



Universidad  
Católica  
de Valencia  
San Vicente Mártir

**Facultad de Psicología**

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN  
TRASTORNO DE ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO EN PERSONAS  
DIAGNOSTICADAS CON TRASTORNO  
DE IDENTIDAD DISOCIATIVO**

Presentado por: Laura López Alaminos

Tutor/a: Beatriz Soucase Lozano

Valencia a 1 de junio de 2020

## **Resumen**

El trastorno de estrés postraumático es una alteración frecuente en pacientes con trastorno de la identidad disociativo. En términos generales y en relación con los antecedentes, dichos trastornos se relacionan en forma de intrusiones mentales y disociación, con el objetivo de protegerse inconscientemente ante un trauma o situación potencialmente estresante difícilmente afrontable. La edad, naturaleza del trauma, factores individuales y situacionales, son componentes que contribuyen a la gravedad o cronicidad del trastorno, por tanto, en función de estos factores se lleva a cabo una intervención específica resaltando unas áreas u otras.

En este trabajo se propone un programa de intervención cuyo objetivo principal se centra en el bienestar y mejora de la calidad de vida de las personas con este conjunto de trastornos. Se lleva a cabo a través de un programa multidisciplinar que consta de once sesiones de aproximadamente hora y media de duración repartidas en siete módulos. Dichos módulos se relacionan con las áreas de intervención que la evidencia ha demostrado efectiva, entre los objetivos y áreas que aborda el programa se interviene en la regulación emocional, estrategias de afrontamiento y capacidad adaptativa, reducción de episodios disociativos, aumentar la sensación de control, procesamiento del evento traumático e intervención en el sistema de creencias del paciente. Finalmente, el programa tiene interés en ofrecer un modelo de intervención individualizado y abierto a cambios según el trascurso del paciente, de manera que le aporte los máximos beneficios psicológicos y de calidad de vida general.

**Palabras clave:** Estrés postraumático, identidad disociativa, trastorno, trauma,

## **Abstract**

Post-traumatic stress disorder is a common disorder in patients with dissociative identity disorder. In general terms and in relation to the history, these disorders are related in the form of mental intrusions and dissociation, with the objective of unconsciously protecting oneself from a trauma or potentially stressful situation that is difficult to face. The age, nature of the trauma, individual and situational factors, are components that contribute to the severity or chronicity of the disorder, therefore, depending on these factors a specific intervention is carried out highlighting some areas or others.

In this job, an intervention program is proposed whose main objective is focused on the well-being and improvement of the quality of life of people with this set of disorders. It is carried out through a multidisciplinary program that consists of eleven sessions of approximately one and a half hours, distributed in seven modules. These modules are related

to the areas of intervention that the evidence has shown to be effective. Among the objectives and areas addressed by the program are intervention in emotional regulation, coping strategies and adaptive ability, reduction of dissociative episodes, increase feeling of control, processing of the traumatic event and intervention in the patient's belief system.. Finally, the program is interested in offering an individualized intervention model that is open to change according to the patient's progress, so that it provides the maximum psychological benefits and general quality of life.

**Keywords:** Post-traumatic stress, dissociative identity, disorder, trauma



## INDICE

|  |           |
|--|-----------|
| 1. Portada.....  | pág 1     |
| 2. Título.....   | pág 1     |
| 3. Solicitud de defensa.....   | pág 2     |
| 4. Resumen español/inglés. ....  | pág 3-4   |
| 5. Índice.....   | pág 5     |
| 6. Introducción.....   | pág 6     |
| 6.1 Definición y relación conceptual.....                                | pág 6-7   |
| 6.2 Criterios diagnósticos del TID y del TEPT.....                       | pág 8-9   |
| 6.3 Causas y perspectivas del trastorno de identidad disociativo.....    | pág 9-11  |
| 6.4 Tratamiento farmacológico más recomendado.....                       | pág 11-12 |
| 6.5 Tratamiento psicológicos e investigaciones.....                      | pág 12-17 |
| 7. Descripción del programa de intervención o proyecto profesional ..... | pág 17-29 |
| 7.1 Ámbito de aplicación. ....   | pág 17    |
| 7.2 Objetivos del programa/proyecto.....                                 | pág 18    |
| 7.3 Destinatarios o población diana .....                                | pág 18.   |
| 7.4 Fases en la elaboración del programa/proyecto.....                   | pág 18-19 |
| 7.5 Descripción del programa/proyecto.....                               | pág 19-27 |
| 7.6 Calendario de actividades.....                                       | pág 28-29 |
| 7.7 Delimitación de recursos.....  | pág 29    |
| 7.8 Análisis de su viabilidad. ....                                      | pág 29    |
| 7.9 Evaluación: Instrumentos de evaluación continua y final.....         | pág 30    |
| 8. Conclusiones.....   | pág 30-31 |
| 9. Referencias.....  | pág 32-38 |
| 10. Anexos.....  | pág 39-47 |

## Introducción. Marco Teórico

### Definición y relación conceptual

Atendiendo en primer lugar a las bases del trastorno disociativo, en opinión de Cruz (2018) basándose en Estanliu (2017), corresponde a un 3-4% de la población general de Estados Unidos, se da en mayor proporción en clases sociales con menores ingresos socioeconómicos y es más común en personas entre los veinte y los cuarenta años siendo más frecuente en mujeres. González (2008) aludiendo al trabajo de Krultf (2002) hace referencia a un estudio europeo realizado en Países bajos y Turquía en el que se muestra un porcentaje de entre 4-7-5% de prevalencia del trastorno de identidad disociativo entre pacientes psiquiátricos. Siguiendo al mismo autor, arguye a que no hay estudios que sostengan que el trastorno de identidad disociativo esté ligado a determinadas áreas geográficas concretas y que la sintomatología es similar en los diversos países.

El trastorno disociativo se caracteriza por “una interrupción o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, memoria, identidad propia o subjetiva, emoción, percepción, control motor y comportamiento” (APA, 2014, p.291). Robles, Páez y Marín (2011) también aluden a una desconexión o falta de ella entre las cosas que tendían a estar relacionadas, de forma que se llevan a cabo pensamientos disociados, desintegración de la cognición y la memoria que suponen una discontinuación en la conciencia y la identidad personal usual.

Esta alteración puede suceder de forma súbita o gradual, transitoria o crónica y “se divide en tres trastornos más específicos que son la amnesia disociativa, el trastorno de despersonalización o desrealización y el trastorno de identidad disociativo” (APA, 2014, p.291), en este último se profundiza en este trabajo.

Centrándonos en esta última idea y de manera más específica, el Trastorno de identidad disociativo (TID) se caracteriza, según Reed (2013) por la presencia de dos o más estados de la personalidad o entidades que toman el control de la conducta del sujeto, que tiene dificultad para recordar acciones o conductas.

El proceso por el que se lleva a cabo esta transferencia de una identidad a la siguiente, se conoce, en opinión de Schmidt (2007) basándose en las aportaciones de Comer (2007) como “conmutación” y está generalmente accionada por un acontecimiento negativo estresante que en ocasiones ocurre sin indicación perceptible.

Dicho “acontecimiento negativo estresante” acciona esta conmutación porque ha habido un proceso anterior en el que la persona ha relacionado la disociación con el acontecimiento estresante, en este punto tiene un importante papel el trastorno de estrés postraumático (TEPT), que supone según APA (2014) el desarrollo de síntomas específicos tras la exposición a uno o más eventos traumáticos y las diversas reacciones emocionales a dichos eventos según el individuo. Dicho trastorno se puede clasificar, siguiendo a Echeburúa (2010), como un trastorno de ansiedad que se diferencia de los demás porque su inicio depende de la exposición a uno o varios eventos traumáticos. Por consiguiente, las manifestaciones conductuales, psicológicas y fisiológicas, según el mismo autor y extraído de Lazarus y Folkman (1984), aparecen de distintas formas dependiendo de la naturaleza del evento, factores externos que rodean la situación traumática, la intensidad, duración, evaluación intrapersonal del sujeto, factores personales y los recursos de la persona para gestionar dichas emociones y estrés.

Tras esta breve conceptualización y para remarcar la relación entre el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el trastorno de identidad disociativo (TID), Marca et al. (2019) arguye a que las personas con trastornos disociativos a menudo están marcadas por trastorno de estrés disociativo y postraumático, con síntomas de discapacidad significativa.

Dicha relación entre ambas alteraciones consiste, de acuerdo con Sar y Ozturk (2012) en que las personalidades alternativas pueden considerarse una forma elaborada de intrusiones mentales con el objetivo de sobrellevar un trauma. En el TID, los recuerdos se descontextualizan para elaborar un balance o un equilibrio óptimo a corto plazo en el cuerpo, lo que conduce a la formación de personalidades alternativas, esta fragmentación de la identidad provoca un desequilibrio. En la misma línea, el 90% de los pacientes con TID presentan al menos una situación de evento traumático relacionado con abuso y/o negligencia durante la niñez.

Finalmente, resaltando esta última alusión, Schmidt (2007) ejemplificaba esta idea con uno de los casos más populares de por aquel entonces denominado “personalidad múltiple” en 1923, en el que una chica llamada Sybil Isabel Dorsett llegó a adoptar 16 personalidades que le ayudaban a la hora de hacer frente a los traumas emocionales provocados por el abuso que sufrió en la primera infancia a manos de su madre.

## **Criterios diagnósticos del TID y TEPT**

Atendiendo a los criterios diagnósticos que se incluyen en primer lugar, para el trastorno de identidad disociativo son, según APA (2014): A) la perturbación de la identidad caracterizada por dos o más estados de la personalidad, esta perturbación de la identidad implica una discontinuidad importante del sentido del yo y del sentido de la entidad; el criterio B) Aparición de lapsos frecuentes de memoria de acontecimientos cotidianos, información personal importante y/o sucesos traumáticos incompatibles con el olvido ordinario; C) Los síntomas causan malestar clínicamente significativo en lo social, laboral y otras áreas del funcionamiento; D) La alteración no es una parte normal de una práctica normal popularmente aceptada y E) los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia. También se resaltan otros síntomas variados como la pérdida de continuidad con la experiencia subjetiva, los síntomas disociativos “positivos”, fragmentación de la identidad, despersonalización/desrealización o la incapacidad de acceder a información o controlar las funciones mentales que normalmente son fáciles, accesibles o controlables.

De forma conjunta Schmidt (2007), basándose en las aportaciones de Peterson (2003), añade síntomas de percepción de fluctuaciones en falta de atención, así como de acceso al conocimiento de forma que no recuerde lo que ha ocurrido, dificultades para la autorregulación y, por último, la creencia de seres inanimados o imaginarios que puede significar una desorganización en el desarrollo de un “Yo” coherente. De acuerdo el mismo autor y extraído de Comer (2007) las relaciones entre las personalidades pueden variar mucho, pero comúnmente se pueden desarrollar 3 tipos de relaciones: la primera “relaciones mutuamente amnésicas” en la que las personalidades no tienen conocimiento de la/las otras, el “patrón mutuamente consciente” en el que las personalidades sí que tienen conocimiento de las otras e incluso pueden establecer discusiones, y las “relaciones de sentido único amnésico” en la que algunas personalidades tienen consciencia de las otras por hay algunas que permanecen sin ninguna relación o conocimiento de las demás.

Seguidamente, los criterios para el trastorno de estrés postraumático varían en función de la persona, tipo de trauma y procesamiento de la información, en términos generales (APA, 2014) los criterios diagnósticos se recogen en: A) Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, B) Presencia de uno o más síntomas de intrusión asociados a sucesos traumáticos, C) Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), D) Alteraciones cognitivas negativas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático que comienzan o empeoran después del suceso traumático, E) Alteración

importante de la alerta y reactividad asociada a sucesos traumáticos, que comienza o empeora después del suceso traumático, F) la duración de los criterios B,C,D,E es superior a un mes, G) La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo laboral, social u otras áreas importantes del funcionamiento y H) la alteración no se debe a efectos fisiológicos de otra sustancia.

### **Modelos explicativos del trastorno identidad disociativo y el trastorno de estrés postraumático**

En este punto se hace un recorrido a lo largo de las múltiples perspectivas existentes del origen y las causas del trastorno disociativo. En primer lugar, se explicarán los modelos para el trastorno de identidad disociativo comenzando por el modelo BASK, el modelo comportamental, teorías psicoanalíticas y psicodinámicas. Seguidamente, para el trastorno de estrés postraumático, se explicará perspectiva psicodinámica, el modelo etiológico multifactorial, el neurosecuencial y finalmente el de disociación estructural.

En primera instancia, el modelo BASK fue creado por Braun (1998), y se convirtió en uno de los modelos más importantes en disociación, sus siglas corresponden a Behavior (conducta), Affect (afecto), Sensation (sensación somática), Knowledge (conocimiento). Ringrose (2011) siguiendo dicho modelo, sugiere que la disociación aparece cuando uno de estos cuatro componentes está desconectado del resto e impide la integración completa del evento traumático, lo que provoca una falta de comprensión del acontecimiento, por lo tanto, el tratamiento debe impulsar la exploración de estos cuatro componentes.

Seguidamente, desde el punto de vista del comportamiento, en opinión de Schmidt (2007) basándose en el trabajo de Comer (2007), el sujeto con trastorno disociativo aprende a que su ansiedad disminuye cuando hace la conducta de escape, de forma que le produce alivio; lo que produce que se disocie con más frecuencia de su personalidad dominante para evitar el daño.

Opinión que recuerda a la descrita por González (2008) que arguye de las teorías psicoanalíticas de Jung y Janet en las que la disociación forma parte de un mecanismo de defensa ante emociones de alta intensidad. Dicha visión se comparte desde una perspectiva psicodinámica de acuerdo con Schmidt (2007) aludiendo al trabajo de (Haddock, 2001; Zimbardo y otros, 2006;. Comer, 2007; Lev-Wiesel, 2005) en la que amplía que dicha disociación aparece como un mecanismo de defensa ante un abuso sexual o trauma sobretodo en la primera infancia, debido a la dificultad del niño para procesar correctamente dicha

situación, se disocia para “sobrevivir”, ante experiencias traumáticas a los nueve años o antes, dichas personalidades alternativas surgen a partir de la disociación para enfrentarse a las situaciones difíciles a las que el propio individuo no es capaz

En línea y según Roble, Páez y Marín (2011) basándose en las aportaciones de Vanderlinen y Vandereycken (1997) propusieron un modelo etiológico multifactorial y muy relacionado con la perspectiva psicodinámica descrita anteriormente, establece que debido a la interacción entre variables como la edad, los mecanismos de defensa de la persona, la naturaleza del abuso, la exposición al mismo, las experiencias de vida reparadoras y la autoimagen pueden explicar la relación entre las experiencias traumáticas y síntomas disociativos. Para entender en profundidad estos factores, cabe hacer una descripción más ampliada de los mismos, por lo que: la edad influye ya que si el trauma sucede a edades muy tempranas, los mecanismos defensivos de la persona suelen implicar al sistema límbico, lo que dará como resultado, respuestas emocionales disfuncionales que afectan al aprendizaje de otras respuestas más funcionales; seguidamente, la naturaleza del abuso: por la que a mayor gravedad o intensidad del abuso, mayor tiende a ser el trastorno disociativo; en tercer lugar la exposición al abuso: en la que, si el medio al que la persona le cuenta su experiencia de abuso reacciona negativamente, se asocia con mayor gravedad de las experiencias disociativas; en cuarto lugar: las experiencias de vida reparadoras o reexperimentación del trauma y por último, la autoimagen: por la que habitualmente en supervivientes de abuso es pobre al igual que su autoestima, por los sentimientos de culpa, lo que favorece los síntomas disociativos.

La explicación de por qué el niño opta por este mecanismo, y para poder relacionar la disociación con el trauma, nos remontamos a la etiología del TEPT en el que en opinión de Perry (2007), desde una perspectiva psicológica neurosecuencial, el 85% del cerebro se conforma a los 3 años. Las experiencias tempranas tanto positivas como negativas conforman en gran medida las diferentes asociaciones que el cerebro infantil elabora para entender y comprender el mundo.

Cuando hay presencia de abuso o malos tratos (Perry, 2007), la respuesta a los traumas es dependiente de la intensidad, duración y las características intrapersonales del sujeto, así como de su sistema de respuesta al estrés, por lo que confiere una respuesta muy subjetiva. Estos acontecimientos generan un estrés que el cerebro infantil no tiene todavía los recursos para gestionar correctamente y puede marcarse de forma significativa en nuestra memoria. Entre los diversos caminos que puede tomar el cerebro en caso de abuso o trauma temprano, en algunos

casos los niños tienden a la disociación, para de alguna manera aliviar o desaparecer mentalmente del malestar del momento para protegerse; otra forma es la del sistema de aprendizaje que tiene nuestro cerebro de entender y ordenar el mundo, prácticas desadaptativas tempranas, pueden llevar a conductas desadaptativas a lo largo del desarrollo del niño. Apoyando esta idea, Öztürk y Sar (2016) explican que las personalidades alternativas nacen o emergen en la infancia por la tendencia de los niños a disociar. Con respecto a los traumas, los mismos autores dicen que los niños asumen que los que se exponen a la situación traumática no fueron ellos, sino alguien diferente a sí mismos, lo que les impide la acomodación y asimilación de la experiencia traumática. Por lo tanto, cada personalidad alternativa o “alter” tiene juicios independientes, y cada uno conoce su propia historia del trauma, de la misma manera, la personalidad alternativa puede influenciarlo y hasta suplantarlo.

En línea con lo descrito anteriormente, otro enfoque centrado en la fragmentación de la personalidad, es el modelo de la disociación estructural de la personalidad. En el que según Steele, Van der Hart y Eller (2005) los pacientes con trastornos severos relacionados con traumas llevan a cabo una división de su personalidad en dos partes prototípicas, la ANP (personalidad aparentemente normal) la que lleva a cabo la vida cotidiana y la PE (personalidad emocional) en la que están prefijadas las experiencias traumáticas. Esta división constituye la división primaria, y a más complejo es el espectro traumático, más se va fragmentando la PE. De forma que la ANP experimenta pérdidas de memoria, sensaciones, funciones perceptivas o motoras lo que deteriora su funcionamiento, y por otra parte en la PE surgen reexperimentaciones sensoriomotoras, que repercuten en la ANP.

### **Tratamiento farmacológico más recomendado**

A nivel farmacológico, en opinión de Barahona y Reyes (2008) las personas con Trastorno de la identidad disociativa tienen una buena respuesta a los antidepresivos, ISRS y antidepresivos tricíclicos. Estos fármacos hacen que mejore su estado de ánimo, la hiperactivación, el pánico y los ataques de ansiedad; pero no tanto los síntomas vegetativos como alteraciones de sueño, baja energía o falta de concentración ya que esos son síntomas más asociados al TEPT. Un tratamiento farmacológico más prolongado para la ansiedad con benzodiacepinas incluye mejoras notables, y no aumenta la eficacia con el aumento de la dosis. Si el paciente refiere síntomas alucinatorios, los antipsicóticos atípicos los reducen parcialmente.

En cuanto a la terapia farmacológica del trastorno de estrés postraumático, Perez.et al (2008) apunta en primer lugar a que un tratamiento únicamente farmacológico carece de sentido, resultaría incompleto por lo que tiene que complementarse con terapia en caso de considerar necesaria la farmacología. Por consiguiente, los fármacos utilizados se dividen en tres categorías: 1) antidepresivos, entre los que se incluyen: los tricíclicos, los ISRS y los IMAO. Aunque los que tienen mejores efectos son los ISRS ya que además de reducir los síntomas postraumáticos, también hay una reducción de síntomas como la ira, impulsividad, estado de ánimo depresivo, pensamiento obsesivo y abuso de sustancias 2) los estabilizadores del estado de ánimo, como las *sales de litio o el ácido valproico* que ayudan con la ira, irritabilidad y conductas explosivas y 3) antiadrenérgicos y benzodiacepinas, en el que por ejemplo la *clonidina* que favorece la mejora en síntomas tales como las pesadillas, recuerdos intrusivos, hipervigilancia, insomnio, sobresalto y concentración.

### **Tratamiento psicológicos e investigaciones**

En este apartado se pretende indagar en las investigaciones, tratamiento y estudios existentes siguiendo un orden conceptual, en el que en primer lugar se aborda lo referente al trastorno disociativo (TD), para continuar con el trastorno de identidad disociativo (TID) y finaliza con el Trastorno de estrés postraumático (TEPT).

En primer lugar, el tratamiento estándar para pacientes con trastornos disociativos comienza por la seguridad del paciente, la estabilización de comportamiento, adquisición de la emoción y de síntomas (Marca, 2019; González, 2008). Según Marca (2019) y aludiendo al trabajo de Loewenstein et al. (2017) también recomiendan como parte de la terapia en las primeras fases la regulación emocional, intervención en psicoeducación y técnicas cognitivo conductuales así como habilidades de afrontamiento; para posteriormente, cuando los pacientes muestren mejor tolerancia a las emociones, menor disociación y mejor manejo de síntomas, añadir la segunda fase de procesamiento de recuerdos traumáticos; finalizando con una última fase en la que se aumentan las actividades sociales y ocupacionales. Se demostró la mejora en regulación emocional, capacidades adaptativas y síntomas de trastorno disociativo mediante un programa psicoeducativo en línea para personas con trastornos disociativos con uno y dos años de seguimientos elaborado por Marca et al. (2019) que constaba de la visualización de videos transcritos, junto con la realización de ejercicios.

Seguidamente, tal y como sugiere Jongsma (2016) en el tratamiento para el trastorno disociativo conviene, en primer lugar, tener claras las metas a largo plazo que son: integrar las diferentes personalidades, reducir la frecuencia y la duración de los episodios disociativos, resolver el trauma emocional subyacente a la alteración disociativa, reducir el nivel de dificultades diarias causadas por las alteraciones disociativas y recuperar la plena memoria. Para lograr a largo plazo estos objetivos, cabe hacer una buena intervención terapéutica en la que según el mismo autor, en primer lugar cabe reforzar activamente el nivel de confianza con el cliente, es decir, una buena alianza terapéutica; seguidamente explorar y evaluar la presencia o existencia de diferentes personalidades que toman el control del cliente y saber la historia y necesidades de cada una, al igual de evaluar la necesidad de medicación psicotrópica; explorar las fuentes de dolor emocional o traumas del cliente, sentimientos de miedo o rechazo, inadecuación, al igual que los sentimientos y circunstancias que desencadenan el estado disociativo, así como ayudar al cliente a que acepte la conexión entre disociación y evitación de hacer frente a los conflictos o problemas emocionales. Jongsma (2016) también incide en la idea de facilitar la integración de la personalidad del cliente apoyando y animando a permanecer centrado en el presente (aquí y ahora) y evitar que se disocie cuando crea que no puede afrontar un problema o evitar centrarse en traumas del pasado y reforzar comportamientos de aquí y ahora. Son favorables las técnicas de relajación y respiración profunda para el manejo de la ansiedad, al igual que fomentar una actitud realista y estar tranquilo ante fenómenos breves de disociación para evitar dicha ansiedad. Al igual que organizar una sesión con las personas allegadas al cliente para recuperar recuerdos perdidos a causa de la disociación y que el cliente pueda rellenar los vacíos de memoria y fomentar la paciencia a la hora de recuperar recuerdos perdidos, incluso usar fotografías para dicho objetivo.

Entre otras formas de tratamiento, se remarca el propuesto por Peterson (2003) basándose en el trabajo de Schmidt (2007), que se divide la intervención de las personas con trastorno de identidad disociativo en cuatro partes: la primera consiste en que la persona sea consciente de las acciones y conductas de las personalidades alternativas y que asuma la responsabilidad sobre ellas. En segundo lugar, se alienta a la persona a asumir los conflictos básicos entre las voces internas y alentar a la resolución de problemas, para que la persona evite el mecanismo de defensa de disociarse, aliviando así su malestar. Seguidamente, enfrentar y dialogar los recuerdos y experiencias traumáticas, como un paso a la integración de estos, ya que en parte la respuesta disociativa se da por la incapacidad de poder lidiar con estos eventos traumáticos

y aliviar el malestar de la persona, para este tercer paso Peterson (2003) opta por la terapia de conversación de la que se hace también uso en la siguiente fase del procedimiento. La cuarta y última fase consiste en el auto-monitoreo por el que se promueve la idea de la expresión verbal de los sentimientos y emociones como una forma de expresión activa mediante palabras, y no mediante la disociación. Adicionalmente también se promueve que amigos y familia también avencinen cuando el individuo va a dar una respuesta disociativa e interrumpir el proceso animando a la personalidad dominante a que permanezca en el presente.

En línea con lo sugerido anteriormente y de acuerdo con Ringrose J (2011) cabe tener en cuenta en la psicoterapia con pacientes con TID que tienen alto riesgo de autolesiones dada su historia de carencias y experimentación de trauma, de manera que pueden suponer un riesgo para sí mismos. También remarca la necesidad de comprender los sentimientos, sistema de creencias y acciones de las distintas personalidades para un mismo evento, para la mejor integración y comprensión de la información para el psicólogo y las distintas personalidades, la necesidad de confianza y fomento de la cooperación y comunicación entre paciente y personalidad alterna. Por ello se tiene que preguntar a la personalidad con la que estemos tratando si es una información que se puede contar para reducir la posibilidad de daño al cuerpo, autolesiones o suicidio. En la línea de la comunicación efectiva Ringrose J (2011) también remarca la necesidad de que el paciente conozca el funcionamiento de su cuerpo, dando psicoeducación acerca del trastorno y de las personalidades, remarcando las distintas necesidades y comprensión de cada una de ellas. Además de que algunas en función de su forma de ser se mostraran más cooperativas y sociables y otras no tanto. Otro aspecto a tener en cuenta es la de “confirmar la realidad del cliente” es decir, debido al trauma, a los episodios amnésicos pueden no establecer una continuidad de experiencia en los acontecimientos, por lo que es importante llenar los huecos vacíos de información, Ringrose J (2011) sugiere fomentar la comunicación, dar copia de las notas en sesión si alguna personalidad ha estado presente y los temas que se han tratado.

Por otro lado y como parte de un buen tratamiento para el TEPT, Jongsma (2016) propone en primer lugar: evaluar la frecuencia, intensidad, duración y el historial de síntomas del TEPT del cliente y su impacto en el funcionamiento, para ello se puede administrar el MMPI-2, o el Impact of Events Scale (PTSD); seguidamente es importante explorar los recuerdos que la persona tiene sobre su incidente traumático y sus reacciones emocionales en el momento del trauma; por otra parte según la sintomatología o el impacto que presente evaluar la necesidad

del cliente de tomar medicación y evaluar un seguimiento de dicha medicación. Por último, dar psicoeducación sobre el trastorno de estrés postraumático.

De la misma manera es importante tal y como indica Jongsma (2016) destacar las técnicas de afrontamiento, reestructuración cognitiva y la exposición en imaginación y poco a poco en la realidad que ayudan a reforzar la confianza, desensibilizar y superar las adversidades, así como para ver el mundo menos temible y más afrontable. Dicho autor también señala la importancia de enseñar al cliente técnicas en inoculación de estrés, técnicas de relajación, modelización encubierta o juegos de rol como técnica para hacer frente y manejar los miedos hasta que lo controle. De la misma manera resulta importante explorar los esquemas de pensamiento (jerarquía de miedos y evitaciones de los estímulos relacionados con el trauma) y reflexiones del cliente en relación con los traumas, cuestionar los sesgos negativos y ayudarle a crear valoraciones que corrijan dichos sesgos y refuercen la confianza y hacer autorregistros con él, además de mandar ejercicios para casa para que pueda identificarlos. Que genere alternativas basadas en la realidad, reforzando logros y aportando comentarios correctivos a los fracasos. poner en práctica el autodiálogo guiado para que aprenda a reconocer sus pensamientos, cuestionar sus sesgos, manejar sentimientos. Ensayar mediante la exposición futuras situaciones o circunstancias que le podrían producir lapsos de memoria. Otra estrategia es la de elaborar tarjetas recordatorias con estrategias de manejo y otra información importante, así como mensajes positivos como por ejemplo “Respira, puedes hacerlo” o “Se te pasará”. También son ser eficaces técnicas de manejo de la ira, si el paciente las necesita, desarrollar una rutina de ejercicio físico y animarle a seguirla al igual que hacer un seguimiento del patrón de sueño del cliente y animarle a usar la relajación, imágenes positivas para una buena higiene del sueño. Incluso puede resultar beneficioso sesiones de terapia en grupo que se centren en compartir acontecimientos traumáticos y sus efectos con otras personas que lo sufren. De acuerdo con Bágena (2008) también resultan de gran interés las técnicas de exposición, cuya eficacia ha sido probada en dos estudios de Marks et al. (1999), Tarrier et al. (1998) y Lee (2002) en los que tras la aplicación de la terapia de exposición se comprueba una reducción de la sintomatología postraumática.

En relación con las técnicas de afrontamiento antes mencionadas, en el programa se incluye trabajo en resiliencia, que supone “la capacidad de salir indemne de una experiencia adversa, aprender de ella y mejorar” (Poseck, Carbelo y Vecina, 2006). En la resiliencia tal como indican Garcia y Dominguez (2013) intervienen factores protectores que actúan protegiendo al sujeto

del entorno crítico, estos factores pueden ser personales como el acercamiento social, humor positivo y ritmo biológico estable, factores cognitivos como mayor CI verbal y matemático, autoestima, empatía, motivación al logro, autosuficiencia, baja desesperanza y orientación a la resolución de problemas. Su eficacia radica en el estudio de Sivak et. al (2007) en el que se estudiaron a 43 damnificados del incendio del local Cromagnon a dos años del incidente, de edades entre 16 y 72 años. En el procedimiento, entre otras dimensiones, se evaluó el desarrollo resiliente en las dimensiones de afrontamiento, funcionamiento y vincularidad. Los resultados demuestran que en un 28% realizaron desarrollos resilientes y 10 de los 12 resilientes buscaron ayuda y apoyo social en amigos y en grupos de damnificados en contra del 23 % que continuaban en condición vulnerable y no buscaron ayuda. Lo que demuestra la mejora de la calidad de vida en personas que ejecutaron comportamientos resilientes

En línea también se proponen varias terapias de tercera generación, en primer lugar, se explicará la Terapia Dialectico Conductual para continuar con la técnica EMDR. La Terapia Dialéctico Conductual (TDC) en opinión de Martínez (2016) basándose en los estudios de Linehan, y Wilks (2015) ha mostrado su efectividad en el tratamiento de trastornos que implican la desregulación emocional.

Esta terapia según Soler (2016) generalmente se aplica a pacientes con Trastorno límite de la personalidad y abuso de sustancias, se ha demostrado su efectividad en un 87% de los casos y ha sido adaptada para el tratamiento de otras patologías vinculadas a la desregulación emocional, mostrando una eficacia del 35% en trastorno de estrés postraumático. Esta eficacia se demuestra en un estudio de Bohus (2013) en el que se aplica la TDC para pacientes con TEPT, concretamente víctimas de abuso sexual infantil, y Trastorno límite de la personalidad haciendo una adaptación de la misma en base a 3 objetivos principales: en primer lugar, una reducción de las emociones primarias relacionadas con el trauma; en segundo lugar, reducir las emociones secundarias relacionadas con el trauma; y por último, promover la aceptación del evento traumático. Los resultados demostraron una disminución de la sintomatología del trastorno de estrés postraumático

La terapia Dialectico conductual (Martínez, 2016) se divide en cuatro etapas que son: el mindfulness o plenitud de conciencia, la regulación emocional, la comunicación interpersonal y la tolerancia al malestar. En un estudio teórico elaborado por la misma autora, se investigaba el efecto de la TDC en mujeres ecuatorianas entre 20 y 30 años diagnosticadas de TEPT se llega la conclusión de que, debido a la estrecha relación entre TDC y los trastornos de

desregulación emocional según la misma autora y extraído de Becker, y Zayfert (2001) , la enseñanza de las habilidades que propone la TDC a personas con una historia de traumas que hayan desarrollado trastorno de estrés postraumático pueden llegar a una reducción de los síntomas presentes. En el programa de intervención estas destrezas se van a enseñar a lo largo de todo el tratamiento para dotar a la persona de herramientas para intervenir en el malestar del evento traumático y en su vida cotidiana.

Siguiendo con el recorrido del tratamiento de técnicas de tercera generación, se propone la técnica de la EMDR en la que un estudio realizado por Zorrilla, Santed y Reales (2015) basándose en el trabajo de Foa, Keane y Friedman (2000) evidencia su efectividad mediante un estudio de caso único en el que la técnica, en primer lugar, facilitaba la recuperación de recuerdos traumáticos progresivamente, también se demuestra una reducción de los síntomas disociativos a partir del pretest y postest de la Escala de Experiencias Disociativas y por último una disminución de los síntomas postraumáticos que fue medida mediante la escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático.

Para finalizar aludir a la evidencia de otras investigaciones lideradas por Echeburúa (2007) que remarca que la presencia de apoyo social ayuda a paliar los síntomas o prevenir la aparición de otros problemas psicológicos en el estrés postraumático.

Véase *Anexo 3* para visualizar la tabla síntesis de los datos de los autores expuestos.

Una vez revisados los apartados, los programas y proyectos similares, el trabajo finaliza con la propuesta del diseño de un programa de intervención que pretende ser lo más fiel posible a las evidencias propuestas por los autores anteriormente mencionados. Dada la importancia en el campo de la psicología, el programa de intervención tiene el objetivo principal de mejorar la calidad de vida y afrontamiento de la situación traumática de pacientes con trastorno de identidad disociativo diagnosticadas con trastorno de estrés postraumático.

## **Intervención**

### **Ámbito de aplicación.**

Este programa se aplicará en un ámbito clínico a pacientes diagnosticados de Trastorno de Identidad disociativo cuyas necesidades o abordaje prioritario, debido a la repercusión y el malestar que supone, sea el Trastorno de Estrés Postraumático. No siendo así la única línea de abordaje para este tipo de trastornos, pero si la línea en la que se enfocará este programa de

intervención. Este modelo de intervención tiene un enfoque multidisciplinar fundamentado en la evidencia de investigaciones anteriores y métodos con fiabilidad y eficacia probada. Este programa se llevará a cabo desde un enfoque cognitivo conductual, dada su evidencia y validez empírica, en este proyecto se consideran técnicas de dicho enfoque para intervenir de forma plena en el trastorno con intencionalidad de reducir síntomas y mejorar la calidad de vida de la persona.

### **Objetivos del programa/proyecto.**

El objetivo general de este trabajo es

1. Mejorar la calidad de vida y afrontamiento del trauma en personas con trastorno de estrés postraumático diagnosticados con trastorno de identidad disociativa.

Como objetivos específicos

- 1.1 Fomentar la regulación y expresión emocional
- 1.2 Promover estrategias de afrontamiento y capacidad adaptativa
- 1.3 Reducir de episodios disociativos
- 1.4 Aumentar de la sensación de control del paciente.
- 1.5 Comprender y procesar del acontecimiento traumático.
- 1.6 Intervenir en el esquema de creencias del paciente mediante reestructuración cognitiva.

### **Destinatarios o población diana sobre la que se va a aplicar el programa/proyecto.**

El programa está pensado para aplicarse a personas entre veinte y cuarenta años de manera individual, debido la evidencia literaria que indica mayor prevalencia entre personas de este rango de edades. Este rango de edad ha sido seleccionado con el objetivo de realizar la intervención terapéutica desde el principio del diagnóstico del trastorno, evitando que la enfermedad y sus síntomas se cronifiquen.

Como parte de los criterios de inclusión y de exclusión, se incluirá en el programa a todas aquellas personas que estén diagnosticadas de trastorno de la identidad disociativo que hayan tenido una historia de traumas o que estén diagnosticadas de trastorno de estrés postraumático con edades comprendidas entre veinte y cuarenta años. Por otro lado, no se incluirán en el programa aquellas personas diagnosticadas de otra patología, aunque presenten trastorno de estrés postraumático.

### **Fases en la elaboración del programa/proyecto.**

Tras la revisión de los programas se propone un diseño de programa de intervención de corriente cognitivo conductual debido a la complejidad de la patología y la necesidad de exploración de diversas áreas de tratamiento con el paciente. El programa se divide en tres fases, la primera conlleva la evaluación del caso cuya finalidad es evaluar el estado del paciente mediante los test descritos posteriormente. Continúa la intervención con la segunda fase, que se divide en seis módulos en los que se comienza con una intervención más focalizada en el trastorno de identidad disociativo, en primer lugar se lleva a cabo una psicoeducación de la patología e intervención en el papel emocional, se practica la regulación emocional, del estrés y se trabajan habilidades de afrontamiento y resolución de problemas. A continuación, se lleva a cabo una intervención más focalizada al trastorno de estrés postraumático en el que se incide en el procesamiento de recuerdos traumáticos y se actúa sobre dicho trastorno mediante técnicas descritas en el programa de intervención. Finaliza con evaluación final y seguimiento en el que se le pasarán los tests del principio de la intervención para ver de qué manera ha incidido nuestro programa de intervención.

### **Descripción del programa/proyecto.**

#### **FASE 1: Evaluación inicial**

Esta primera fase del programa consta principalmente de la evaluación del paciente, así como informarle de las partes del programa, objetivos y del funcionamiento de las sesiones tal y como las iremos trabajando.

##### **Módulo 1: Evaluación del paciente.**

El objetivo de esta fase es evaluar al paciente mediante las escalas de evaluación descritas, establecer los objetivos de la terapia e informar del modelo con el que trabajaremos. De esta manera se fomenta la sensación de control y el bienestar de la persona. La realización de este módulo consta de una sesión de aproximadamente hora y media.

##### ***Primera sesión.***

Para esta primera sesión se explica al paciente el consentimiento informado y se pregunta por motivo principal de consulta. Seguidamente es necesario conocer las necesidades del sujeto, confirmar su seguridad y evaluar su estado mediante diferentes herramientas.

Para esta primera sesión se utilizarán tres escalas de evaluación que aportan información acerca del estado del paciente y así poder orientar la terapia de forma más precisa.

En primer lugar, se evalúa al paciente con la escala DES (Bernstein y Putnam, 1980) pasándole la versión adaptada al español de Icarán, Colom, y Orenge-García (1996) que evalúa el grado, frecuencia e intensidad de los episodios disociativos en su vida cotidiana (*Véase anexo 2*). Serrano, González-Ordi y Corbí (2016) indican que tiene una buena fiabilidad, siendo su fiabilidad de 0.98 y test-retest entre 0.78 y 0.93.

En segundo lugar, se le evalúa con la versión revisada en 2013 del Inventario de Síntomas breves (BSI-18) de Leonard R. Derogatis.

En último lugar se le pasa al paciente la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático- revisada (EGS-R) (*Véase Anexo 3*). Consta de una escala de 21 ítems basada en los criterios diagnósticos del DSM-5, cuya fiabilidad según Echeburúa et. al (2016) es de 0.91.

Este conjunto de instrumentos permite evaluar al paciente y establecer una línea base desde la que trabajar. El objetivo de pasárselo de nuevo en la última fase del tratamiento para observar de qué manera ha incidido el programa de intervención propuesto.

Tras haber cumplimentado las escalas de evaluación, se le explica al paciente la línea de trabajo de intervención que vamos a llevar a cabo. Se expondrán los objetivos de la intervención, el funcionamiento de las sesiones posteriores y el programa de trabajo que seguiremos, incidiendo en la importancia de que el paciente se implique activamente en la terapia, de manera que sienta que es participe de su recuperación y que tiene el control de la situación.

## **FASE 2: Aplicación del programa de intervención**

La segunda fase del programa incluye toda la parte de tratamiento y se compone de seis módulos en los que se practicarán con el paciente habilidades tales como la psicoeducación y el papel emocional, continúa con la practica la regulación emocional y el estrés, en tercer lugar, se dota al paciente de habilidades de afrontamiento, resolución de problemas y asunción de conflictos básicos y finaliza con el procesamiento de recuerdos traumáticos y una intervención sobre el trastorno de estrés postraumático. Cada una de las áreas mencionadas consta de una o varias sesiones de hora y media en función de los objetivos propuestos. Los recursos materiales se encuentran adjuntados en los anexos y se le proporcionan al paciente en consulta. Cada sesión tendrá una duración de hora y media aproximadamente y se recomendará al paciente una periodicidad de una sesión por semana en horario flexible que no interfiera con sus actividades rutinarias. Cabe tener en cuenta que se trata de una propuesta de modelo de

intervención en la que se tienen que evaluar las características particulares de cada persona y por tanto la posibilidad de adaptar el tiempo de las sesiones.

## **Módulo 2: Psicoeducación e intervención en el papel emocional.**

### ***Segunda sesión.***

El objetivo principal de esta segunda sesión es ofrecer al paciente una psicoeducación, adecuada al grado y nivel de funcionamiento del mismo, acerca de su trastorno y de qué manera funciona en su mente. Esto le otorgará percepción de control y conocimiento de su patología.

En esta sesión se explica al paciente aspectos acerca de su trastorno para posteriormente resolver sus dudas y hacer las aclaraciones pertinentes fomentando una visión realista de la situación. Se le pedirá que nos cuente situaciones a las que no se haya podido enfrentar y que, consciente o inconscientemente, haya recurrido a la disociación. De forma que también se van a evaluar los esquemas cognitivos, creencias y la forma que tiene el paciente de ordenar el mundo para poder detectar creencias irracionales previas o sistemas de pensamiento erróneos.

Seguidamente le instruiremos a cerca del modelo cognitivo, por el cual lo que pensamos acerca de una situación (pensamiento automático), influye en cómo nos sentimos y por tanto en cómo actuamos, con ejemplos de su propia historia. Reforzando la creencia de que, modificando la forma de ver las situaciones (pensamiento alternativo), cambian los sentimientos hacia ellas y la manera de afrontarlo.

Para finalizar la sesión como tarea para casa le pediremos un autoregistro (*Véase Anexo 4*) en el que tendrá que escribir, hasta la próxima sesión de la siguiente semana, situaciones que haya experimentado que le hayan hecho sentir una emoción concreta y por tanto un determinado comportamiento. Esto se hace para que aprenda la relación entre pensamientos y emociones. Por otro lado, la visualización de un documental acerca de una mujer con trastorno de identidad disociativo (*Véase anexo 5*), también se adjunta en el anexo las pautas que tiene que seguir durante la visualización del documental.

### ***Tercera sesión.***

Para la tercera sesión el objetivo es determinar qué función o papel llevan a cabo las diferentes personalidades en el sujeto, conociendo los sentimientos y necesidades de cada una de ellas. Así como aumentar la sensación de control del paciente y contrarrestar los episodios amnésicos.

Comenzaremos la sesión revisando las tareas para casa recomendadas la semana anterior, el primer lugar, revisaremos el autorregistro y juntos buscaremos pensamientos alternativos adaptativos que podrían haber aliviado su emoción en esa situación concreta, hilando la revisión con un breve recordatorio del modelo cognitivo.

A continuación, aprovechando la referencia del documental que se le mandó que visualizara procedemos a hacer una intervención más profunda con el paciente, de forma que se conocerá a las diferentes personalidades que habitan en su mente, dando a cada una su espacio para que exprese sus necesidades, pensamientos y conflictos.

Seguidamente, tal y como muestra la evidencia teórica, para contrarrestar los episodios amnésicos y establecer una continuidad vamos a incitar a las personalidades y al sujeto a que lleven a cabo una comunicación y cooperación saludable para “confirmar la realidad del paciente”. Con el objetivo de reducir el malestar y aumentar la sensación de control. Para esto, le enseñaremos a nuestro paciente los estilos de comunicación efectivos (*Véase anexo 6*) el estilo pasivo, asertivo y agresivo, insistiendo en los beneficios de la comunicación asertiva.

Para finalizar la sesión y remarcando la idea de la buena comunicación entre las personalidades, se le enseñará a realizar un diario sobre el que escribirán tanto el paciente como las otras personalidades todos los días como tarea para casa, con el objetivo de que haya un registro de dónde ha estado y qué ha hecho en cada momento del día. También se pedirá al paciente que siga rellenando el autorregistro y esta vez, que sea él quien escriba los pensamientos alternativos cuando se den determinadas situaciones.

### **Módulo 3: Regulación emocional y estrés.**

Este módulo se divide en dos sesiones de aproximadamente hora y media en el que los objetivos a trabajar son la expresión y regulación emocional y la psicoeducación acerca del estrés y de qué manera actúa en el cuerpo.

#### ***Cuarta sesión.***

El objetivo de esta sesión es fomentar la expresión y regulación emocional de forma adaptativa, así como identificar fuentes de dolor. Con la intención de tenerlo presente, para fases posteriores cuando sea realmente necesaria una regulación emocional para la gestión de las experiencias traumáticas y para evitar disociaciones debidas a la evitación de sufrimiento por no tener una correcta regulación emocional, y que pueda aplicar estos conocimientos en su vida cotidiana.

En primer lugar, se va a llevar a cabo una psicoeducación acerca de las emociones, de las ventajas de conlleva la correcta expresión de estas (haciendo hincapié en lo visto en la sesión

anterior de estilos de comunicación eficaz) y los inconvenientes de no tener una buena expresión de las mismas. Finalmente, y relacionándolo con su propia experiencia y autorregistros, se le enseñará la técnica de la regulación de pensamientos y razonamiento lógico (*Anexo 7*) para regulación emocional y roleplaying en consulta para identificación y expresión de emociones (*Anexo 8*).

#### ***Quinta sesión.***

El objetivo de esta sesión es que la persona aprenda acerca de la importancia de la buena gestión del estrés y la necesidad de controlarlo en la medida de lo posible.

En primer lugar, se da a la persona psicoeducación sobre el estrés, los tipos de estrés y las repercusiones a nivel cognitivo, fisiológico y conductual. Lo relacionaremos con lo aprendido anteriormente del modelo cognitivo, con la repercusión en su propia experiencia de disociación y examinaremos como le hace sentir fisiológica, mental y conductualmente.

Para finalizar la sesión se fomentarán técnicas adaptativas, de gestión y comunicación emocional y del estrés, utilizando técnicas de relajación como la ya conocida relajación de Jacobson y remarcándole la importancia de las pautas de consumo saludable, actividad física y relaciones sociales (*Anexo 9*).

#### **Módulo 4: Habilidades de afrontamiento, resolución de problemas y asunción de conflictos básicos.**

Este módulo consta de dos sesiones de hora y media de duración cada una cuyo objetivo principal es dotar al paciente de habilidades de afrontamiento, resolución de problemas y conflictos básicos. Con ello se pretende el empoderamiento y confianza del propio paciente para controlar distintos aspectos de su situación.

#### ***Sexta sesión.***

El objetivo es que la persona asuma los conflictos entre las voces internas y fomentar habilidades de afrontamiento y resolución de problemas.

Se comenzará esta sesión recordando el enfoque cognitivo aprendido anteriormente y la importancia de fomentar alternativas conscientes y realistas ante las situaciones que le generan mayor malestar o incertidumbre.

En línea con los pensamientos, se le explicará la técnica del reencuadre para cambiar el foco, el marco de atención y la forma en la que vemos las situaciones y por consiguiente pretender una modificación de las emociones asociadas a esos pensamientos (*Véase Anexo 10*)

Seguidamente con ayuda de los autorregistros que hemos recopilado durante las sesiones anteriores, examinaremos los pensamientos negativos automáticos y llevaremos a cabo una Discusión Cognitiva para ver si dichos pensamientos tienen una veracidad real y seguiremos enseñando al paciente a poner en práctica la alternativa consciente

Finalmente, como tarea para casa se le encomendará seguir con los autorregistros y esta vez añadiendo, en base a lo practicado en la sesión, la puesta en práctica de la alternativa realista y que puntúe el grado de satisfacción con la misma haciendo hincapié en la técnica del reencuadre.

### ***Séptima sesión.***

Esta sesión tiene una duración de aproximadamente hora y media, el objetivo que persigue es que la persona asuma su propia responsabilidad y autocompetencia, para que pueda lidiar de forma más adaptativa a las demandas del medio con las que no es capaz de lidiar por sí mismo. De esta manera se pretende reducir la disociación ya que si dotamos a la persona de las habilidades que no tiene y que se encuentran en las otras personalidades, no tiene por qué disociarse, ya que sabrá hacer frente por ella misma a los requerimientos del ambiente.

En primer lugar, revisaremos las tareas para casa del autorregistro, comentando con el paciente la puesta en práctica de la alternativa realista y como se ha sentido (puntuar grado de satisfacción). Con esto introduciremos la sesión, comentando que tenemos el control de nuestras conductas y de nuestro cuerpo.

Para ello teniendo como referencia el modelo de “Aquí y ahora” de la terapia Gestáltica, le explicaremos la importancia de permanecer en el momento presente (como alternativa a la disociación). Seguidamente, practicaremos el diálogo socrático, mediante el que haremos preguntas para que el paciente atienda a lo que hay en su interior y a sus objetivos. De este modo se reforzará la creencia de que el acontecimiento no lo podemos cambiar, pero sí la base interpretativa y nuestras consecuencias emocionales ante esa situación (relacionándola con la sesión anterior de la técnica del reencuadre volviendo a insistir en ella, junto con el modelo cognitivo de Beck).

Como cierre de la sesión se continuará reforzando la confianza en sí mismo y el pensamiento realista. La reestructuración cognitiva mediante la cual hacerle ver al paciente el mundo como menos temible y más afrontable, reforzando sus logros y recordando lo aprendido en las sesiones anteriores.

Como tarea para el hogar se pedirá al paciente que reflexione acerca de sus fortalezas y logros, para que posteriormente los escriba junto con una breve descripción de cómo se siente con respecto a estas cualidades.

### **Módulo 5: Procesamiento de recuerdos traumáticos.**

Con lo aprendido anteriormente el paciente ya tiene adquiridos los recursos de comunicación efectiva, gestión emocional, estrés, reestructuración cognitiva, afrontamiento y autocompetencia. Recursos que se van a poner en práctica para el procesamiento de recuerdos traumáticos. Este módulo se llevará a cabo en una sola sesión de una hora y media aproximadamente cuyo objetivo principal es la comprensión completa del acontecimiento traumático comenzando con una psicoeducación acerca del trastorno de estrés postraumático

#### ***Octava sesión.***

En primer lugar, es importante asegurar un entorno agradable y confortable, que la persona se sienta cómoda y segura ya que la sesión actual y las siguientes van a tratar temas delicados.

Comenzaremos la sesión explicando y haciendo una psicoeducación acerca de lo que es un evento traumático y el trastorno de estrés postraumático. Incidiendo en su papel como recuerdos intrusivos, miedos injustificados, ansiedad y emociones negativas. Es importante que el paciente se sienta implicado en su recuperación y en su capacidad para hacer frente al TEPT, que lo vea como algo controlable implicándolo aún más en el tratamiento Respondiendo todas sus preguntas y profundizando concretamente en su historia del trauma estableciendo un continuo de la situación/es traumática/s.

De la misma manera, según la dificultad del paciente para recordar el acontecimiento se le aplicará la técnica del EMDR.

Como se ha dicho anteriormente, el objetivo es la comprensión completa del acontecimiento traumático, esto se va a llevar a cabo recordando al paciente las habilidades comunicativas y cooperativas practicadas anteriormente, junto con las técnicas de regulación emocional.

Tras establecer el continuo del acontecimiento, se procederá a dialogar y enfrentar los recuerdos y experiencias traumáticas con el paciente. Intentando reconducir de manera efectiva los pensamientos desadaptativos y ajustando las creencias del paciente en todo momento.

En este momento es importante dotar al paciente de una herramienta o modelo útil para enfrentar las emociones presentes, se le enseñará el concepto de resiliencia (*Véase anexo 11*).

## **Módulo 6: Actuamos sobre el TEPT.**

Este módulo se divide en dos sesiones de hora y media cada una. Con este módulo se pretende trabajar con el paciente técnicas tanto aprendidas en módulos anteriores como nuevas para la consecución de la mejora de los síntomas del TEPT y la calidad de vida de la persona.

### ***Novena sesión.***

Comenzaremos la sesión haciendo un breve recordatorio de la sesión anterior, recordando la historia de trauma y el concepto de resiliencia junto con el paciente.

Una vez hemos explorado el evento traumático, nos focalizaremos en las fuentes de dolor emocional, sentimientos de miedo, rechazo o inadecuación, derivados del evento traumático. Recordando al paciente la conexión entre dolor emocional y disociación, haremos referencia a lo aprendido en la sesión número siete de la importancia de permanecer en el aquí y el ahora (y no disociarse), las habilidades de afrontamiento y las técnicas de relajación y control emocional aprendidas.

Seguidamente introduciremos la Terapia Dialectico Conductual, que contiene cuatro ámbitos básicos: mindfulness o plenitud de conciencia, regulación emocional, tolerancia al malestar y comunicación interpersonal (*Véase anexo 12*). En esta sesión se trabajarán las áreas de tolerancia al malestar y el mindfulness ya que el paciente ya tiene conocimiento previo de sesiones anteriores de regulación emocional y comunicación interpersonal. Aun así, se recomendará al paciente sesiones de seguimiento posterior al programa de intervención en los que se continuarán incidiendo en el aprendizaje de las habilidades de esta terapia, relacionándolo con la experiencia cotidiana del paciente.

### ***Décima sesión.***

Esta sesión tiene el objetivo de consolidar todo lo aprendido anteriormente, recordando las técnicas de afrontamiento y reestructuración cognitiva.

Para ello invitamos al paciente a hacer una exposición en imaginación de elementos aversivos que le provocan ansiedad, así como los sentimientos y circunstancias que desencadenan el estado disociativo. Estos elementos pueden ser recuerdos o momentos en su vida cotidiana que haya sido incapaz de afrontar.

Se lleva a cabo con la intención de que posteriormente en las sesiones de seguimiento poder trabajarlo en la realidad utilizando técnicas de exposición (en imaginación e in vivo) para conseguir evocar la ansiedad y promover las técnicas de control emocional y relajación anteriormente aprendidas.

Por otra parte, se continuará dialogando los recuerdos traumáticos, interviniendo en los sesgos negativos o reflexiones del cliente en cuanto al trauma y ayudando a corregirlos mediante una visión adaptativa del acontecimiento.

### **FASE 3: Evaluación final y seguimiento.**

Esta última fase recoge la evaluación final del paciente, para comprobar si el paciente ha mejorado con nuestro programa de intervención y en qué medida se han reducido los síntomas del trastorno. Por último, se introducirán las sesiones de seguimiento posteriores, en las que se practicarán las habilidades obtenidas a lo largo del programa de intervención.

### **Módulo 7: Evaluación final y seguimiento.**

En esta última sesión se vuelven a pasar los tests que el paciente realizó en la primera fase de evaluación, la escala DES (Curious Experiences Survey, CES), la escala BSI: Inventario de síntomas breves y la EGEP: Escala global de Estrés postraumático. Dichas escalas se pasan para evaluar la medida en la que nuestro programa ha provocado los beneficios que se plantean como objetivos. Por último, se llevará a cabo un seguimiento, teniendo en cuenta los puntos descritos a continuación.

#### ***Onceava sesión y posteriores.***

El objetivo de las sesiones recomendadas de seguimiento es establecer con el paciente una continuación de la terapia para evaluar la incidencia de la intervención en su vida diaria. Seguir incidiendo en el reforzamiento de habilidades emocionales y regulación, mediante las técnicas de relajación y manejo de ansiedad anteriormente aprendidas.

Continuaremos fomentando la autoeficacia y los logros personales mediante técnicas como el autodiálogo o tarjetas recordatorias positivas para su vida diaria, que le ayude a superar las situaciones que le provoquen ansiedad.

Por último, cabe seguir poniendo en práctica lo aprendido para poder prevenir futuros problemas y enseñar al paciente a resolver sus propios conflictos con las técnicas aportadas, de la misma manera comprobar si han surgido otras situaciones que el paciente no ha sabido gestionar y trabajarlas en consulta.

## Calendario de actividades

|   |   |
|---|---|
| <b>FASE 1: Evaluación del caso</b>  |   |
| Módulo 1:<br>Evaluación del paciente  | Primera sesión<br>1. Consentimiento informado<br>2. Evaluación mediante escala DES: Curious Experiences Survey<br>3. Evaluación escala BSI-18: Inventario de síntomas breves<br>4. Evaluación escala EGS-R: Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático- revisada<br>5. Exponer los objetivos y funcionamiento de las sesiones de intervención |
| <b>FASE 2: Aplicación del programa de intervención</b>  |   |
| Módulo 2:<br>Psicoeducación e intervención en el papel emocional                                    | Segunda sesión<br>1. Psicoeducación sobre el trastorno de identidad disociativo<br>2. Evaluar sistema de creencias del paciente<br>3. Explicar el modelo cognitivo<br>4. Tarea para casa: Autorregistro y video   |
|   | Tercera sesión<br>1. Función o papel de las diferentes personalidades<br>2. Comunicación eficaz para contrarrestar episodios amnésicos<br>3. Aumentar control del paciente<br>4. Tarea para casa: Diario  |
| Módulo 3:<br>Regulación emocional y estrés  | Cuarta sesión<br>1. Psicoeducación de las emociones<br>2. Expresión, regulación y manejo de las emociones<br>3. Juego de rol para practicar lo aprendido  |
|   | Quinta sesión<br>1. Psicoeducación del estrés y los tipos que hay<br>2. Relacionar modelo cognitivo y estrés<br>3. Técnicas de gestión y comunicación emocional y de estrés<br>4. Técnica de relajación de Jacobson   |
| Módulo 4:<br>Habilidades de afrontamiento, resolución de problemas y asunción de conflictos básicos | Sexta sesión<br>1. Fomentar alternativas conscientes y realistas<br>2. Técnica del reencuadre<br>3. Examinar autorregistros, discusión cognitiva<br>4. Practicar alternativa consciente<br>5. Tarea para casa: autorregistros + alternativa realista y puntuar satisfacción   |
|   | Séptima sesión<br>1. Asumir responsabilidad propia y autocompetencia<br>2. Revisar autorregistro y comentar puesta en práctica de alternativas realistas<br>3. Importancia del aquí y ahora<br>4. Reforzar confianza y pensamiento realista<br>5. Tarea para casa: reflexión de otras fortalezas, debilidades a la hora de afrontar una situación                       |
| Módulo 5:<br>Procesamiento de recuerdos traumáticos   | Octava sesión<br>1. Psicoeducación trastorno de estrés postraumático<br>2. Papel de recuerdos intrusivos, miedos injustificados, ansiedad y emociones negativas<br>3. Historia del trauma del paciente<br>4. Resiliencia  |

|   |  |
|---|--|
| Módulo 6:<br>Actuamos<br>sobre el TEPT            | <p>Novena sesión</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisar fuentes de dolor emocional, sentimientos de miedo, inadecuación o rechazo</li> <li>2. Recordar modelo cognitivo y habilidades adquiridas en sesiones anteriores</li> <li>3. Terapia Dialectico Conductual</li> </ol> <p>Décima sesión</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exposición en imaginación de elementos aversivos que le provocan ansiedad y elementos que desencadenan estado disociativo</li> <li>2. Dialogar recuerdos traumáticos</li> <li>3. Corregir sesgos negativos, creencias del paciente</li> </ol> |
| FASE 3: Evaluación final y seguimiento            |  |
| Módulo 7:<br>Evaluación<br>final y<br>seguimiento | <p>Onceava sesión y posteriores</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasar escala DES, la escala BSI y la EGS-R</li> <li>2. Seguimiento y refuerzo de las habilidades aprendidas anteriormente</li> <li>3. Refuerzo de habilidades emocionales y regulación, mediante las técnicas de relajación y manejo de ansiedad</li> <li>4. Fomentar autoeficacia y logros personales. Técnicas de autodiálogo o tarjetas recordatorias positivas</li> </ol>  |

### **Delimitación de recursos**

Este programa está pensado para aplicarse en ámbito privado ya que para la correcta aplicación de la intervención se necesita el tiempo estimado aproximado para las sesiones de una hora y media, además de una intervención individualizada. Los cuestionarios y test para evaluar al paciente se dispondrán en la clínica, con un coste que se menciona en el apartado de evaluación de instrumentos.

### **Análisis de su viabilidad**

Se considera la viabilidad del programa por la cantidad de recursos que se trabajan con el paciente que no solo puede aplicar a cuestiones relacionadas con su patología sino a su día a día, siendo estos recursos materiales de diversa naturaleza ya que el programa de intervención contiene material en video, práctica de roleplaying, fichas para llevar a casa y la terapia cognitiva. También se considera viable porque supone un día a la semana en horario flexible y no le impide realizar otras actividades de carácter laboral o de ocio.

Un punto en contra es el hecho de que es necesario hacer un seguimiento posterior dada la complejidad de la patología y la necesidad de ir reforzando aspectos practicados en las sesiones, al igual que es imprescindible que el paciente se implique a nivel muy activo ya que se tratan cuestiones delicadas y de importante implicación personal.

### **Evaluación: Instrumentos de evaluación continua y final.**

Para evaluar si el programa ha cumplido con los objetivos propuestos al final de las sesiones se vuelven a pasar la escala DES, el BSI-18 y la EGS-R con las que hemos evaluado al paciente en la sesión 1.

En primer lugar, la escala DES es un cuestionario autoaplicado que consta de 28 preguntas acerca de experiencias que pueden ocurrir en la vida diaria, como se ha indicado anteriormente esta escala evalúa el grado, frecuencia e intensidad de los episodios disociativos en la vida cotidiana (Icarán, Colom, y Orengo-García, 1996).

Seguidamente, la escala BSI-18 evalúa el estrés psicológico en las áreas de somatización (6 ítems), depresión (6 ítems) y ansiedad (6 ítems). Según Martínez, Conchado, Vaillo y Galdón (2000) tiene una fiabilidad muy buena pues su alfa de Cronbach es de 0.91.

Y por último la escala EGS-R (Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático- revisada), que como se ha dicho anteriormente consta de 21 ítems, cuya una fiabilidad según Echeburúa et. al (2016) de 0.91.

### **Conclusión**

Este programa de intervención, pretende dar un enfoque multidisciplinar e integrativo de todas las áreas en las que, según la evidencia, cabe intervenir en personas con Trastorno de Estrés Postraumático diagnosticadas de Trastorno de identidad disociativo.

Las sesiones de terapia, las tareas para casa, los recursos utilizados en cada sesión, el tiempo invertido en cada una de las sesiones y los módulos están abiertos a variaciones en función de las características particulares de cada caso.

Este modelo de intervención pretende incluir la mayor parte de las habilidades necesarias para mejorar la calidad de vida y afrontamiento del trauma en personas con trastorno de estrés postraumático diagnosticados con trastorno de identidad disociativa. Se ha fundamentado en base a la evidencia empírica y la literatura descrita en apartados anteriores, en el que se incluye la importancia de la psicoeducación al paciente tal y como remarcan Marca et al. (2019), Ringstone (2011) y Jongsma (2016) , así como la expresión, estabilización y comprensión de sentimientos y emociones del paciente de acuerdo con Schmidt (2007), Marca et al. (2019) y en línea con las emociones arguyendo a la Terapia Dialectico Conductual (Martínez, 2016) para el trastorno de estrés postraumático.

Este programa de intervención aporta tareas, modelos de intervención o técnicas que no son tradicionalmente aplicadas en este tipo de patología. Pero lo cierto es que han demostrado buenos resultados en el tratamiento de otras patologías de desregulación emocional, por tanto,

se considera de gran interés la puesta en marcha de estrategias como la implementación de la discusión cognitiva, técnica del reencuadre o la Terapia Dialéctico Conductual, estrategia efectiva para patologías de desregulación emocional (Martínez, 2016).

Como punto débil del programa de intervención propuesto se considera, en primer lugar, la propia implementación de técnicas que no son comunes en el trabajo con pacientes con esta patología, pero con evidencia probada en otras patologías de desregulación emocional. Por último, la cantidad de habilidades a trabajar en algunas sesiones puede suponer que el tiempo para trabajarlo sea muy ajustado. A pesar de eso, como se ha mencionado anteriormente, las habilidades a trabajar se ajustarán a las necesidades particulares de cada paciente y por supuesto, se tendría que evaluar su eficacia para ver los beneficios que podría tener.



## Referencias bibliográficas

Asociación Americana de Psiquiatría (2014) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid, España. Arlington

American Psychological Association (2020). *Camino a la resiliencia*. Extraído de: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino>

American Psychological Association (2020). *Los distintos tipos de estrés*. Extraído de: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/tipos>

Báguena, M. (2008). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de estrés postraumático*. En Perez, M., Fernández, J., Amigo, I. (2008). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I Adultos* (pp. 311-328). Madrid, España. PIRÁMIDE

Barahona, J., & Reyes, J. A. (2008). *A propósito de un caso de trastorno de identidad disociativa (Personalidad múltiple)*.

Bisson, J. y Andrew, M. (2007). *Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)*. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 1. Art. No.: CD003388.. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub3>

Bohus, M., Dyer, A., Priebe, K., Krüeger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Steil, R. (2013). *Dialectical Behaviour Therapy for Post-traumatic Stress Disorder after Childhood Sexual Abuse in Patients with and without Borderline Personality Disorder: A Randomised Controlled Trial*. *Psychoterapy and Psychosomatics*, 82, 221– 233. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23712109/>

Bongaerts, H., Van Minnen, A., & De Jongh, A. (2017). *Intensive EMDR to treat PTSD patients with severe comorbidity: A case series*. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11, 84 – 95. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/316648305\\_Intensive\\_EMDR\\_to\\_treat\\_PTSD\\_patients\\_with\\_severe\\_comorbidity\\_A\\_case\\_series](https://www.researchgate.net/publication/316648305_Intensive_EMDR_to_treat_PTSD_patients_with_severe_comorbidity_A_case_series)

Canelón, R. (2013). *Taller comunicación asertiva*. Recuperado de: <https://www.tes.com/lessons/d2EKt0Q8QpIIYg/copy-of-taller6-comunicacion-asertiva>

Cruz, C. (2018). *La histeria moderna: Parte III Trastornos Disociativos y Conversión*. *Psiquiatría y salud mental*, (1/2), 56-67. Recuperado de: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/998484/06histeria-moderna-parte-iii-tto-disociativo-y-conversion-carlos-cruz.pdf>

Echeburúa, E. (2010). *El reto de la prevención del trastorno por estrés postraumático*. *Terapia Psicológica*, vol 26,(2). 147.154

Echeburúa, E., Amor, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado, P., Muñoz, J. (2016). *Escala de Garvedad de Sintomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas*. 34 (2), 111-128. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v34n2/art04.pdf>

Foa, E.B., Keane, T.M. y Friedman, M.J.(2000). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines of the international Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press

García, M. y Dominguez, E. (2013). *Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 11 (1), pp. 63-77. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4220133>

González A. (2008). *Tratamiento de los trastornos disociativos*. 9º congreso virtual de psiquiatría. Complejo hospitalario Juan Canalejo. La Coruña. España

Iacarán, E., Colom, R. (1996). *Experiencias Disociativas: Una escala de medida*. Anuario de Psicología (70), 69-84. Recuperado de: <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/9060/11536>

Jongma A. E & Peterson L. (2016) *Planes de tratamiento para la psicoterapia con adultos*. Madrid, España. Editorial Eleftheria.

Kern Pharma (31 octubre de 2018). *Conoce el estrés, contrólalo y no dejes que domine tu vida*. [Mensaje en un blog] Recuperado de: <https://www.kernpharma.com/es/blog/conoce-el-estres-controlalo-y-no-dejes-que-condicione-tu-vida>

K. Steele, Onno van der Hart, E.Nijenhuis. (2005) *Tratamiento secuenciado en fases de la disociación estructural en la traumatización compleja.: Superar las fobias relacionadas con el trauma*. Diario de Trauma & Disociación. Vol. (6) 11-53  
Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Onno\\_Hart/publication/240628539\\_TRATAMIENTO\\_SECUENCIADO\\_EN\\_FASES\\_DE\\_LA\\_DISOCIACION\\_ESTRUCTURAL\\_EN\\_LA\\_TRAUMATIZACION\\_COMPLEJA\\_SUPERAR\\_LAS\\_FOBIAS\\_RELACIONADAS\\_CON\\_EL\\_TRAUMA/links/004635295e099d5e59000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Onno_Hart/publication/240628539_TRATAMIENTO_SECUENCIADO_EN_FASES_DE_LA_DISOCIACION_ESTRUCTURAL_EN_LA_TRAUMATIZACION_COMPLEJA_SUPERAR_LAS_FOBIAS_RELACIONADAS_CON_EL_TRAUMA/links/004635295e099d5e59000000.pdf)

Marca B.L, Schielke H,J, Putnam K.T, Putnam F.W,Loewenstein R.J, Myrick A...Classen C.C (2019).*An Online Educational Program for Individuals With Dissociative Disorders and Their Clinicians: 1-Year and 2-Year Follow-Up*. Journal of Traumatic Stress.(32) 156-166. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jts.22370>

Martínez, P., Conchado, A., Andreu, Y., Galdón, M. (2019). *Psychometric properties of the Brief Symptom Inventory-18 in a heterogeneous sample of adult cancer patients*. Revista Latinoamericana de Psicología 51(1) 1-8. Recuperado de: <https://editorial.konradlorenz.edu.co/2019/04/psychometric-properties-of-the-BSI-in-a-sample-of-adult-cancer-patients.html>

Martínez Villalba, M. A. (2016). *Efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual para el trastorno de estrés postraumático sin conductas de riesgo*. (Tesis de pregrado, maestría o doctoral). Universidad San Francisco de Quito, Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/5474/1/124515.pdf>

Mayo Clinic (14 septiembre de 2019). *Síntomas de estrés consecuencias en tu cuerpo y en tu conducta*. [Mensaje en un blog] Recuperado de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/stress-symptoms/art-20050987>

Montes, S. A., Ledesma, R. D., & Poó, F. M. (2011). *Evaluación psicométrica de una versión modificada de la Escala de Experiencias Disociativas (DES-M)*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 20(1), 67-90. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921807006.pdf>

Pérez A, Fernandez J, Rodríguez F, Amigo I (2008). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I Adultos*. Madrid, España. Editorial Pirámide.

Perry, B. y Szalavitz, M. (2007). *El chico a quien criaron como perro*. Madrid, España Capitan Swing Libros, S.L

Peterson, G. (2003). *Guidelines for the Evaluation and Treatment of Dissociative Symptoms in Children and Adolescents*. pp. 1-10. Recuperado de: [www.energyhealing.net/pdf\\_files/did\\_child\\_guidelines.pdf](http://www.energyhealing.net/pdf_files/did_child_guidelines.pdf)

Poseck, B., Carbelo, B., y Vecina, M. (2006). *La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático*. Papeles del Psicólogo. 27 (1), pp.40-49- Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827106>

Pradas (3 abril de 2019). *12 técnicas de Control Emocional*. [Mensaje en un blog] Recuperado de: [https://www.psicologia-online.com/12-tecnicas-de-control-emocional-2324.html#anchor\\_7](https://www.psicologia-online.com/12-tecnicas-de-control-emocional-2324.html#anchor_7)

Ringrose, JL (2011). *Satisfacer las necesidades de los clientes con trastorno de identidad disociativo: consideraciones para la psicoterapia*. British Journal of Guidance & Counseling ,(39) 293-305.. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03069885.2011.564606?scroll=top&needAccess=true>

Roda (11 de septiembre de 2017). *11 Pasos para expresar correctamente nuestras emociones*. [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <https://lamenteesmaravillosa.com/11-pasos-expressar-correctamente-nuestras-emociones/>

Robles, R., Páez, F. y Marín, M. (2011). *Trastornos disociativos, somatomorfos y facticios*. En Caballo, V., Salazar, I., Carrobles, J. Manual psicopatología y trastornos psicológicos (pp. 445-461). Madrid, España. PIRÁMIDE

Sar, V., & Öztürk, E. (2012). *Trastorno de identidad disociativo: diagnóstico, comorbilidad, diagnóstico diferencial y tratamiento*. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 3(2), 1-21. Recuperado de: [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Sar%2C+V.%2C+%26+%C3%96zt%C3%BCrk%2C+E.+%282012%29.+Trastorno+de+identidad+disociativo%3A+diagn%C3%B3stico%2C+comorbilidad%2C+diagn%C3%B3stico+diferencia+l+y+tratamiento.+Revista+Iberoamericana+de+Psicotraumatolog%C3%ADa+y+Disociaci%C3%B3n%2C+3%282%29%2C+1-21.&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Sar%2C+V.%2C+%26+%C3%96zt%C3%BCrk%2C+E.+%282012%29.+Trastorno+de+identidad+disociativo%3A+diagn%C3%B3stico%2C+comorbilidad%2C+diagn%C3%B3stico+diferencia+l+y+tratamiento.+Revista+Iberoamericana+de+Psicotraumatolog%C3%ADa+y+Disociaci%C3%B3n%2C+3%282%29%2C+1-21.&btnG=)

Sar, V., & Öztürk E. (2016). *Formation and Functions of Alter Personalities in Dissociative Identity Disorder: A Theoretical and Clinical Elaboration*. *J Psychol Clin Psychiatry*.6(6)Recuperado de: <https://medcraveonline.com/JPCPY/JPCPY-06-00385.pdf>

Serrano, González y Corbí. (2016). *Disociación, personalidad, sugestionabilidad, alexitimia y dificultades en la regulación emocional: un estudio correlacional*. *Clínica y Salud*. (27) 147-155. Extraído de: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v27n3/1130-5274-clinsa-27-03-00147.pdf>

Schmidt, E (2007). *Dissociative Identity Disorder*. *Abnormal Psychology*. (3141) 1-14  
Recuperado de: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED501858.pdf>

Sivak, R., Ponce, A., Huertas, A., Horikawa, C., Díaz, T., Zonis, R., y Zukerfeld, R. (2007). *Desarrollo resiliente y redes vinculares*. Premio APSA 2007. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Roberto\\_Sivak2/publication/276835450\\_desarrollo\\_resiliente\\_y\\_redes\\_vinculares/links/555a233c08ae980ca6117779/desarrollo-resiliente-y-redes-vinculares.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Roberto_Sivak2/publication/276835450_desarrollo_resiliente_y_redes_vinculares/links/555a233c08ae980ca6117779/desarrollo-resiliente-y-redes-vinculares.pdf)

Soler, J., Eliges, M., & Carmona, C. (2016). *Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica*. *Análisis y modificación de conducta*, (42) 35-49  
Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/60674377.pdf>

Zepeda Méndez, M., Nijdam, M. J., Ter Heide, F. J. J., Van Der Aa, N., & Olf, M. (2018). *A five-day inpatient EMDR treatment programme for PTSD: Pilot study*. *European Journal of Psychotraumatology*. (9) 1-11. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/20008198.2018.1425575?needAccess=true>

Zimbardo, P.G., Johnson, R.L., Weber, A.L. (2006). *Psychology: Core Concepts* (5th ed.). Boston: Allyn and Bacon.

Zorrilla Larrainzar, I., Santed Germán, M. A y Reales Avilés, J.M (2015). *Aplicación de EMDR en el Tratamiento de pacientes con sintomatología Traumática: Replicación con dos estudios de caso*. *Revista de Psicoterapia*, 26(101), 161-178. Recuperado de: <http://ojs.revistadepsicoterapia.com/index.php/rdp/article/view/36/2>

## Anexos

*Anexo 1: Tabla 1: Síntesis de las aportaciones de los autores para el tratamiento del TID y del TEPT*

| AUTOR              | TRATAMIENTO | ETAPAS  |
|--------------------|-------------|---|
| Marca et al (2019) | TID         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabilización del comportamiento, emociones y síntomas</li> <li>- Regulación emocional</li> <li>- Psicoeducación</li> <li>- Habilidades de afrontamiento</li> <li>- Procesamiento de recuerdos traumáticos</li> <li>- Aumentar actividades sociales y ocupacionales</li> </ul>      |
| Jongsma (2016)     | TID         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integración de las personalidades</li> <li>- Reducir frecuencia y duración de los trastornos disociativos</li> <li>- Recuperar plena memoria</li> <li>- Explorar fuentes de dolor emocional</li> <li>- Técnicas de relajación y respiración profunda</li> </ul>                      |
| Schmidt (2007)     | TID         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asumir la responsabilidad de las personalidades alternativas</li> <li>- Resolución de problemas y asumir conflictos básicos entre las voces internas</li> <li>- Dialogar recuerdos y experiencias traumáticos</li> <li>- Expresión verbal de los sentimientos y emociones</li> </ul> |
| Ringstone (2011)   | TID         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tener en cuenta el riesgo de autolesiones</li> <li>- Comprender sentimientos, sistema de carencias y acciones de las personalidades</li> <li>- Fomento de la comunicación</li> <li>- Psicoeducación</li> <li>- Confirmar la realidad del paciente</li> </ul>                         |

---

|   |      |   |
|---|------|---|
| Jongsma (2016)  | TEPT | <ul style="list-style-type: none"><li>- Evaluar frecuencia, intensidad y duración de los episodios</li><li>- Evaluar necesidad de medicación</li><li>- Psicoeducación</li><li>- Afrontamiento, reestructuración cognitiva, exposición en imaginación</li><li>- Técnicas de inoculación al estrés, relajación, juegos de rol</li><li>- Alternativas basadas en la realidad</li></ul> |
| Terapia dialectico conductual<br>(Soler, 2016; Bohus, 2013, Martinez, 2016) | TEPT | <ul style="list-style-type: none"><li>- Reducción de emociones primarias relacionadas con el trauma</li><li>- Reducir las emociones secundarias relacionadas con el trauma</li><li>- Promover aceptación del evento traumático</li><li>- Tolerancia a la frustración, regulación emocional, efectividad interpersonal, toma de conciencia</li></ul>                                 |
| EMDR<br>Zorrilla, Santed y reales (2015) (Brisson y Andrew, 2007)           | TEPT | <ul style="list-style-type: none"><li>- Procesamiento de la información</li><li>- Integración de recuerdos traumáticos</li><li>- Procesamiento adaptativo de la información (PAI)</li></ul>   |

---

## Anexo 2: Versión escala DES adaptada al español por Iacarán y Colom (1996)

### TRADUCCIÓN ESPAÑOLA DE LA *DISSOCIATIVE EXPERIENCES SCALE (DES)* (BERNSTEIN, E. Y PUTNAM, F.W., 1986)

#### Instrucciones

Este cuestionario consta de 28 preguntas que tratan sobre experiencias que pueden ocurrir en la vida diaria. Nos gustaría conocer la frecuencia con que usted tiene estas experiencias en condiciones normales, es decir, sin encontrarse bajo los efectos del alcohol o drogas.

Para contestar las preguntas señale con un trazo vertical sobre la línea de puntos. Si no hubiera tenido nunca una de las experiencias descritas marque la línea junto al 0% en caso de que la experiencia sea continua, junto al 100%. Señale en cualquier otro caso entre el 0% y el 100%. Gracias.

#### Ejemplo:

0% ..... / ..... 100%

Fecha ..... Edad ..... Nombre .....

1. Algunas personas tienen la experiencia de estar conduciendo un coche y de pronto se dan cuenta de que no se acuerdan de lo que pasó durante una parte o casi todo el viaje. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% ..... 100%

2. Algunas personas se dan cuenta de que a veces, escuchando una conversación, sin querer han dejado de percibir una parte más o menos extensa de la misma. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% ..... 100%

3. Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse en un lugar y no saber cómo llegaron hasta allí. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% ..... 100%

4. Algunas personas tienen la experiencia de encontrar que están vestidos con ropa que ellos no recuerdan haberse puesto. Marque en la línea qué porcentaje del tiempo le ocurre a usted esto.

0% ..... 100%

5. Algunas personas tienen la experiencia de encontrar entre sus pertenencias objetos nuevos que no recuerdan haber comprado. Marque en la línea de puntos qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% ..... 100%

16. Algunas personas tienen la experiencia de estar en un lugar familiar y sin embargo encuentran el lugar extraño y desconocido. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% ..... 100%

17. Algunas personas encuentran que cuando miran la televisión o una película, se absorben tanto en la historia que no se dan cuenta de otras cosas que ocurren a su alrededor. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% ..... 100%

18. Algunas personas se envuelven tan profundamente en una fantasía que les parece como si estuviera ocurriendo en realidad. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% ..... 100%

19. Algunas personas encuentran que pueden ignorar el dolor. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% ..... 100%

20. Algunas personas se encuentran a veces mirando al vacío, ensimismados, pensando en nada, y no se dan cuenta del tiempo que pasa. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% ..... 100%

21. Algunas personas notan que cuando están solos hablan en voz alta consigo mismos. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% ..... 100%

22. Algunas personas encuentran que en una situación actúan de una manera tan diferente comparada con otra que sienten como si fueran dos personas diferentes. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% ..... 100%

23. Algunas personas notan que, a veces, en ciertas situaciones pueden hacer cosas —que normalmente les resultarían difíciles— con sorprendente facilidad y espontaneidad (por ejemplo deportes, trabajos, situaciones sociales, etc.). Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% ..... 100%

24. Algunas personas a veces encuentran que no pueden recordar si hicieron algo o sólo pensaron en hacerlo (por ejemplo, no saben si mandaron una carta o sólo pensaron en mandarla.) Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% ..... 100%

25. Algunas personas se encuentran con la evidencia de que hicieron cosas que no re-

6. Algunas personas a veces son abordadas por otras que no conocen y que los llaman por otro nombre o insisten en conocerlos de antes. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% ..... 100%

7. Algunas personas tienen la experiencia de sentir como si estuvieran de pie junto a sí mismas, separadas del cuerpo u observándose a sí mismas hacer algo «desde fuera». Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% ..... 100%

8. A algunas personas les dicen que en ocasiones no reconocen a amigos o familiares. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% ..... 100%

9. Algunas personas se encuentran con que no tienen memoria de algunos eventos importantes de su vida (boda, servicio militar, etc.). Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% ..... 100%

10. Algunas personas tienen la experiencia de ser acusados de mentir y ellos estar convencidos de que no han mentado. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% ..... 100%

11. Algunas personas tienen la experiencia de mirarse en el espejo y no reconocerse. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% ..... 100%

12. Algunas personas tienen la experiencia de sentir que otras personas, objetos y el mundo que los rodea no parecen reales. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% ..... 100%

13. Algunas personas tienen la experiencia de sentir que su propio cuerpo no les pertenece. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% ..... 100%

14. Algunas personas tienen la experiencia de recordar un evento del pasado tan intensamente que sienten como si el evento estuviera ocurriendo en ese momento. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% ..... 100%

15. Algunas personas tienen la experiencia de no estar seguros de si algunas cosas que ellos recuerdan sucedieron en realidad o tal vez lo soñaron. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% ..... 100%

cuerdan haber hecho. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre a usted esto.

0% ..... 100%

26. Algunas personas encuentran notas y/o dibujos entre sus pertenencias que indudablemente han sido hechas por ellas, pero que no pueden recordar el haberlas hecho. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre a usted esto.

0% ..... 100%

27. Algunas personas pueden escuchar voces dentro de su cabeza que les dicen que hagan cosas o hacen comentarios sobre lo que estas personas están haciendo. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% ..... 100%

28. Algunas personas sienten como si estuvieran viendo el mundo a través de una neblina y que las personas y los objetos parecen lejanos y poco claros. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre a usted esto.

0% ..... 100%

#### Instrucciones para la valoración de los resultados de la Escala de Experiencias Disociativas

La puntuación de cada ítem se determina midiendo la distancia entre el punto 0% y la marca de 5 mm. más próxima al trazo vertical realizado por el sujeto. Esta medición se realiza con una pequeña regla. La puntuación total de la escala es la suma de todas las medidas parciales divididas por 28 (número total de ítems).

#### Ejemplo:

0% ..... / ..... 100%

En este caso, la puntuación de este ítem sería 7.5 (5 mm. menos de la marca del sujeto, que está sobre el 8). La línea ocupa un rango de 10 cm.

Anexo 3: Escala de Gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático- revisada (EGS-R) Echeburúa et. al (2016)

ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO-REVISADA (EGS-R) (Versión clínica) (Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, 2016)

|               |            |                    |       |
|---------------|------------|--------------------|-------|
| Nº:           | Fecha:     | Sexo:              | Edad: |
| Estado civil: | Profesión: | Situación laboral: |       |

**I. SUCESO TRAUMÁTICO**

Descripción: \_\_\_\_\_

**Tipo de exposición al suceso traumático**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Exposición directa   |
| <input type="checkbox"/> | Testigo directo  |
| <input type="checkbox"/> | Otras situaciones  |
| <input type="checkbox"/> | Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)    |
| <input type="checkbox"/> | Interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias) |

**Frecuencia del suceso traumático**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Episodio único  |
| <input type="checkbox"/> | Episodios continuados (por ej., maltrato, abuso sexual) |

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió?: \_\_\_\_\_ (meses) / \_\_\_\_\_ (años)

¿Ocurre actualmente?  No  Sí (indíquese el tiempo transcurrido desde el último episodio): \_\_\_\_\_ (meses) / \_\_\_\_\_ (años)

¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido?  No  Sí (especificar):

| Tipo de tratamiento      | Duración                                   | ¿Continúa en la actualidad?                             |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Psicológico _____ (meses) / _____ (años)   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| <input type="checkbox"/> | Farmacológico _____ (meses) / _____ (años) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |

Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia:  No  Sí  
 Revictimización a otro suceso traumático:  No  Sí  
 Secuelas físicas experimentadas:  No  Sí (especificar):

**2. NÚCLEOS SIMTOMÁTICOS**

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma.

| 0    | 1                               | 2                                   | 3                               |
|------|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| Nada | Una vez por semana o menos/Poco | De 2 a 4 veces por semana/ Bastante | 5 o más veces por semana/ Mucho |

| Reexperimentación |   | Valoración |
|-------------------|---|------------|
| Ítems             |   |            |
| 1.                | ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?   | 0 1 2 3    |
| 2.                | ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?  | 0 1 2 3    |
| 3.                | ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?   | 0 1 2 3    |
| 4.                | ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/ imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?  | 0 1 2 3    |
| 5.                | ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso? | 0 1 2 3    |

Puntuación en reexperimentación: \_\_\_\_\_ (Rango: 0-15)

| Evitación conductual/cognitiva |  | Valoración |
|--------------------------------|--|------------|
| Ítems                          |  |            |
| 6.                             | ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional? | 0 1 2 3    |
| 7.                             | ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?                         | 0 1 2 3    |
| 8.                             | ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?               | 0 1 2 3    |

Puntuación en evitación: \_\_\_\_\_ (Rango: 0-9)

| Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo |  | Valoración |
|--|--|------------|
| Ítems  |  |            |
| 9.   | ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?   | 0 1 2 3    |
| 10.  | ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?                               | 0 1 2 3    |
| 11.  | ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?               | 0 1 2 3    |
| 12.  | ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?                    | 0 1 2 3    |
| 13.  | ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?                      | 0 1 2 3    |
| 14.  | ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?                        | 0 1 2 3    |
| 15.  | ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)? | 0 1 2 3    |

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: \_\_\_\_\_ (Rango: 0-21)

126

ENRIQUE ECHEBURÚA, PEDRO J. AMOR, BELÉN SARASUA, IRENE ZUBIZARRETA, FRANCISCO PABLO HOLGADO-TELLO, JOSÉ MANUEL MUÑOZ.

| Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica |   | Valoración |
|---|---|------------|
| Ítems   |   |            |
| 16.   | ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?   | 0 1 2 3    |
| 17.   | ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?                            | 0 1 2 3    |
| 18.   | ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso? | 0 1 2 3    |
| 19.   | ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?  | 0 1 2 3    |
| 20.   | ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?                            | 0 1 2 3    |
| 21.   | ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?   | 0 1 2 3    |

Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica: \_\_\_\_\_ (Rango: 0-18)

Puntuación total de la gravedad del TEPT: \_\_\_\_\_ (Rango: 0-63)

**3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

| Síntomas disociativos |   | Valoración |
|-----------------------|---|------------|
| Ítems                 |   |            |
| 1.                    | ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?      | 0 1 2 3    |
| 2.                    | ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?                             | 0 1 2 3    |
| 3.                    | ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño? | 0 1 2 3    |
| 4.                    | ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?               | 0 1 2 3    |

Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos:  Sí  No

|   |  |
|---|--|
| Presentación demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso) | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |
|---|--|

ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS REVISADA (EGS-R) DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SEGÚN EL DSM-5 127

**4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO**

| Áreas afectadas por el suceso traumático |   | Valoración |
|--|---|------------|
| Áreas                                    |   |            |
| 1.                                       | Deterioro en la relación de pareja                  | 0 1 2 3    |
| 2.                                       | Deterioro de la relación familiar                   | 0 1 2 3    |
| 3.                                       | Interferencia negativa en la vida laboral/académica | 0 1 2 3    |
| 4.                                       | Interferencia negativa en la vida social            | 0 1 2 3    |
| 5.                                       | Interferencia negativa en el tiempo de ocio         | 0 1 2 3    |
| 6.                                       | Disfuncionalidad global                             | 0 1 2 3    |

Puntuación en el grado de afectación del suceso: \_\_\_\_\_ (Rango: 0-18)

*Anexo 4: Autorregistro situación/Pensamiento Automático/Emoción/Conducta  
(Hernando, 2014)*

**AUTO-REGISTRO**

| FECHA | SITUACIÓN   | PENSAMIENTO AUTOMÁTICO   | EMOCIÓN/ES  | CONDUCTA  |
|-------|---|--|---|---|
|       | Describe:<br>1. Lo que ha pasado.<br>2. Lo que estaba haciendo, pensando o imaginado. | 1. Escriba que pensamientos ha tenido.<br>2. Valore cuánto ha creído en cada uno de ellos. (0-100%). | 1. Especifique qué ha sentido (tristeza, ansiedad, rabia, ...etc.).<br>2. Valore la intensidad de cada emoción (0-100). | Especifique:<br>1. Lo que hace.<br>2. Cuánto dura su conducta.<br>3. Qué consecuencias tiene su comportamiento, qué pasa después. |
|       |   |  |   |   |

*Anexo 5: Video documental paciente con trastorno de identidad disociativo*

<https://www.youtube.com/watch?v=QEBSiPUG6K8>

Como se ha explicado anteriormente, como tarea para casa al final de la segunda sesión tendrá que visualizar este documental de 43 minutos acerca de una persona con trastorno de la personalidad disociativa. El objetivo de la visualización de este video es que la persona vea que su trastorno no es único y que hay más personas pasando lo mismo y experimentando una vida normal.

Durante la visualización de este documental que se le facilitará al paciente tendrá que apuntar todas las características, pensamientos o emociones con las que se sienta identificado para la siguiente sesión

*Anexo 6: Estilos de comunicación efectiva (Canelon, 2013)*

| Estilo           | Pasivo  | Agresivo  | Asertivo  |
|------------------|---|---|---|
| Tono de voz      | Débil, bajo, vacilante, ansioso, inseguro                 | Arrogante, sarcástico, condescendiente                              | Seguro, firme, directo, modulado, tranquilo                         |
| Postura corporal | Hombros caídos, encogido                                  | Tensa, rígida, crispada   | Abierta, relajada   |
| Expresión facial | Avergonzada, tímida, cabeza inclinada, mirada hacia abajo | Ceño fruncido, mirada fija, fría, amenazante                        | Directa, seria, interesada, genuina, cabeza alta, y contacto visual |
| Manos y brazos   | Manos nerviosas, hombros caídos, movimientos crispados    | Puños cerrados, amenazadores, movimientos rápidos, dedos acusadores | Manos relajadas, movimientos sencillos, informales, espontáneos     |

Anexo 7: Técnicas de control emocional (Pradas, 2019)

# Técnicas de control emocional

TÉCNICA 1

TÉCNICA DE REGULACIÓN DE PENSAMIENTO



TÉCNICA 2

TÉCNICA DE RAZONAMIENTO LÓGICO



## 1. TÉCNICA DE REGULACIÓN DE PENSAMIENTO

¿Cuándo usarla?

- Cuando hay un malestar mental y no podemos gestionar correctamente las emociones
- Cuando tenemos un "torrente de pensamientos", es decir, muchos pensamientos al mismo tiempo, incontrolados y muchos de ellos negativos que nos impiden encontrar una solución.

¿En qué consiste?

1. Detectar la corriente de pensamientos
2. Identificar una a una las ideas que se nos pasan por la cabeza
3. Apuntarlas en una libreta
4. Trabajar sobre las afirmaciones (prueba de verdad)

## 2. TÉCNICA DE RAZONAMIENTO LÓGICO

¿Cuándo usarla?

Muy relacionada a la sesión anterior. Se usa para analizar cada uno de los pensamientos que nos producen malestar y razonarlos lógicamente

¿En qué consiste?

Ejemplo práctico:  
Pensamiento: "Me he equivocado, soy estúpida y nunca hago nada bien"  
Emoción: Tristeza y rabia  
Razonamiento lógico: ¿hasta qué punto es cierta esa afirmación? ¿de qué me sirve pensar eso de mí? ¿qué puedo hacer para cambiar ese pensamiento?

### Información adicional:

- Las dos técnicas son complementarias y se trabajarán con el paciente en consulta. Practicaremos ejemplos de sus propios pensamientos para una mayor profundización de la técnica
- Se le recomendará ponerla en práctica cuando tenga emociones negativas por exceso de pensamientos incontrolados

(Pradas, 2019)

## Anexo 8: Expresión emocional

### COMO EXPRESAR MIS EMOCIONES



### Pasos para expresar correctamente las emociones:

1. Identifica la emoción y la sensación
2. Aprender a reconocer tus sentimientos
3. Presta atención a la reacción de tu cuerpo
4. Presta más atención a la respuesta emocional que a la situación. Solo se puede cambiar tu reacción, no la situación
5. Expresa tus emociones adecuada y proporcionalmente

¿Qué estoy sintiendo? ¿Que síntomas físicos estoy experimentando?



6. Realiza una vivencia experiencial con tu cuerpo. Señalar en qué parte del cuerpo está esa emoción y trata de tener una relación distinta
7. Ser honesto con lo que sientes y con lo que haces
8. Elige la mejor situación para expresarte
9. Utiliza una buena forma de comunicación
10. Ayúdate del cuerpo para expresar lo que sientes
11. Recordar que tu eres la persona que maneja los sentimientos

Examina la situación y las personas a tu alrededor y juzga si es el momento más adecuado para expresarte



### Juego de Rol:



(Roda, 2017)

Anexo 9: El estrés

# EL ESTRÉS

## ¿Qué es el estrés?

Es un mecanismo por el que el cuerpo se prepara para actuar ante situaciones nuevas, de gran exigencia o incluso peligrosas

Para ello, el cerebro segrega hormonas específicas para que estemos mas alerta, incrementa la tensión muscular y aumenta la frecuencia cardiaca

Hay diferentes niveles de estrés, cierto nivel de estrés es beneficioso cuando nos ayuda a adaptarnos a las circunstancias (emergencias o situaciones en las que tenemos que actuar rápido)

Lo malo es cuando el estrés perdura en el tiempo y ya no es una reacción puntual. Cuando sentimos que los problemas no terminan y estamos en estrés constante.

(KERN PHARMA, 2018)



## ¿Qué tipos de estrés hay?

(APA, 2020)

**ESTRÉS AGUDO**

- Tratable y manejable
- Agonía emocional
- Problemas musculares
- Problemas estomacales
- Sobreexcitación pasajera

**ESTRÉS AGUDO EPISÓDICO**

- Estilo de vida y personalidad
- Preocupación incesante
- Sobre agitación prolongada

**ESTRÉS CRÓNICO**

- Desgaste a largo plazo
- Estrés y presión interminable (costumbre)
- Afectación profunda a la personalidad
- Creencias y convicciones arraigadas
- Riesgo vital importante



## Efectos del estrés:

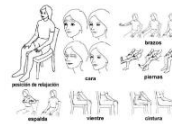
| En tu cuerpo              | En tu estado de ánimo         | En tu comportamiento                                  |
|---------------------------|-------------------------------|---|
| Dolor de cabeza           | ansiedad                      | Consumo de comida en exceso o por debajo de lo normal |
| Tensión o dolor muscular  | Inquietud                     | Arrebatos de ira                                      |
| Dolor en el pecho         | Falta de motivación o esfoque | Drogadicción o alcoholismo                            |
| Fatiga                    | Sentirse abrumado             | Consumo de tabaco                                     |
| Cambio en el deseo sexual | Irritabilidad o enojo         | Aislamiento social                                    |
| Malestar estomacal        | Tristeza o depresión          | Práctica de ejercicio con menos frecuencia            |
| Problemas de sueño        |                               |   |

(MAYO CLINIC, 2019)



## Técnicas adaptativas y de gestión del estrés

Relajación de Jacobson



- Pautas de consumo
- Actividad física
- Lazos sociales

Otras técnicas

(KERN PHARMA, 2018)



## Anexo 10: Técnica del reencuadre



Anexo 11: Resiliencia. (APA, 2020)

## LA CAPACIDAD RESILIENTE

Este documento es orientativo y se le explicará al paciente en consulta, al igual que poder hacer libre uso del mismo y consultarlo cuando quiera.

**¿Qué vamos a trabajar?**

1. ¿Qué es la resiliencia?
2. Aspectos a trabajar
3. Factores de la resiliencia
4. Formas de construir la resiliencia

## LA CAPACIDAD RESILIENTE

**¿Qué es la resiliencia?**

Es el proceso de adaptarse adecuadamente a la adversidad, un trauma, problemas familiares amenaza u otras situaciones que supongan un fuerte estrés

La resiliencia es ordinaria y no extraordinaria. Está presente en todos los individuos

Ser resiliente implica que las situaciones adversas te afecten ya que es normal, pero tener la capacidad de salir del drama y rehacer tu vida

## LA CAPACIDAD RESILIENTE

**Aspectos a trabajar en la resiliencia**

**Plan A  
Plan B  
Plan C**

- APRENDER DEL PASADO
- ACTITUD DE TOLERANCIA Y FLEXIBILIDAD
- LUGARES DONDE BUSCAR AYUDA
- CONTINUAR TU VIAJE

## LA CAPACIDAD RESILIENTE

**Factores en la resiliencia**

Hay factores que contribuyen a desarrollar la resiliencia

- Relaciones de apoyo y cariño familiar
- Hacer planes realistas y seguir los pasos para llevarlos a cabo
- Visión positiva de uno mismo, confianza y conocer tus fortalezas y debilidades
- Destrezas de comunicación y solución de problemas
- Manejo de sentimientos e impulsos fuertes

## LA CAPACIDAD RESILIENTE

**Formas de construir la resiliencia**

- Establecer relaciones
- Evitar ver las crisis como obstáculos insuperables
- Aceptar que el cambio es parte de la vida
- Moverse hacia las metas
- Llevar a cabo acciones decisivas
- Buscar oportunidades para descubrirse a uno mismo
- Cultivar una visión positiva de uno mismo
- Mantener las cosas en perspectiva
- No perder la esperanza
- Cuidarse a uno mismo

(APA, 2020)

Anexo 12: Terapia dialectico conductual en TEPT



## Terapia Dialectico conductual

Se trata de un documento orientativo que será explicado y aplicado en consulta con el paciente

La TDC se compone de 4 elementos

- Mindfulness o plenitud de consciencia
- Tolerancia al malestar
- Regulación emocional
- Efectividad interpersonal



## Terapia Dialectico conductual

### 1. MINDFULNESS O PLENITUD DE CONSCIENCIA

¿En qué consiste?



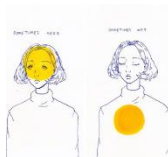
- Estar presente en cada acción, vivir el momento y la plenitud de consciencia
- Ver las cosas que suceden en el momento sin juzgar
- Observar todo lo que está pasando y describir lo que está viviendo
- Separar la parte cognitiva (pensamientos) con la realidad
- Mayor capacidad de atención y una percepción de la realidad mas acertada con lo que esta ocurriendo en el momento



## Terapia Dialectico conductual

### 2. TOLERANCIA AL MALESTAR

¿En qué consiste?



- Funcionamiento más conductual que cognitivo
- Se busca que las personas tengan un proceder distinto ante una situación que pueda generar malestar
- 1. El significado de una crisis
- 2. El malestar influye negativamente en las habilidades de afrontamiento
- 3. Disminuir el nivel de emoción hasta uno más tolerable
- Técnicas de distracción cognitiva, mindfulness, visión realista de las situaciones (cosas buenas y malas) y auto-consuelo



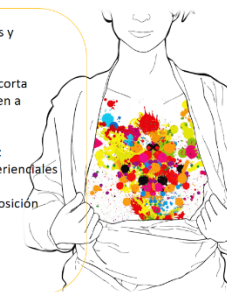
## Terapia Dialectico conductual

### 3. REGULACIÓN EMOCIONAL

¿En qué consiste?



- Incremento de las emociones positivas y reducción de las negativas
- Las emociones en general tienen una corta duración, son involuntarias y responden a estímulos internos y externos
- Las emociones tienen 3 componentes: Comportamentales, fisiológicos y experienciales
- PRINCIPIO DE ACCIÓN OPUESTA + exposición
- Resolución de problemas
- Reestructuración cognitiva



## Terapia Dialectico conductual

### 4. EFECTIVIDAD INTERPERSONAL

¿En qué consiste?



- Aprender a relacionarse de manera más saludable con los demás
- Desde la regulación emocional
- Mejor comunicación con los demás
- Saber escuchar y decir las cosas que uno busca
- Asertividad

