo programa de entrenamiento para profundizar en mindfulness con heartfulness*. Desclée De Brouwer.

Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42–51.

Wakelin, K. E., Perman, G., & Simonds, L. M. (2022). Effectiveness of self-compassion-related interventions for reducing self-criticism: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 29, 1–25.

Zerubavel, N., & Messman-Moore, T. L. (2013). Staying Present: Incorporating Mindfulness into Therapy for Dissociation. *Mindfulness*, 4(4).

Zylowska, L., Smalley, S. L. & Schwartz, J. M. (2016). Conciencia plena y TDAH. En Diddona, F. (Ed.), *Manual clínico de mindfulness* (pp. 498–529). Desclée de Brouwer.