

UNIVERSIDAD CATOLICA DE VALENCIA
"San Vicente Mártir"

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA
GENERAL SANITARIA
TRABAJO FINAL DE MÁSTER

Programa de formación en técnicas de tratamiento del Trauma
Complejo para psicólogos clínicos y sanitarios

Presentado por:

Doña Bárbara Enguídanos Mañés

Director/a:

Dra. Esperanza Dongil Collado

Valencia, a 12 de Febrero de 2024

ÍNDICE

Introducción	1
Los acontecimientos traumáticos	1
Prevalencia de los eventos traumáticos	1
Aproximación al concepto de Trauma Complejo	2
Factores relacionados con el impacto del trauma.....	3
Clasificación diagnóstica del trauma complejo y conceptos relacionados	3
Factores clave para el desarrollo de Trauma Complejo	4
Eventos traumáticos en la infancia	4
Eventos traumáticos en adolescencia o adultez.....	5
Consecuencias derivadas del trauma complejo.....	5
Desregulación emocional	6
Conductas evitativas y pérdida de control.....	6
Consecuencias Fisiológicas	7
Disociación y rasgos psicóticos.....	7
Fragmentación de la personalidad	8
Funciones interpersonales.....	8
Instrumentos para la evaluación de Trauma Complejo y su sintomatología asociada.....	10
Tipos de tratamiento psicológico del trauma complejo	11
Terapia narrativa.....	11
Terapia Cognitiva	12
Regulación emocional	13
Exposición al trauma	14
Técnicas proyectivas.....	15
Establecimiento de redes de apoyo.....	16
Programas desarrollados para el tratamiento del Trauma Complejo	16
Objetivos del Trabajo Final de Máster.....	17
Metodología	18
Programa de formación.....	19
Justificación.....	19
Destinatarios o población diana	20
Objetivos del Programa de intervención en Trauma Complejo	21

Fases y estrategias del programa.....	22
Sesiones del programa.....	23
Sesión 1: Introducción al programa.....	23
Sesión 2: Técnicas de regulación emocional, respiración y visualización.	23
Sesión 3: Terapia cognitiva: tomar conciencia de lo corporal.....	24
Sesión 4: Terapia de exposición: Estableciendo contacto físico	24
Sesión 5: Terapia narrativa: Externalización del Síntoma.....	25
Sesión 6: Evaluación de redes de apoyo.....	25
Sesión 7: Caja de arena.....	26
Sesión 8: Evaluación y cierre del programa.	27
Delimitación de recursos	27
Evaluación del programa.....	27
Cronograma o temporalización	28
Análisis de viabilidad	28
Conclusiones	29
Referencias bibliográficas.....	31
Anexos	35

Resumen

Diferentes estudios e investigaciones han demostrado que el Trauma Complejo puede generar grandes efectos psicopatológicos sobre los individuos que lo sufren y dichos efectos pueden desarrollarse en cualquier etapa del ciclo vital. Se trata de un tipo de trauma de naturaleza interpersonal, donde el daño ocasionado se lleva a cabo por otro ser humano y se sufre de manera repetida, a lo largo del tiempo. Algunos ejemplos pueden ser el abuso sexual, maltrato, negligencia, abandono físico o emocional, violencia intrafamiliar, entre otros, y que puede conllevar consecuencias devastadoras con afectación de todas las áreas de la vida de la persona. El concepto de trauma complejo surgió en la comunidad científica al reconocer que ciertas experiencias traumáticas, especialmente las que tienen lugar de manera repetida o prolongada en el tiempo pueden tener efectos psicopatológicos mucho más profundos y duraderos que los traumas fortuitos que no vuelven a repetirse o experimentarse. Investigaciones recientes han recogido que solo en España, entre un 10% y un 20% de la población ha sido víctima de algún tipo de evento traumático, como abusos, violaciones, violencia intrafamiliar, etc., antes de los 13 años. Algunas de las consecuencias más frecuentes entre las personas que han sufrido Trauma Complejo son relaciones interpersonales inadecuadas, miedos, sintomatología ansiosa y depresiva, incapacidad para regular las emociones, vínculos afectivos desadaptativos y dificultades cognitivas entre otras. Este tipo de síntomas pueden poner freno a la construcción vital de la personalidad, especialmente si el trauma se produce en la infancia o adolescencia, dejando a las víctimas en una posición de indefensión sin capacidad de huida. Los alarmantes datos que ofrecen las estadísticas sobre la prevalencia del Trauma Complejo resaltan la importancia de ofrecer una adecuada formación a los profesionales de la salud mental. Por ello, en este trabajo se presenta una propuesta de programa formativo dirigido a profesionales de la salud mental, cuyo objetivo principal es instruirles en técnicas específicas de tratamiento psicológico de los síntomas y consecuencias psicopatológicas derivadas del Trauma Complejo.

Abstract

Different studies and research have shown that Complex Trauma can generate great psychopathological effects on the individuals who suffer it and these effects can develop at any stage of the life cycle. It is a type of trauma of interpersonal nature, carried out by another human being, which is suffered repeatedly, prolonged in time. Such as, for example, continued abuse, mistreatment, neglect, abandonment, or domestic violence, which can have devastating consequences affecting all areas of a person's life. Recent research has shown that in Spain alone, between 10% and 20% of the population has been a victim of some type of traumatic event, such as abuse, rape, domestic violence, etc., before the age of 13. Some of the most frequent consequences among people who have suffered Complex Trauma are inadequate interpersonal relationships, fears, anxious and depressive symptoms, inability to regulate emotions, maladaptive emotional bonds and cognitive difficulties, among others. This type of symptoms can put the brakes on the vital construction of the personality, especially if the trauma occurs in childhood or adolescence, leaving the victims in a helpless position with no ability to escape. The alarming data provided by statistics on the prevalence of Complex Trauma highlight the importance of providing adequate training to mental health professionals. Therefore, this paper presents a proposal for a training program aimed at mental health professionals, whose main objective is to instruct them in specific techniques of psychological treatment of the symptoms and psychopathological consequences derived from Complex Trauma.

Palabras clave: “Trauma Complejo”, “Factores traumáticos”, “tratamiento psicológico”, “intervención”, “síntomas”.

Keywords: "Complex Trauma", "traumatic factors", "psychological treatment", "intervention", "symptoms".

Introducción

Los acontecimientos traumáticos

Los traumas producidos por eventos traumáticos pueden manifestarse de diversas formas y generar reacciones diversas, dependiendo de la naturaleza del evento, la resistencia de la estructura psicológica del individuo, la duración del evento traumático y la frecuencia con la que se da. Por ello, superar un trauma dependerá de factores tanto biopsicosociales como de factores interpersonales relacionados con la capacidad individual para hacer frente a las adversidades y a la destrucción de la construcción vital (Pubill, 2023). Los traumas pueden clasificarse en dos tipos (Pubill, 2023; López-Soler, 2008):

El trauma tipo I puede describirse como un trauma imprevisto o de duración limitada o de corto plazo. Suelen ser causados por accidentes (coche, avión...) así como por actos humanos tales como robos o asaltos entre otros. También pueden deberse a desastres naturales (huracanes, terremotos, inundaciones...). Por otro lado, el Tipo II, se produce de forma repetida y prolongada en el tiempo y suele ser causado principalmente por el ser humano, a través de abusos, malos tratos, soldados en guerra, violencia física/psicológica continuada o enfermedades crónicas.

El trauma tipo II (Rauld, 2023) se describe como un tipo de experiencia insoportable, estresante y crónica ejercida sobre un sujeto por otro individuo. Ante todo se advierte de una experiencia de larga duración, repetitiva y con gran variedad de síntomas capaces de objetivar daño fisiopatológico y psicopatológico. Se puede entender que el sujeto ha sido superviviente de unos hechos que han marcado su vida, en donde aprende a que la vida puede resultar inminente y, por tanto, siempre debe situarse en una posición de defensa.

Prevalencia de los eventos traumáticos

En la actualidad, los datos que ofrecen diferentes estadísticas muestran una realidad donde el trauma es más común de lo que se conoce. Un informe ofrecido por UNICEF (2014) revela que 120 millones de niñas y niños en todo el mundo menores de 20 años habían sufrido relaciones sexuales forzadas. Por otra parte, un estudio realizado por Edwards, et al. (2023) destacó que un 21,6% de la población de EE.UU había sido víctima de abusos o violencia en la infancia. Centrándonos en población española, Pereda (2016) realizó una revisión sobre

vivencias traumáticas, en el que se estimó que entre un 10% y un 20% de la población había sido víctima de un evento traumático, como son abusos, violaciones, violencia intrafamiliar, etc. antes de los 13 años. Además, otro estudio (Ferragut et al., 2021) analizó la prevalencia de edad más frecuente asociadas a experiencias traumáticas, estableciendo que se daba a partir de los 6 años de edad. Otro trabajo (Marqués, 2022) realizado sobre la prevalencia del maltrato y violencia sufrida por personas de todo el mundo, concluyó que el 36% de la población había sufrido maltrato emocional, un 23% maltrato físico y un 16% negligencia física/emocional. En todos estos trabajos se ha demostrado que estos tipos de traumas vividos en la infancia suelen dejar una huella imborrable en los individuos, afectando a todas las áreas y etapas de su vida hasta (López-Castilla, 2022). Dadas las escandalosas cifras observadas, es más que evidente que el acceso a la salud mental es un recurso fundamental y la terapia un catalizador para la adecuada recuperación de las personas víctimas de traumas.

Aproximación al concepto de Trauma Complejo

El trauma complejo comenzó a despertar interés entre la comunidad científica a raíz de los grandes conflictos bélicos del siglo pasado (González-Vázquez, 2017), los cuales dejaron tras de sí trastornos psicológicos persistentes, que en muchos casos no se resolvían con el paso de los años. Además, también fueron cobrando poco a poco relevancia las situaciones de violencia intrafamiliar, las cuales pueden dejar heridas tan grandes como las causadas por la misma guerra. El trauma complejo es un fenómeno psicológico de gran impacto en la persona que lo sufre. Este tipo de trauma se manifiesta a raíz de una serie de experiencias traumáticas repetidas dirigidas a un sujeto que se siente atrapado y sin posibilidad de huir (López-Soler, 2008; Nieto y López-Casares, 2016). El concepto de trauma complejo surgió al reconocer que ciertas experiencias traumáticas, especialmente las que tienen lugar de manera repetida, pueden tener efectos psicopatológicos mucho más profundos y duraderos que los traumas simples o fortuitos que no vuelven a repetirse. Las consecuencias derivadas del trauma complejo pueden ser muy diversas, ya que las personas que lo sufren pueden tener dificultades asociadas al propio trauma, como también enfrentarse a desafíos relacionados con la formación de la propia personalidad, la regulación emocional o las relaciones interpersonales. (Cáceres y Crespo, 2019). La literatura señala que los dos factores principales que influyen en el grado de afectación causado por el evento traumático serán tanto las características *objetivas* del suceso (maltrato, negligencia, abandono, abusos, etc.), como las *subjetivas*, donde influye la interpretación personal sobre el suceso en sí (Morales, 2018).

Factores relacionados con el impacto del trauma

Es fundamental remarcar que el Trauma Complejo conlleva multitraumatización, puesto que el trauma, en mayor o menor medida, va a afectar a la totalidad de la persona y todas sus áreas, ya sea a corto, medio o largo plazo (Nieto y López, 2016). Por otro lado, existe un amplio abanico de autores (Van der Kolk et al. 2005; Liberman y Van Horn, 2005; Lecannelier, et al., 2021), que señalan que para que un trauma se considere Trauma Complejo, las traumatizaciones deben tener un origen interpersonal. Es decir, el sujeto es traumatizado por otro ser humano. Así, González (2017) sugiere que los traumas de tipo interpersonal son más dañinos, y producen trastornos más profundos en la identidad y las creencias del individuo, ya que el elemento central del trauma es la traición por parte de aquellos en los que hemos puesto nuestra confianza.

Clasificación diagnóstica del trauma complejo y conceptos relacionados

Respecto a la clasificación diagnóstica del Trauma Complejo, no aparece recogido por el momento en la DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Siendo el Trastorno de estrés Postraumático (TEPT en adelante) el que comparte mayor número de síntomas comunes. Si bien es cierto, que muchos autores consideran que el TEPT no recoge elementos que se consideran generadores de Trauma Complejo, por lo que consideran que debería desarrollarse su propia nosología. La principal diferencia entre ambos es la temporalidad, ya que el trauma complejo se deriva de un trauma prolongado y repetido en el tiempo, además de ser, generalmente, causado por factores interpersonales (Nieto y López, 2016).

En cuanto a la Clasificación CIE-11 (OMS, 2022), el término que más se asemeja al Trauma Complejo es el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C). Este trastorno, denominado como DESNOS por sus siglas en inglés (Disorder of extreme stress not otherwise specified), no fue recogido por las últimas adaptaciones del DSM-5, ya que no lograban diferenciarlo del TEPT. Aunque algunos estudios (Ford,1999; Curtis, 2008) indican que es posible la existencia de Trauma Complejo o DESNOS en ausencia de TEPT, remarcándolo como un trastorno con entidad propia. De acuerdo con los criterios del CIE-11 (OMS, 2022) las principales características de Trauma Complejo son: La desregulación de los afectos e impulsos, creencias de sentirse disminuido, derrotado o sin valor. La alteración de la autopercepción, sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionado con el evento

traumático, dificultades interpersonales y la alteración de la atención y la consciencia. Estos síntomas deben generar un malestar y un deterioro significativo en todas las esferas de la persona u áreas importantes del funcionamiento. Al mismo tiempo, para algunos autores (Van der Kolk et al., 2005) las principales áreas afectadas a nivel funcional por el Trauma Complejo son: la regulación emocional, la disociación y las dificultades interpersonales. Todas estas características mencionadas se describirán con mayor detalle en apartados posteriores.

Factores clave para el desarrollo de Trauma Complejo

Existen diversas clases de eventos traumáticos que pueden darse a lo largo de la vida de un individuo y que puedan favorecer la instauración de un Trauma Complejo. Dichos eventos pueden darse principalmente mediante dos formas: *Maltrato activo o violencia por acción*: situaciones en las que se genera un daño directo al sujeto, ya sea físico, psicológico o sexual. *Maltrato pasivo*: situaciones de abandono, negligencia u omisión de las necesidades básicas. Este tipo de eventos traumáticos, suelen darse con mayor frecuencia o tener su inicio durante la infancia. Aunque pueden darse también en la etapa adulta, e incluso a lo largo de todo el ciclo vital. A continuación, se describen algunos de los eventos que según la literatura pueden predisponer al desarrollo de un Trauma Complejo (Marqués, 2022):

Eventos traumáticos en la infancia

De acuerdo con López-Soler (2008) un evento traumático puede tener grandes consecuencias en la personalidad futura. Durante la infancia el impacto puede ser particularmente profundo. La inmadurez tanto biológica, como social y psicológica hacen a los niños más vulnerables, por lo que necesitan de un contexto seguro, estable y de protección. Por ello, cuando se dan condiciones inadecuadas, perjudiciales o hay presencia de un evento traumático, los efectos pueden ser devastadores y afectar a su desarrollo, llegando incluso a generar trastornos de personalidad, adaptación y un amplio abanico de *psicopatologías complejas* (Cervera et. al., 2020). Para Marqués (2022) las situaciones traumáticas que pueden resultar más impactantes son las interpersonales, debido al factor social que nos rodea desde el momento del nacimiento. Estas situaciones pueden ser especialmente perjudiciales si además se encuentran dentro del seno familiar, puesto que las personas que deben sustentar y proteger al niño, son las que están dañándolo, generando así una situación de ambivalencia. Tales situaciones pueden tener su origen en maltrato o violencia física/psicológica, abusos, violaciones o negligencia o abandono. Los menores son dependientes de sus cuidadores, y

generan vínculos de apego que les permite protegerse del mundo y desarrollarse física y emocionalmente. Según Gonzalez (2017), una de las peores batallas son las que lidian los muchos niños que se ven afectados por situaciones traumáticas y un entorno familiar hostil. Cuanto estas situaciones ocurren, dan lugar a un estilo de apego desorganizado.

Eventos traumáticos en adolescencia o adultez

Aunque la etapa infantil y la transición a la adolescencia hayan sido adecuadas, es posible que un adolescente o adulto pueda experimentar un evento traumático tan impactante que desarrolle un Trauma Complejo (Rothschild, 2015). Ejemplos de ello puede ser haber sufrido acoso escolar, entendiendo este como la violencia tanto física como psicológica que se da de forma continuada hacia un individuo por parte de otro individuo o un grupo de iguales. Puede darse en cualquier edad, pero está fuertemente presente en la población adolescente o juvenil, presentando unas estadísticas sobrecogedoras, ya que Marqués (2022) señala que prácticamente un tercio de la población lo ha sufrido. Por otro lado, podemos encontrar la violencia de género, entendida como la violencia ejercida sobre mujeres por parte de personas ligadas a ellas afectivamente. A través de esta violencia continuada se pretende someter a la mujer y tener un control absoluto sobre ella, generando el mayor daño posible, ya sea de forma física como psicológica (Marqués, 2022). Otras experiencias traumáticas pueden ser la exposición a la muerte o lesiones graves/violencia sexual continuada, exposición a la guerra, víctima de tráfico sexual o prisioneros de guerra, abusos sexuales o violaciones o personas sin apoyo social. Las vivencias de tales episodios pueden conllevar una enorme carga emocional, las cuales resultan intolerables e insostenibles para las personas que lo sufren, resultando en graves consecuencias en las que predomina el miedo, debilidad y vulnerabilidad.

Consecuencias derivadas del trauma complejo

Las consecuencias que se derivan de la vivencia de un trauma complejo son muy diversas, ya que el grado de afectación dependerá tanto de aspectos objetivos del suceso como de aspectos subjetivos. El establecimiento de relaciones interpersonales inadecuadas, miedos, sintomatología ansiosa y depresiva, incapacidad de regulación emocional, vínculos desadaptativos y dificultades cognitivas son algunas de las consecuencias más repetidas entre las personas que han sufrido Trauma Complejo. Todo ello genera un gran sufrimiento al individuo, estableciendo un patrón de funcionamiento muy rígido (Cudeiro, 2020). Algunas de las principales afectaciones que caracterizan el Trauma Complejo son las deficiencias en el

funcionamiento personal, como puede ser el sentimiento de vergüenza o la baja autoestima, sentimientos de culpa, derrota y fracaso, las cuales están estrechamente relacionadas con las deficiencias o alteraciones interpersonales. Las consecuencias más habituales según la literatura son las siguientes (Ungar et. al., 2021)

Desregulación emocional

Las emociones y las sensaciones son los sensores que nos guían para actuar ante el mundo. Si se atenúan o anulan, se pueden perder las referencias sobre lo que está ocurriendo y cómo nos afecta, actuando por tanto, desde un razonamiento lógico. Una parte fundamental del proceso de mejora de un paciente o de su recuperación es reconciliarse con las emociones y tener recursos para regularlas. Cada emoción (se considere buena o mala), tiene una función adaptativa.

Algunas de las emociones más características que pueden surgir a raíz de un trauma son el miedo (generando un estado de alerta permanente), la rabia y rechazo hacia los demás, la culpa, la cual puede bloquear o responsabilizar al individuo de situaciones no apropiadas, la vergüenza, la cual puede dificultar la adaptación y el funcionamiento adecuado con el entorno y finalmente, un constante estado de preocupación e indefensión (González, 2017).

Conductas evitativas y pérdida de control

Las situaciones traumáticas influyen en que los individuos eviten o supriman las emociones, ya que no pensar en todo el daño sufrido permite que el organismo siga funcionando. El problema surge cuando hay una situación que nos recuerda o traslada a ese momento, a esas sensaciones o emociones vividas, ya que el sistema nervioso puede incluso, llegar al colapso (González, 2017). El cerebro cuenta con la parte racional y ejecutiva, la cual ayuda al individuo a comprender el porqué de los sucesos. Por otra parte, el cerebro cuenta con la parte emocional, donde entran en juego las emociones y sensaciones de cada evento. Ambas partes deben establecer un equilibrio para que las personas puedan obtener un adecuado control de sus respuestas y comportamientos. El Trauma Complejo en muchas ocasiones arrebató la sensación de control que un individuo tiene sobre sí mismo y el mundo. La pérdida de control implica que una persona no es libre de saber y sentir sin que se sientan superados, avergonzados o que lleguen al colapso. Es fundamental que durante el proceso clínico se ayude al paciente para que recupere esa sensación de control y vuelva a ejercer control sobre su cuerpo y mente. (Van der Kolk, 2020).

Consecuencias Fisiológicas

En el momento en que un individuo se enfrenta a una situación traumática, el organismo responde con un aluvión de cambios fisiológicos con el fin de que se pongan en marcha las defensas programadas por el cuerpo. El pulso aumenta, la respiración se acelera, el tono muscular cambia, se liberan neuroquímicos (modificando la fisiología cerebral) que altera la homeostasis y se pone en situación de alerta. Cuando estas situaciones se dan de forma persistente, el cuerpo aprende a vivir a través de la supervivencia como una forma de adaptarse al medio que le rodea (Nieto y López, 2016). Por otra parte también se destaca que, en el momento en que el Trauma se encarna a través del mismo cuerpo, es decir, cuando se dan situaciones como violaciones, abusos, incestos, violencia física, torturas, o incluso maltrato psicológico (desprecios, humillaciones...) se pueden desarrollar casos de enfermedades graves, donde se compromete la integridad fisiológica de la persona, generando así un elevado malestar o sensación de dolor. Algunos de los síntomas físicos según Gonzalez (2017) son la parálisis, movimientos involuntarios, alteración de la sensibilidad o pérdida de agudeza en la vista o el oído. Otros autores (Pubill, 2023) destacan algunas de las manifestaciones propias del Trauma Complejo, como pueden ser la alteración en las sensaciones interoceptivas (despersonalización y desfocalización), síntomas de ansiedad (ahogos, sudoración o palpitaciones) e incluso el desarrollo de enfermedades psicosomáticas como pueden ser el síndrome del colon irritable, psoriasis, asma o lumbalgia entre otras.

Disociación y rasgos psicóticos

Cuando un individuo se enfrenta a la vida cotidiana tras un evento traumático, es necesario que se gestionen las experiencias de forma que le causen el menor impacto posible, siendo la disociación el más frecuente. A raíz de esto puede sufrir *despersonalización* y *desrealización*, acompañados de una desconexión emocional con el fin de no sentirse desbordado (Pubill, 2023). Tanto la disociación como los rasgos psicóticos son manifestaciones potenciales del Trauma Complejo. Se puede manifestar a través de flashbacks unidos a alucinaciones, alucinaciones auditivas o presencia de paranoias al igual que estar en constante estado de hipervigilancia. Por otra parte, pueden presentar una disociación completa, donde hay una pérdida de la conciencia del entorno, estados de trance, o fallos de memoria o amnesia completa del evento traumático (Ungar et. al., 2021). Cuando un individuo sufre un gran número de experiencias adversas graves, puede producirse la disociación, la cual puede definirse según Gonzalez (2017) como la “dificultad para recordar un suceso, la desconexión

del cuerpo, las emociones o el entorno, o síntomas corporales diversos”. Un gran ejemplo de ello es cómo algunas víctimas son capaces de verse desde fuera de su cuerpo durante una agresión.

Las consecuencias de ello pueden ser lagunas en la memoria, tanto en el día a día como de las propias experiencias traumáticas, además de sentir con extrañeza las sensaciones corporales internas y externas, viviendo de forma mecánica y automática. Además, si el daño que se sufre es continuado, poner el foco en los sentimientos puede ser un “lujo” que no se pueden permitir, ya que la desconexión pasa a ser un patrón habitual de funcionamiento. (Nieto y Casares, 2016). Un ejemplo de ello puede ser el niño que tiene un padre maltratador. En este caso el niño puede presentar sentimientos dicotómicos, por un lado, amando a su padre (puesto que es el único que tiene), y por otro, odiándole por el dolor que le causa. Por tanto, la mente pone en marcha el mecanismo de fragmentación de la conciencia, apartando los recuerdos del trauma y quedando solo los aspectos positivos, los cuales volverán a aparecer en el momento que se dé de nuevo el abuso (González, 2010).

Fragmentación de la personalidad

Según Ungar et. al., (2021), a causa de la vivencia de un Trauma Complejo se puede desencadenar un incorrecto desarrollo de la personalidad o que se altere la ya existente en función del momento evolutivo en el que se sufre el trauma. Estas alteraciones pueden generar una despersonalización o fragmentación de la personalidad que afectará al correcto funcionamiento del organismo ante el entorno que le rodea. La fragmentación de la personalidad puede ser tan fuerte que rompa en pedazos la mente, creando *diferentes partes del “yo”* y enfrentándolas unas a otras. Los tipos de partes pueden ser muy variables, incluso llegando a representar diferentes edades cronológicas. Según González (2017) se puede dar una profunda alteración en las creencias que cada individuo tiene sobre sí mismo, sobre el entorno y sobre los impulsos o percepción de los demás. Cuando un individuo ha disgregado su “yo” del presente de su “yo” del pasado, el cual ha sufrido el trauma, se encontrará con la memoria traumática, recordando cada día las heridas que no pueden cicatrizar (Pubill, 2023).

Funciones interpersonales

Las disfunciones que se pueden presentar dentro de esta área son, las dificultades persistentes para establecer relaciones, dificultades en el establecimiento de un sentimiento de unión o cercanía, tienden a evitar las relaciones íntimas, al igual que presentan poco interés o

compromiso en general por las personas. Además, presentan dificultades en la capacidad de comprensión y asimilación de las perspectivas ajenas, como puede ser la dificultad de mentalizar, falta de empatía o dificultad en la cognición social (Ungar et. al., 2021). Los apoyos interpersonales pueden contribuir a la recuperación ante un evento traumático, ya sea durante el mismo evento, como con el apoyo ofrecido después. Por ende, también pueden tener el efecto contrario, empeorando la situación y generando emociones inasumibles.

Por otro lado, López-Soler, (2008), basándose en un estudio realizado por Van der Kolk (2005) propuso una serie de alteraciones sobre el Trauma Complejo que se pueden resumir en la siguiente tabla:

Tabla 1

Alteraciones derivadas del Trauma Complejo.

ÁREA ALTERADA	DIFICULTADES
APEGO	Dificultades en el establecimiento de límites Desconfianza y suspicacia Dificultades interpersonales Dificultades emocionales
BIOLÓGICAS	Analgesia Somatizaciones Dificultades médicas acrecentadas
REGULACIÓN EMOCIONAL	Dificultades en la autorregulación emocional Dificultades de expresión de emociones/sentimientos Dificultad en el reconocimiento de las emociones/sentimientos Dificultad de reconocer estados emocionales internos
DISOCIACIÓN	Amnesia Estado de conciencia alterado Despersonalización y desrealización Diferentes estados de conciencia Fallos en la memoria
CONTROL	Dificultad en la regulación de impulsos Conductas destructivas Agresividad Dificultad de aceptar las normas Excesiva sumisión

COGNICIÓN

Dificultades en la atención y las funciones ejecutivas
Dificultades en la planificación y constancia de tareas
Dificultad en el establecimiento de responsabilidades
Dificultades de aprendizaje..

AUTOCONCEPTO

Percepción de uno mismo alterada
Alteración de la imagen corporal
Baja autoestima
Sentimientos de vergüenza y culpa

Fuente: López-Soler (2008) Las reacciones postraumáticas en la infancia. Revista de psicopatología y psicología clínica, 13, 3 (159-174)

Cabe destacar que los síntomas pueden aparecer tanto en la adultez como en la infancia, pero la sintomatología más característica en los menores tiende a ser la regulación de los impulsos (generalmente agresividad y rabia) y problemas en el campo de la afectividad, como puede ser ansiedad, dificultades en la expresión emocional, problemas de atención, concentración y conciencia, dificultades en las relaciones interpersonales, problemas psicosomáticos y alteración de la imagen de los individuos que han ejercido el trauma (justificación de los hechos, idealización, negación de la realidad...) (López Soler, 2008).

Instrumentos para la evaluación de Trauma Complejo y su sintomatología asociada.

Algunos de los cuestionarios o instrumentos de medida que pueden emplearse para evaluar específicamente los criterios y sintomatología del Trauma Complejo establecidos por la CIE-11 (OMS, 2022) son los siguientes:

Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT) (Crespo, et. al., 2020): Se trata de un cuestionario multidimensional para mayores de 18 años. Está compuesto por 180 ítems divididos en 5 bloques: sintomatología postraumática, sintomatología frecuentemente asociada con el trauma, alteraciones de las creencias negativas, deterioro en el funcionamiento e inconsistencia en las respuestas o distorsiones. Evalúa de forma integral la sintomatología postraumática, con el fin de valorar y orientar en la futura intervención.

EGEP-5. Evaluación Global de Estrés Postraumático (Crespo, et al., 2017): Se trata de un autoinforme para mayores de edad que permite evaluar los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) del DSM-5 tales como: Síntomas intrusivos, Evitación, Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo y Alteraciones en la activación y reactividad.

Escala de Experiencias Disociativas: Taxón (DES-T) (Gonzalez-Riva, 2023): escala compuesta por 8 ítems que miden síntomas específicos de la disociación patológica, tales como desrealización, despersonalización y alteración de la identidad.

Tipos de tratamiento psicológico del trauma complejo

A continuación, se describen diferentes *tipos de intervención y algunas técnicas señaladas en la literatura* que pueden ser efectivas para hacer frente a los síntomas derivados del Trauma Complejo (como la terapia cognitiva, la terapia narrativa, la exposición al trauma, o la regulación emocional). Igualmente se describen algunas *técnicas coadyuvantes o complementarias* al proceso terapéutico (externalización del problema, toma de conciencia, respiración y visualización, caja de arena, entrar en contacto y psicoeducación) que se da entre paciente y terapeuta, resaltando que dichas técnicas deben emplearse en el marco de un abordaje basado en la evidencia y un establecimiento de un vínculo terapéutico adecuado.

Terapia narrativa

La Terapia Narrativa (White y Epston, 1980) es un abordaje terapéutico de orientación constructivista donde cada individuo construye su vida e identidad a través de la verbalización de historias personales a las que va dando diferentes significados. Es una técnica muy útil para abordar el Trauma, ya que logra separar el problema, disminuyendo así su sentimiento de culpa y vergüenza, y potenciando sus virtudes. Se puede lograr un sentimiento de control y sentimientos de aptitud. La función del terapeuta es “ayudar a la reconstrucción de las historias, a través de preguntas, en lugar de interpretaciones o afirmaciones con una secuencia útil para el alivio”, a través de un proceso de acercamiento respetuoso y sin culpas (Losada y Faga, 2022).

Una de las técnicas de la terapia narrativa que puede resultar de utilidad en el tratamiento del Trauma Complejo es la externalización del problema, la cual se expone a continuación.

Externalización del problema

A través de esta herramienta los problemas son vistos como síntomas o manifestaciones separadas de sí mismo, algo externo de él o ella que están afectando a su vida. White y Epston, 1980) refieren que cuando la gente habla de sus problemas como entidades separadas, experimentan una diferencia casi inmediata y cambian la perspectiva. Se sienten menos

culpables y que hacen algo para cambiarlo. Si bien es cierto que, cuando un individuo ha sufrido un trauma, en su narrativa puede expresar culpabilidad y vulnerabilidad. Por lo que es fundamental, (Pubill, 2023) seguir unos pasos previos (crear un adecuado vínculo terapéutico y explorar la tolerancia al malestar y capacidad de autogestión) y unos pasos posteriores a la intervención (adentrarse en la identidad, establecer herramientas de “curación” de las heridas y enfocarse en el futuro).

Terapia Cognitiva

La reestructuración cognitiva es una técnica de la terapia cognitiva basada en la evidencia de orientación cognitivo-conductual que explica la psicopatología como un proceso de aprendizaje desadaptativo. Este enfoque ha sido empleado a lo largo de la historia de la terapia de conducta como un tratamiento eficaz para abordar los síntomas derivados de los acontecimientos traumáticos. Las teorías del aprendizaje sostienen que el miedo experimentado durante el evento traumático (aprendizaje asociativo) se instauró debido a un proceso de condicionamiento clásico, y se mantiene debido a la evitación de las situaciones condicionadas (condicionamiento operante). Tras un evento traumático Cano-Vindel (2002) establece que es esencial que el paciente tome un papel activo y comience un proceso de aprendizaje, con el fin de dotarle de la información necesaria (papel de la cognición, procesos, estrategias...). Esto se logrará mediante técnicas como la psicoeducación y la toma de conciencia.

Psicoeducación

La psicoeducación es una herramienta derivada de la terapia cognitiva. Resulta de gran ayuda para poder combatir los efectos estresantes del trauma, ya que se logra que el individuo comprenda mejor todo lo que sucede o lo que sucedió (origen del trauma, sintomatología, opciones de tratamiento, recursos disponibles...), dando así una mayor sensación de control sobre sí mismo y su entorno. Gracias a la literatura se puede afirmar que la psicoeducación es una herramienta que ofrece muy buenos resultados respecto a las recaídas o inicio de patologías (Godoy, 2020).

Toma de conciencia

Otra técnica derivada de la terapia cognitiva consiste en favorecer el autoconocimiento de las personas ayudándoles a tomar de conciencia de sus sensaciones (Báguena, 2001). La

toma de conciencia del propio cuerpo pone en contacto a los individuos con su mundo interior. Por ello es fundamental observar las reacciones o emociones que van surgiendo, ya que esto permitirá cambiar la perspectiva y reaccionar de una forma diferente a la que el cuerpo está habituado (Van der kolk, 2020). Las personas que han sufrido traumas suelen tener miedo a sentir, ya que “el enemigo ahora no es el autor de los hechos, sino sus propias sensaciones” (p. 204). El miedo a estas sensaciones desagradables hacen que queden “secuestrados” y que el cuerpo y la mente se congelen y apaguen. El primer paso para modificar esta sensación es abrirse a las sensaciones físicas y emociones, observarlas y ponerles etiquetas, con el fin de diferenciarlas de las atemporales. Una vez toleremos y seamos conscientes de lo que se está sintiendo en el presente, se podrá abrir el pasado. Según Baguena (2001) si se combinan las técnicas cognitivas junto a las técnicas de exposición favorecerá que el individuo aprenda las falsas creencias derivadas del evento traumático y se puedan sustituir por creencias adaptativas y beneficiosas. Es por ello que integrar los recuerdos traumáticos es fundamental para dejar de lado los demonios del pasado.

Regulación emocional

Según Gross (1999) puede definirse la regulación emocional como “aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emocionales que tenemos, sobre cuándo las tenemos y sobre cómo las experimentamos y las expresamos” (p.275). También puede definirse como un “proceso a través del cual los individuos modulan sus emociones y modifican su comportamiento para alcanzar metas, adaptarse al contexto o promover el bienestar tanto individual como social” (Gómez y Calleja, 2016). Las emociones son desencadenadas cuando una situación se interpreta como relevante, movilizándolo así al individuo para entrar en acción ante un estímulo. Estas emociones, si son expresadas, ponen en funcionamiento los recursos internos para combatir adecuadamente contra los eventos estresantes, pero, si en caso contrario, el individuo no es capaz de regular sus emociones, puede causar un desequilibrio fisiológico y/o psicológico.

En relación al Trauma Complejo, Ungar et al. (2021) establece que los rasgos que pueden darse son la *desregulación emocional reactiva* (lo que implica arrebatos violentos, conductas autodestructivas, actitudes imprudentes) o *desconexión y embotamiento emocional*. Las personas afectadas tienden a desarrollar emociones desagradables o quedar emocionalmente insensibilizados, generando así reacciones postraumáticas incomprensibles y

abrumadoras y llevando a una sensación de falta de control absoluto sobre sí mismos. Si se realiza un trabajo de regulación emocional, donde el paciente es capaz de comprender sus emociones y es capaz de tener un control sobre ellas, comenzará a notar mejoras en el procesamiento de los recuerdos, aumento de la conciencia y a generar una cartografía de sus emociones y sentimientos (Van der Kolk, 2020).

Debido a la alta intensidad de las emociones que se pueden generar en el tratamiento del Trauma Complejo, es importante manejar la técnica de respiración consciente y la visualización, las cuales se desarrollan a continuación:

Respiración y visualización

La técnica de la respiración es un método eficaz para la relajación y distensión muscular, ayuda a recuperar el contacto consigo mismo y que sea capaz de sentir con una mayor riqueza las emociones y sentimientos. Los músculos que componen el cuerpo son el almacén de la mente (Rodríguez y Pérez, 2009). Es por ello que debido a situaciones traumáticas, el cuerpo puede estar en contraste tensión (posturas rígidas, respiración agitada...). A través de la técnica de visualización se pretende que el individuo tenga un acercamiento a su interior a través de su capacidad imaginativa. Se generan situaciones mentales que ayudan a gestionar momentos pasados y presentes.

Exposición al trauma

La exposición al trauma puede ayudar a romper la asociación entre el estímulo y respuesta emocional, lo que promueve la disminución de la respuesta o su extinción (Baguena, 2001). La exposición conlleva entrar en contacto con las sensaciones desagradables. Resulta muy útil para aprender que los estímulos asociados al evento traumático no pueden causar daño, ya que recordar no implica revivir. Además, se puede producir habituación a la ansiedad, lo que le genera una sensación de mayor control. Las técnicas más utilizadas son la desensibilización sistemática y la exposición prolongada (Jaycox y Foa, 1996). En este sentido, se ha desarrollado la técnica de “entrar en contacto” que se comenta a continuación:

Entrar en contacto

Esta técnica ha sido desarrollada por Van der Kolk (2020), a raíz de investigaciones establecidas por Pierre Janet en 1893 (pionero en la exploración del trauma y psicoterapia

sensoriomotriz). Se trata de una herramienta básica para el tratamiento de las personas que han sufrido un evento traumático y ayuda a los pacientes a tomar conciencia de sus sensaciones y emociones de una forma segura y en un entorno controlado. Como expresa este mismo autor, el tacto es el instrumento más básico que tienen los seres humanos para regularse (caricias, abrazos y mecimientos). Se trata de una estrategia que podría ser muy invasiva, por lo que hay que aplicar este tipo de técnicas con sumo cuidado y respetando las decisiones del paciente, ya que antes de establecer una conexión corporal, es fundamental establecer una conexión personal, ampliando así su ventana de tolerancia. Las personas que han sufrido verdadero terror, muestran las emociones en su cuerpo, la mayoría de veces tensando su cuerpo. Cuando la tensión corporal es liberada, pueden soltarse los sentimientos que han estado ocultos tras esa tensión. Es fundamental establecer los límites entre el interior (su propio cuerpo) con el exterior (el mundo). Esta técnica les ayuda a descubrir que no deben estar en constante tensión, saber dónde se encuentran y les permite sentirse seguros.

Técnicas proyectivas

Las técnicas proyectivas tienen un largo recorrido en la historia de la psicología. Fueron impulsadas por figuras como Adler Rorschach o Sigmund Freud entre otros, y se han abierto camino hasta la actualidad, las cuales están respaldadas por una gran cantidad de investigadores como técnicas eficaces ante el tratamiento del trauma (Bell, 1980). Este tipo de técnicas “se categorizan como un método de expresión del inconsciente y de las perspectivas internas” (Celener. 2007, p.18). A continuación, se muestra una técnica de exploración el Trauma Complejo y su sintomatología:

Caja de arena

La creación de esta técnica puede atribuirse a las autoras Lowenfeld y Klaff en los años 20, ideando un entorno facilitador y seguro para que tanto niños como adultos pudieran construir su propio mundo. Carl Gustav Jung presenció la creación de esta técnica, teniendo él mismo una aproximación jungiana llamada *sandplay* (método de terapia de juego) (Gonzalo, 2013). La técnica de Caja de arena (Gonzalo, 2013) permite a los niños y a los adultos mostrar tanto los puntos en los que emocionalmente sienten conflicto, como los que sienten como fortalezas, o puntos fuertes. Es por tanto un potenciador de la resiliencia, ya que pone de manifiesto las fortalezas de la persona enfocando el trauma desde el punto de vista positivo y no desde la patología. Se trata de una técnica para “estar con” el paciente y que el terapeuta

actúe como facilitador con el fin de que el paciente pueda hacer un *insight* y acceder al inconsciente, permitiendo así comprender aspectos de los que antes no podía ser consciente. Según Gonzalo (2013, p.21) “hay vivencias y emociones que no se pueden poner por palabras. Hay contenidos mentales que están en el ámbito sensorial. Y hay sucesos o acontecimientos que las palabras no pueden decir sin herir o traumatizar. Para todos estos aspectos es una técnica adecuada para intervenir en trauma.”

Establecimiento de redes de apoyo

Según Van der kolk (2020), los estudios demuestran que tener una buena red de apoyo constituye la protección más poderosa contra quedar traumatizado, ya que nuestros vínculos de apego (como familiares o amigos) ayudan a establecer un lugar seguro. Ante un individuo traumatizado, es esencial retomar los vínculos, con el fin de que le proporcionen seguridad ante las emociones y sentimientos causados por el trauma, es por ello que “debemos encontrar a alguien en quien confiamos lo suficiente para que nos acompañe, alguien que pueda sostenernos y nos ayude a escuchar los dolorosos mensajes de nuestro cerebro emocional” (p. 207). Se debe establecer por tanto un “ancla” que permita al individuo explorar sus experiencias más dolorosas sin miedo a sentir vergüenza.

A modo de resumen, en el anexo 14 se muestra una tabla sobre las diferentes técnicas descritas vinculadas a los criterios recogidos en CIE-11 (OMS, 2022) y a las consecuencias derivadas del Trauma Complejo, así como la eficacia sobre cada una de las consecuencias específicas señaladas en la literatura y descritas en apartados anteriores, las cuales se desarrollarán en el apartado de metodología dedicado al desarrollo del programa del presente trabajo.

Programas desarrollados para el tratamiento del Trauma Complejo

Además de los tipos de tratamiento psicológico y técnicas basadas en la evidencia descritas en el apartado anterior, también se han encontrado en la literatura revisada algunos programas orientados al abordaje de este complejo trastorno. Por ejemplo, el Programa de “Terapia Grupal en pacientes con Trauma Complejo” de González (2021). Este programa está orientado a psicólogos y psiquiatras, el cual tiene el objetivo de formar a estos sobre qué es el Trauma Complejo, qué consecuencias tiene y cómo abordarla en un grupo de apoyo. Por otro lado se encuentra el programa de ALETEHIA (Masini y Curi, 2018), el cual está orientado a

intervenir con pacientes de Trauma Complejo a través de terapias alternativas, por lo que su evidencia no queda claramente establecida. Finalmente, se encuentra el programa de Gonzalez (2024) sobre Trauma Complejo, apego y disociación: el trabajo con traumatización compleja. Orientado a profesionales con formación avanzada en Trauma Complejo. Estos programas han servido de base para analizar los elementos imprescindibles para trabajar en terapia el Trauma Complejo, así como la distribución y contenido de las sesiones y su utilidad para tratar la sintomatología propia del Trauma Complejo.

Objetivos del Trabajo Final de Máster

A continuación, se muestran los objetivos planteados para la realización del presente Trabajo Final de Máster.

- Objetivo general 1: elaborar una propuesta de intervención dirigida a profesionales de la psicología con el fin de dotarles de recursos y herramientas para tratar las diferentes consecuencias o sintomatologías derivadas del Trauma Complejo.

A partir del establecimiento del objetivo general, se han desarrollado los siguientes objetivos específicos:

- Profundizar a través de la búsqueda documental sobre el Trauma Complejo, su etiología, sus posibles consecuencias y técnicas de afrontamiento más empleadas para asegurar la validez criterial a la hora de diseñar el programa de intervención.
- Fundamentar la importancia de dotar de herramientas, recursos y técnicas a los profesionales de la psicología para intervenir adecuadamente con los pacientes que cursan con Trauma Complejo.
- Ofrecer un programa de intervención a profesionales psicólogos que quieran intervenir con pacientes que cursan con sintomatología de Trauma Complejo.

Metodología

Con el fin de establecer la presente propuesta de intervención, se ha llevado a cabo una estrategia teórico-práctica basada en conocer las consecuencias psicopatológicas derivadas del Trauma Complejo. Tras una exhaustiva profundización y revisión de la literatura, se planteó la necesidad de abordar y formular la siguiente pregunta de investigación: ¿Se podría generar un programa de técnicas y estrategias a las cuales puedan acudir los profesionales de la psicología para intervenir con pacientes con Trauma Complejo? Una vez formulada dicha cuestión, se procedió a realizar la correspondiente búsqueda documental para fundamentar la respuesta.

Para el establecimiento de un adecuado marco teórico, se consultaron bases de datos como Ebsco, Psycinfo, Pubmed y Dialnet, así como en bibliografía complementaria desarrollada por autores reconocidos en el tratamiento del Trauma Complejo (OMS, 2022, Van der Kolk, 2005., Cudeiro, 2020 y Ungar et. al.). Algunas de las palabras clave que se han empleado para la búsqueda son “Trauma Complejo”, “DESNOS”, “Estrategias de afrontamiento” y “Técnicas de intervención”. En estas bases de datos se han podido encontrar documentos y datos relevantes (debido a su relevancia por autores e investigaciones de prestigio y ampliamente citados, o por, los cuales serán citados en la correspondiente bibliografía. Una vez finalizada la etapa de búsqueda, se procedió a redactar el marco teórico con el fin de que sirva de base a la propuesta del programa de intervención dirigido a profesionales de la psicología y la intervención en Trauma Complejo.

Programa de formación

Justificación

Las experiencias traumáticas pasadas tienen una gran influencia en el presente del individuo, ejerciendo un gran poder sobre su organismo y su manera de concebir el mundo que le rodea. Cuanto menor sea la comprensión y conciencia de lo ocurrido las consecuencias pueden ser mucho mayores. Abordar las consecuencias que se derivan del trauma complejo es un gran desafío para el campo de la psicología ya que en la literatura no se han encontrado por el momento programas o protocolos específicos orientados al tratamiento del trauma complejo. Sin embargo, existen diferentes técnicas y herramientas que han sido desarrolladas desde distintos enfoques al cognitivo-conductual y de regulación emocional, que pueden resultar de gran ayuda como técnicas complementarias o coadyuvantes, ampliando así el número de recursos y estrategias de intervención que los profesionales pueden emplear adaptándolos a cada caso concreto. En el tratamiento del trauma es fundamental dotar a los profesionales de un repertorio de conocimientos lo más amplio y actualizado posible, con recursos prácticos procedentes de la clínica de estos trastornos que puedan ofrecer un apoyo realmente eficaz a sus pacientes. Cada persona responde de forma única a un evento traumático. Por tanto, cada paciente puede presentar una sintomatología característica específica. Esta diversidad requiere que los psicólogos que aplican la intervención se adecuen a cada caso concreto, ofreciendo estrategias y enfoques de tratamiento adaptados y personalizados, no rígidos e inflexibles. Realizar una formación en recursos prácticos y dotar a los psicólogos de herramientas para intervenir en Trauma Complejo permite que estos profesionales dispongan de un mayor abanico de destrezas para cubrir estas necesidades específicas.

Es fundamental que los profesionales tomen conciencia de que antes de intervenir en trastornos tan complejos como los traumas, deben abordar otros aspectos fundamentales. Como el autocuidado, la regulación emocional y la comprensión hacia las propias reacciones, tanto pasadas como presentes, para progresivamente ir profundizando en el evento traumático hacia un proceso de cambio. El fin último de la terapia centrada en el Trauma Complejo es abordar todas las áreas vitales desestructuradas o dañadas y poder mirarlas con normalidad, encontrando un equilibrio que permita al individuo respetarse y cuidarse. A partir de ese punto, será más fácil abordar temas más específicos del suceso traumático. Es aquí, donde se ubica el presente programa, el cual tiene como objetivo principal proporcionar herramientas y

estrategias prácticas y especializadas que permitan a los profesionales abordar las complejas manifestaciones psicológicas de sus pacientes como consecuencia del Trauma Complejo.

Además, al equipar a los profesionales de estas herramientas, se potencian y fortalecen sus conocimientos para que así, puedan mejorar la calidad de la atención que prestan a sus pacientes, así como mejorar el vínculo terapéutico y el aumento de las posibilidades de recuperación. Dado que la psicología es un campo que está en constante evolución, es fundamental que los psicólogos estén al tanto de las nuevas terapias, enfoques, recursos y herramientas que han demostrado ser efectivas para el tratamiento del Trauma Complejo, así como tener la capacidad de adaptarse a las características únicas de cada paciente y la adecuación de la intervención. Es por ello que es fundamental comprender en profundidad el trauma complejo y sus implicaciones teóricas, ya que el conocimiento abre puertas para la mejora y el tratamiento de este.

Destinatarios o población diana

El presente programa de intervención está particularmente diseñado para psicólogos clínicos y sanitarios que se dedican a la intervención de personas afectadas por Trauma Complejo. Se pretende ofrecer una formación a los profesionales que permita una atención precisa y centrada en las necesidades específicas de los pacientes que han sufrido este tipo de trauma. El programa está concebido para grupos de unas 15 personas. En el caso de que el grupo fuera más numeroso, podría adaptarse la duración de algunas sesiones para que pueda ser viable. A continuación, se exponen los criterios de inclusión y exclusión del presente programa:

- Inclusión: el programa puede ser aplicado por psicólogos que han sido formados para la intervención con pacientes en un ámbito clínico o formados en psicología general sanitaria.
- Exclusión: el programa no se aconseja que sea aplicado por profesionales que no cuenten con la formación adecuada en psicología clínica o sanitaria puesto que requiere unos conocimientos específicos de este campo.

En cuanto a los criterios de inclusión y exclusión que deben tener en cuenta los profesionales que apliquen el programa, se han establecido los siguientes:

- Inclusión: el programa podrá ser aplicado a pacientes que cumplan parcial o totalmente los criterios de Trauma Complejo. Además, irá dirigido a población adulta.
- Exclusión: el programa no está indicado para pacientes que no cursan con los criterios establecidos de Trauma Complejo o para pacientes que sufran patologías tales como trastorno mental grave, depresión severa (a los cuales hay que derivar a salud mental) o cualquier otro trastorno mental.

Objetivos del Programa de intervención en Trauma Complejo

El objetivo general del programa es el siguiente:

- **Objetivo General:** Proporcionar herramientas y estrategias prácticas especializadas que permitan a los profesionales abordar las complejas manifestaciones psicológicas de sus pacientes como consecuencia del Trauma Complejo.

En cuanto a los objetivos específicos, están enfocados en disminuir o eliminar los síntomas que cursan con el Trauma Complejo y que aparecen recogidos en la CIE-11 (2020) y en los trabajos de otros autores reconocidos expertos en esta problemática. Se describen también las diferentes técnicas seleccionadas.

- **Objetivo Específico 1:** Mostrar a los psicólogos los pasos previos fundamentales antes de iniciar la intervención en Trauma Complejo.
- **Objetivo Específico 2:** Formar a los psicólogos en técnicas procedentes de la Terapia Narrativa con el fin de ayudarles a externalizar los síntomas traumáticos.
- **Objetivo Específico 3:** Entrenar a los psicólogos en técnicas propias de la Terapia Cognitiva para ayudarles a la toma de conciencia de los síntomas experimentados y el evento vivido, y abordar la alteración de la percepción derivada del Trauma Complejo.
- **Objetivo específico 4:** Mostrar a los psicólogos cómo regular los afectos e impulsos, así como la autopercepción y los sentimientos/emociones derivadas del evento traumático a través de técnicas de regulación emocional, respiración y visualización.

- Objetivo Específico 5: Dotar a los psicólogos de herramientas y técnicas de exposición específicas, como la toma de contacto, para hacer frente a las consecuencias derivadas del trauma, tales como la alteración de la atención y las emociones negativas derivadas de este.
- Objetivo Específico 6: Dar a conocer a los profesionales algunas técnicas proyectivas como la técnica caja de arena, procedente de la psicología analítica desarrollada por Carl Jung, con el fin de ayudarles a explorar su mundo interno de forma no directiva.
- Objetivo Específico 7: Formar a los psicólogos en el establecimiento de redes de apoyo seguras y adecuadas para personas que sufren Trauma Complejo.
- Objetivo Específico 8: Mostrar a los profesionales instrumentos de evaluación psicológica de los síntomas del Trauma Complejo.
- Objetivo Específico 9: Evaluar mediante un breve cuestionario los conocimientos adquiridos por los profesionales y la utilidad del programa para sus intervenciones.
- Objetivo Específico 10: Evaluar si el presente programa de formación ha resultado de utilidad para los participantes a los que va dirigido.

Fases y estrategias del programa

A continuación, se exponen las diferentes fases del programa:

- Fase 1: la etapa inicial del programa se enfoca en brindar información básica sobre la importancia que de aplicar el programa tras haber trabajado previamente con el paciente y haber establecido un vínculo terapéutico adecuado (anexo 2). Además, se administrará un breve cuestionario con el fin de evaluar los conocimientos previos de los profesionales sanitarios que acuden a la formación (anexo 1).

- Fase 2: a lo largo de esta fase de intervención/formación se ofrecerán diferentes técnicas y recursos a los psicólogos que deseen aumentar sus conocimientos con respecto a la intervención en Trauma Complejo. Esta fase consta de un total de 8 sesiones, las cuales tienen una duración de 60-120 minutos. Todas las sesiones planteadas irán acompañadas de sus correspondientes materiales para poderlas llevar a cabo (ver anexos).

- Fase 3: En esta fase se pretende evaluar a los psicólogos que han realizado la formación con respecto a sus conocimientos sobre intervención en Trauma Complejo y la eficacia del programa a través de un breve cuestionario (Anexo 13). Además, en esta fase se le presentarán los cuestionarios o instrumentos de medida que han resultado eficaces para evaluar Trauma Complejo.

Sesiones del programa

A continuación, se describen las ocho sesiones correspondientes a la segunda fase del programa

Sesión 1: Introducción al programa

Temporalización: 60 minutos

Objetivo: Mostrar a los psicólogos los pasos previos fundamentales antes de realizar la intervención en Trauma Complejo.

Materiales: Cuestionario breve de conocimientos previos (anexo 1) y PowerPoint introductorio al trauma complejo (anexo 2).

Descripción de la sesión: Para comenzar, el psicólogo realizará una presentación de sí mismo y del programa, encuadrando a los participantes dónde se encuentran y qué objetivos persigue el programa. Para continuar, se solicitará a los participantes que cumplimenten un breve cuestionario sobre los conocimientos que tienen sobre la intervención en Trauma Complejo, con el fin de evaluar posteriormente los conocimientos adquiridos. Finalmente, se presentará a los participantes un PowerPoint donde se introducirá el Trauma Complejo, abordando definición y características, la importancia de la psicoeducación a los pacientes, las estrategias y técnicas que se pueden utilizar, las cuales serán mostradas en las siguientes sesiones y los aspectos más importantes a tener en cuenta antes de abordar las sesiones planteadas (anexo 2).

Sesión 2: Técnicas de regulación emocional, respiración y visualización.

Temporalización: 120 minutos.

Objetivo: Mostrar a los psicólogos cómo regular los afectos e impulsos, así como la autopercepción y los sentimientos/emociones derivadas del evento traumático a través de técnicas de regulación emocional, respiración y visualización.

Materiales: PowerPoint, ficha de actividad y rotuladores de colores (anexos, 3, 4 y 5).

Descripción de la sesión: para comenzar, se presentará un PowerPoint sobre la regulación emocional en el Trauma Complejo: conceptos básicos y emociones predominantes a tratar sobre las técnicas de respiración y visualización como estrategia para regularlas (Anexo 3). Posteriormente, el psicólogo repartirá una ficha en la que trabajarán las emociones sobre eventos estresantes o traumáticos para los participantes. La ficha se dividirá en 4 apartados, en cada uno de los cuales tendrán que dibujar el evento escogido, posteriormente se pondrán por parejas para ponerla en común y finalmente, tendrán que rellenar en la misma ficha la emoción

principal de cada situación y escribir en rojo sobre el dibujo lo que hubieran necesitado (Anexo 4). Posteriormente, se le pedirá a cada participante que seleccione una de las situaciones de la ficha anterior y realice una práctica individual sobre respiración y visualización guiada por el psicólogo (Anexo 5). Finalmente, se realizará una puesta en común sobre qué les ha suscitado la realización de estas técnicas y se dará paso al turno de preguntas.

Sesión 3: Terapia cognitiva: tomar conciencia de lo corporal.

Temporalización: 120 minutos.

Objetivo: Entrenar a los psicólogos a través de la terapia cognitiva para la toma de conciencia con el fin de abordar la alteración de la autoconciencia y alteración de la percepción derivada del Trauma Complejo.

Materiales: PowerPoint de la sesión, bandejas de plástico o madera, conjunto de elementos sensoriales de olfato, tacto, gusto y oído (pelotas de goma, bolas de pelo, sonajeros, plumas, hierbas aromáticas, chocolate...) (anexo 6).

Descripción de la sesión: Para comenzar, se expondrá un PowerPoint introductorio de la sesión, en la que se plasmará el concepto de terapia cognitiva y de la importancia de la conciencia corporal para tratar el trauma. Posteriormente, se realizará una práctica, en la que se le presentará a los participantes un conjunto de bandejas con diferentes elementos sensoriales (tacto, oído, olfato y gusto). Deberán ir pasando por las diferentes bandejas, tocarlos y seleccionar 1 elemento de cada una de las bandejas para realizar una práctica de toma de conciencia, en la que a través de una narración tendrán que ir centrando su atención en cada elemento y en las sensaciones que le generan en el cuerpo y sus reacciones emocionales (Anexo 6). Posteriormente, pondrán en común sus sensaciones y aportaciones con respecto a la utilidad de la sesión para tratar el Trauma Complejo.

Sesión 4: Terapia de exposición: Estableciendo contacto físico

Temporalización: 120 minutos.

Objetivo: Dotar a los psicólogos con herramientas y técnicas de exposición a través de la toma de la técnica de toma de contacto para hacer frente a las consecuencias derivadas del Trauma Complejo tales como la alteración de la conciencia, la atención y las emociones derivadas.

Materiales: PowerPoint de presentación de la sesión (Anexo 7).

Descripción de la sesión: para comenzar, se les presentará a los participantes el PowerPoint sobre la técnica de exposición centrada en el contacto corporal. Además, se les presentarán ejemplos de actividades para realizar en sesión (Anexo 7). Posteriormente, se pondrá en práctica la actividad 2 del PowerPoint de presentación. Se les pedirá que piensen en una situación concreta que pueda resultar incómoda físicamente a un paciente con Trauma Complejo (como por ejemplo, ir en el metro muy apretados y que todos te toquen). Los participantes tendrán que ponerse por parejas o tríos y se elegirá a un participante para que haga el rol de terapeuta, mientras que el otro/otros realizaran el papel de pacientes. Se pondrá en práctica y se realizará un diálogo socrático sobre el tema al finalizar la sesión, con el fin de analizar las diferentes opiniones, consejos, posturas o dudas de los participantes.

Sesión 5: Terapia narrativa: Externalización del Síntoma

Temporalización: 120 minutos

Objetivo: Formar a los psicólogos en técnicas de Terapia Narrativa con el fin de externalizar los síntomas traumáticos.

Materiales: PowerPoint de la sesión (anexo 8).

Descripción de la sesión: Esta sesión está subdividida en varias fases. En primer lugar, se realizará una breve introducción mediante una presentación en PowerPoint de la Terapia Narrativa. En concreto, de la técnica de Externalización del Síntoma: definición, fases previas a la intervención, tipos de externalización y aspectos importantes a tener en cuenta, etc. (anexo 8). A continuación, se pondrá en práctica por parejas. El psicólogo propondrá a cada pareja una historia a la que deben ceñirse para realizar un role-playing. Primero uno de ellos adoptará el rol de terapeuta y el otro de paciente. Seguidamente se planteará un cambio de roles (20 min/persona aproximadamente). En esta ocasión, uno de ellos utilizará la técnica de *cosificación* y el otro/a la de *personalización*. El psicólogo se acercará a todas las parejas mientras realizan la actividad para supervisar y responder dudas al respecto. Para finalizar la sesión, se dedicará un breve periodo de tiempo al planteamiento común de impresiones, dudas, aportaciones, etc.

Sesión 6: Evaluación de redes de apoyo

Temporalización: 60 minutos

Objetivo: Formar a los psicólogos en técnicas para la evaluación y establecimiento de redes de apoyo seguras y adecuadas en personas que cursan con sintomatología de Trauma Complejo.

Materiales: PowerPoint de presentación (Anexo 9) y ficha de la actividad en tamaño A4 (Anexo 10).

Descripción de la sesión: para comenzar, se les presentará un PowerPoint (Anexo 9), en la que se les mostrará tanto la introducción a la sesión, como las actividades que se pueden realizar con los pacientes para analizar y establecer redes de apoyo seguras ante el Trauma Complejo. Posteriormente, se realizará una práctica en la que deberán rellenar la ficha, en la que deberán colocar en un círculo concéntrico los nombres de las personas que consideran que están en sus vidas. En el centro se encontrará la persona, los círculos más cercanos al centro representarán las personas más cercanas y más importantes para el participante, y conforme se van alejando los círculos, las personas más lejanas. Posteriormente, se analizará cada una de las personas que se ha situado en el círculo más cercano para poder analizar la figura de mayor seguridad o de mayor apego (Anexo 10). Finalmente se pondrán en común ideas, comentarios, valoraciones sobre la actividad.

Sesión 7: Caja de arena

Temporalización: 120 minutos

Objetivos: Mostrar a los psicólogos cómo intervenir ante utilizando técnicas de respiración y visualización con el fin de paliar la alteración de conciencia y atención causada por el Trauma Complejo.

Materiales: PowerPoint de presentación (Anexo 11), caja de madera, arena, agua, figuras o muñecos variados.

Descripción de la sesión: a lo largo de esta sesión se mostrará cómo llevar a cabo la técnica de la caja de arena, primero haciendo una breve explicación teórica a través de un PowerPoint (Anexo 11). Posteriormente, se realizará una práctica en la que el terapeuta escogerá a un participante voluntario para realizarla de muestra frente a todos los participantes, con el fin de que puedan analizar cómo se hace y qué preguntas son claves para poder ponerla en práctica ellos después. Una vez finalizada la demostración (15 minutos aproximadamente) se colocarán por parejas, en donde uno de los participantes hará de terapeuta y el otro de paciente (unos 15 minutos aproximadamente), y posteriormente se cambiarán los roles. El psicólogo se encargará de pasear por las mesas mientras se realiza la práctica para ir dando

indicaciones y sugerencias. Se trata de una sesión muy intensa emocionalmente, por lo que se realizará una breve puesta en común de las percepciones y sentimientos que se han suscitado y sobre la utilidad de esta técnica en sesión, al igual que se realizará el apartado de preguntas.

Sesión 8: Evaluación y cierre del programa.

Temporalización: 60 minutos.

Objetivos: Ofrecer recursos para evaluar los criterios y sintomatología que cursa con el Trauma Complejo y evaluar a través de un breve cuestionario los conocimientos adquiridos y la utilidad del presente programa.

Materiales: PowerPoint de los cuestionarios sobre Trauma Complejo (Anexo 12) y cuestionario breve sobre los conocimientos adquiridos y evaluación final del programa (Anexo 13), papel continuo y rotuladores.

Descripción de la sesión: se les presentará a los participantes los diferentes cuestionarios que pueden ser de utilidad para evaluar el Trauma Complejo (Anexo 12). Finalmente, se les pasará un cuestionario breve sobre los conocimientos adquiridos y la utilidad del presente programa. Esto servirá para analizar su utilidad y aspectos positivos/negativos. Se despedirá a los participantes (Anexo 13). Finalmente, se despedirá a los participantes realizando una actividad en la que tendrán que escribir en un gran papel continuo una frase, idea o palabra que les haya suscitado el programa.

Delimitación de recursos

Para que las actividades del programa puedan llevarse a cabo, es necesario contar con los recursos materiales y profesionales que se aportan en el presente programa. Por una parte, respecto a los recursos personales, es fundamental que el psicólogo que realiza la intervención tenga la titulación de Psicólogo General Sanitario o que sea Psicólogo Clínico especializado en el tratamiento del trauma. Por otro lado, respecto a los aspectos materiales, variarán dependiendo de la actividad que se quiera llevar a cabo, los cuales serán especificados en cada una de las actividades y aportados en sus correspondientes anexos.

Evaluación del programa

El programa se evaluará en dos fases. En primer lugar, se realizará una evaluación previa de los conocimientos de los participantes sobre su formación en Trauma Complejo

(Anexo 1). Posteriormente se administrará un post-test, para conocer si el programa ha resultado de utilidad, o si fuera necesario realizar algún tipo de cambio o modificación (Anexo 13). Esta evaluación tiene como fin comprobar si el programa se adecua a las necesidades de los profesionales, si aporta recursos realmente útiles o si está planteado adecuadamente.

Cronograma o temporalización

En el siguiente cronograma se plasman el conjunto de sesiones que se llevarán a cabo, así como la fase a la que pertenece cada una de las sesiones.

Tabla 2

Cronograma de sesiones.

Calendario de sesiones		
Día	Fases	Sesiones
1 ^a	Fase 1	Sesión 1: Introducción al programa.
	Fase 2	Sesión 2: Regulación emocional, respiración y visualización.
	Fase 2	Sesión 3: Terapia cognitiva: tomar conciencia de lo corporal.
	Fase 2	Sesión 4: Terapia de exposición.
2 ^a	Fase 2	Sesión 5: Terapia narrativa: externalización del síntoma.
	Fase 2	Sesión 6: Evaluación y establecimiento de redes de apoyo
	Fase 2	Sesión 8: Caja de arena.
	Fase 3	Sesión 7: Cierre y evaluación del programa.

Fuente: elaboración propia.

Análisis de viabilidad

Respecto al análisis de viabilidad del programa, se puede valorar desde diferentes perspectivas. Desde la perspectiva económica, se trata de un programa viable, ya que implica un bajo coste su aplicación. Muchas de las actividades no requieren recursos materiales específicos para su realización, y los que, si lo requieren, implican un bajo coste de materiales. Desde la perspectiva del ámbito de aplicación, se trata de un programa muy flexible y es fácil de adecuar a los tiempos. Esto es debido a que la población a la que va dirigida, en su mayoría,

ya están en una etapa en la que han comenzado a trabajar, por lo que para que sea viable es necesario que se pueda modificar de fecha o de tiempo de sesión, acomodándose en la medida que se pueda a los participantes y sus necesidades. Además, el programa está dirigido a un grupo de unas 15 personas, debido a que las sesiones que se realizan requieren de prácticas y por tanto, de la supervisión constante del psicólogo que implanta el programa. En el caso de que el número de participantes sea mayor, se puede adaptar el tiempo de duración de las sesiones que lo requieran y reestructurar las demás sesiones o pedir la ayuda de otros profesionales para supervisar ciertas sesiones que requieran una mayor supervisión. El programa podría aplicarse tanto en colegios de psicólogos o centros de formación para psicólogos, así como en Ayuntamientos u sociedades científicas dirigidas a tratar el Trauma Complejo.

Conclusiones

El Trauma Complejo es causado por eventos traumáticos, principalmente de naturaleza interpersonal, cuyas repercusiones pueden ser devastadoras para el desarrollo integral del individuo (Van der Kolk, 2005). La complejidad inherente del Trauma Complejo radica en el amplio abanico de consecuencias y de sintomatología asociada (OMS, 2022, Van der Kolk, 2005., Cudeiro, 2020 y Ungar et. al.). Además, los alarmantes datos que ofrecen las estadísticas sobre la prevalencia del Trauma Complejo en la sociedad (Pereda, 2016., Ferragut et al., 2021., Marqués, 2012., López-Castilla, 2022 y Edwards, 2023) resaltan la importancia de ofrecer una adecuada formación a los profesionales de la salud mental, los cuales deben adaptarse y desarrollar sus habilidades terapéuticas para abordar de forma efectiva la sintomatología asociada al Trauma Complejo.

La formación para el abordaje del Trauma Complejo emerge, por tanto, como un imperativo ético y profesional dentro del ámbito de la salud mental. Esta formación capacita a los profesionales en la aplicación de técnicas y recursos terapéuticos respaldados por la literatura, lo que asegura una intervención más eficaz y variada, permitiendo así una mayor adecuación a las características de cada clínico o de cada paciente. El presente programa ofrece tanto intervenciones basadas en la evidencia (como la *Terapia cognitiva*, *Terapia Narrativa* o terapia de *Exposición al trauma*, entre otras), como intervenciones y terapias más novedosas o alternativas que también pueden resultar útiles y eficaces. Como las técnicas de regulación

emocional y el establecimiento de redes de apoyo, o técnicas como la caja de arena, respiración y visualización.

Por tanto, más allá de la adquisición de conocimientos teóricos y dotación de recursos, la formación en la intervención en Trauma Complejo implica un compromiso ético con el paciente. Es por ello que los profesionales deben estar adecuadamente preparados para afrontar los desafíos que se les presentan en consulta y ofrecer una intervención adecuada y personalizada para cada caso, teniendo en cuenta las premisas de establecer un adecuado vínculo terapéutico y un espacio seguro antes de la inmersión en el complejo mundo del trauma. Especialmente el Trauma Complejo, un fenómeno psicológico de gran impacto en la persona que lo sufre, dejando al sujeto atrapado y sin posibilidad de huir (López-Soler, 2008; Nieto y López-Casares, 2016), y la terapia debe ser el lugar seguro donde poder expresarse.

En definitiva, una adecuada intervención (abordaje terapéutico ético, efectivo y centrado en el paciente) puede ser una experiencia transformadora, con un efecto significativo entre la perpetuación del sufrimiento o retraumatización, o el inicio de un proceso de sanación y crecimiento personal que ayudará a la persona a emerger de nuevo a un mundo de seguridad, confianza y afecto.

Referencias bibliográficas

- American Psychological Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Amigo, I. (2020). *Manual de psicología de la salud*. Pirámide
- Báguena, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*, 13(3), 479-492.
- Bell, J. (1980). *Técnicas Proyectivas Exploración de la Dinámica de la Personalidad*. Paidós.
- Botella, L. y Corbella, S. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221.
- Cáceres, M.J., y Crespo, M. (2019). La Terapia de Exposición Narrativa como alternativa terapéutica para el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo. *Revista de victimología*. 9, 5-29.
- Cano-Vindel, A. (2002). *Técnicas cognitivas en el control del estrés*. UNED Ediciones.
- Celener, G., Febbraio, A., Rosendfeld, N., Hidalgo, G., Peker, G., Battafarano, S., Avrutin, H., Jordá, A., y Baratta, N. (2007). *Técnicas Proyectivas actualización e interpretación en los ámbitos clínico, laboral y forense*. Lugar Editorial.
- Cervera, I.M., López-Soler, C., Alcántara, M., Sáez, M. C., Fernández, V., y Pérez, A. (2020). Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: Trauma del desarrollo. *Papeles del psicólogo*. 41(3), 219-227. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2934>
- Courtis, C. A., (2008). Complex Trauma, Complex Reactions: Assessment and Treatment. *Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy*, 41(4), 412-425. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.412>.
- Crespo, M., Gómez, M. M., y C. Soberón. (2017). *EGEP-5. Evaluación Global de Estrés Postraumático*. TEA.
- Crespo, M., González-Ordi, H., Gómez-Gutiérrez, M., y Santamaría, P. (2020). *Cuestionario de Impacto del Trauma*. TEA.
- Cudeiro, S. (2020). Caso 1: Vínculo terapéutico y apego en un caso de trauma complejo. *Psicología e Saúde do COPG*, 13 (1), 246-250.

- Ferragut, M., Ortiz-Tallo, M. y Blanca, M.J. (2021). Victims and Perpetrators of Child Sexual Abuse: Abusive Contact and Penetration Experiences. *International Journal of Environmental Research Public Health* 18(18). <https://doi.org/10.3390/ijerph18189593>
- Ford, J. D. (1999). PTSD and disorders of extreme stress following war zone military trauma: Comorbid but distinct syndromes? *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(1), 3-12. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.1.3>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F; Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.005>
- Gómez, O., y Calleja, N. (2016). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8(1), 96- 117.
- González, A. (2010). Disociación y trauma. *Cuadernos de psixología*, 32(1), 63-78.
- González, A. (2021). Terapia grupal en pacientes con Trauma Complejo. Instituto médico Imaya. <https://institutoimaya.com/terapia-grupal-en-pacientes-con-trauma-complejo/>
- González, A. (2023). *Por donde se sale. Cómo deshacer el miedo, aliviar el malestar psicológico y adquirir un apego seguro*. Planeta.
- González, A. (2024). Trauma complejo, apego y disociación: el trabajo con EMDR en la traumatización compleja. Asociación de EMDR España. <https://www.emdr-es.org/Formacion/Curso?idCurso=PRE1368&idArticulo=CURDIFE>
- González-Rivera, J. A. (2023). Escala de Experiencias Disociativas – Taxón (DES-T): Evidencias de Validez y Uso Clínico en Puerto Rico. *Revista Caribeña De Psicología*, 7(1). <https://doi.org/10.37226/rcp.v7i1.7245>
- González-Rivera, J. A. (2023). Escala de Experiencias Disociativas – Taxón (DES-T): Evidencias de Validez y Uso Clínico en Puerto Rico. *Revista Caribeña De Psicología*, 7(1). <https://doi.org/10.37226/rcp.v7i1.7245>
- González-Vázquez, A. (2017). *No soy yo: Entendiendo el trauma complejo, el apego, y la disociación: una guía para pacientes*. Anabel Gonzalez.
- Gonzalo, J.L, (2013). *Construyendo puentes: la técnica de la caja de arena*. Descleé de Brower.
- Gross, J. (1999). Emotion and emotion regulation. *Handbook of personality: Theory and research*, 2(1), 525-552.

- Jaycox, L.H. y Foa, E.B. (1996): Obstacles in implementing exposure therapy for PTSD: Case discussions and practical solutions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3(1), 176-184. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879)
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer
- Lecannelier, F., Guajardo, H., Kushner, D., Barrientos, C., y Monje, G. (2021). La complejidad del Trauma Complejo del desarrollo: Una propuesta del modelo de apego y complejidad (MAC). *Revista de Psicología*, 32(120), 105-124. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.463>
- Lieberman, A. F. y Van Horn, P. (2015). *Don't hit my mommy. A manual for child-parent psychotherapy and young witnesses of family violence*. Zero to Three Press
- López-Castilla, C. J., (2022). Psychoterapy of adults who have suffered childhood sexual abuse. *Escritos de Psicología*, 15 (1), 40-49 <https://dx.doi.org/10.24310/espsiescpsi.v15i1.14030>.
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el Trauma Complejo. *Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (3),159-174. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.3.2008.4057>
- Losada, A.V., y Faga, M. (2022). La terapia Narrativa como intervención en jóvenes de abuso sexual infantil. *Subjetividad y procesos cognitivos*. 26 (1), 22-52.
- Marqués, L. (2022). *Consecuencias psicológicas y neurológicas del maltrato infantil: alteraciones neuroendocrinas en la regulación del estrés e implicaciones en la salud mental infantojuvenil*. [Tesis doctoral]. Universitat de Barcelona.
- Masini, C. y Cury M. (2018). Proyecto de investigación ALETHEIA: Las artes y el arteterapia como abordaje del trauma y de la memoria emocional. *Arteterapia*, 13(1), 227-243
- Morales Aguilar, D. P. (2018). Desafíos en psicoterapia: trauma complejo, apego y disociación. *Avances En Psicología*, 26(2), 135–144. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1186>
- Nieto, I. y López, M.C., (2016). Integrated approach to complex trauma clinic. *Clínica contemporánea*, 7 (2), 87-104. <http://dx.doi.org/10.5093/cc2016a7>.
- Nieto-Martínez, I., y López Casares, C. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica Contemporánea*, 7(2), 87-104.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. (11^a ed.). World Health Organization.
- Pereda, N. (2016) ¿Uno de cada cinco?: victimización sexual infantil en España. *Papeles del Psicólogo*, 37(2), 126-33.

- Pubill, M.J., (2023). *Estrategias y técnicas de intervención en trauma y disociación*. Paidós.
- Rauld, J.C. (2023). Más allá del trauma complejo: Hacia una filosofía del suplicio en la infancia. *Disjuntiva*, 4(2). <https://doi.org/10.14198/DISJUNTIVA2023.4.2.7>
- Rodríguez, E. y Pérez, S. (2009) El cambio de cuerpo estresado a cuerpo relajado, a través de la respiración, la visualización y la danza en un ambiente de protección acompañada. *Educación Física y Ciencia*. 11, 81-91.
- Rothschild, B. (2015). *El cuerpo recuerda: la psicología del trauma y el tratamiento del trauma*. Elefthería.
- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14(3), 511-532.
- Ungar, S., Bang, L., y Bach, B. (2021). Complex PTSD and personality disorder in ICD-11: when to assign one or two diagnoses? *Australian psychiatry*, 29(6), 590-594.
- UNICEF. (2014). *Ocultos a plena luz. Un análisis estadístico de la violencia contra los niños*. <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/informeocultosbajolaluz.pdf>
- Van der Kolk, B. (2020). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Eleftheria.
- Van Der Kolk, B.A., Perry, J.C, y Herman, J.L. (1991). Childhood origins of self-destructive behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 148 (12), 1665-1671. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.12.1665>
- Van Der Kolk, B.A., Rothc, S., Pelcovitz, D., Sunday, S.,y Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*,18 (5), 389-399. <https://doi: 10.1002/jts.20047>.

Anexos

Anexo 1

Cuestionario breve de conocimientos previos acerca del Trauma Complejo. Elaboración propia.

Cuestionario de información sobre conocimientos básicos en Trauma Complejo

Nombre y Apellidos	
¿Has tenido experiencia profesional previa en el tratamiento de Trauma Complejo? Marca la casilla de sí o no.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso de haber tenido experiencia profesional abordando el Trauma Complejo, indica en tiempo de experiencia en el campo.	
Marca con una X si eres conocedor de alguna de las siguientes técnicas/herramientas o recursos de intervención destinadas a reducir/paliar la sintomatología de Trauma Complejo.	<input type="checkbox"/> Psicoeducación <input type="checkbox"/> Establecimiento de redes de apoyo. <input type="checkbox"/> Técnicas de respiración. <input type="checkbox"/> Técnicas de visualización en <i>caja de arena</i> . <input type="checkbox"/> Externalización del problema a través de la terapia Narrativa. <input type="checkbox"/> Toma de conciencia a través de la reestructuración cognitiva. <input type="checkbox"/> Técnicas de regulación emocional. <input type="checkbox"/> Técnica de exposición al trauma.

A continuación, en las casillas que has marcado con una X, escribe con palabras clave o ideas principales lo que conoces de esa técnica/recurso o herramienta aplicándolo a la intervención en Trauma Complejo.	
Psicoeducación	
Establecimiento de redes de apoyo.	
Técnicas de respiración.	
Técnicas de visualización en <i>caja de arena</i> .	
Externalización del problema a través de la terapia Narrativa	
Toma de conciencia a través de la reestructuración cognitiva.	
Técnicas de regulación emocional.	
Técnica de exposición al trauma.	
¿Eres conocedor de alguna técnica/herramienta o recurso práctico que no aparezca anteriormente y que creas que es de utilidad para tratar la sintomatología específica de Trauma Complejo? Especifica cual.	

Anexo 2

PowerPoint 1ª sesión. Breve introducción al Trauma Complejo a través de la psicoeducación. Elaboración propia.

PROGRAMA DE FORMACIÓN: RECURSOS/HERRAMIENTAS Y TÉCNICAS PARA LA INTERVENCIÓN EN TRAUMA COMPLEJO DIRIGIDO A PSICÓLOGOS.

Instructora del curso: Bárbara Enguídanos

ÍNDICE

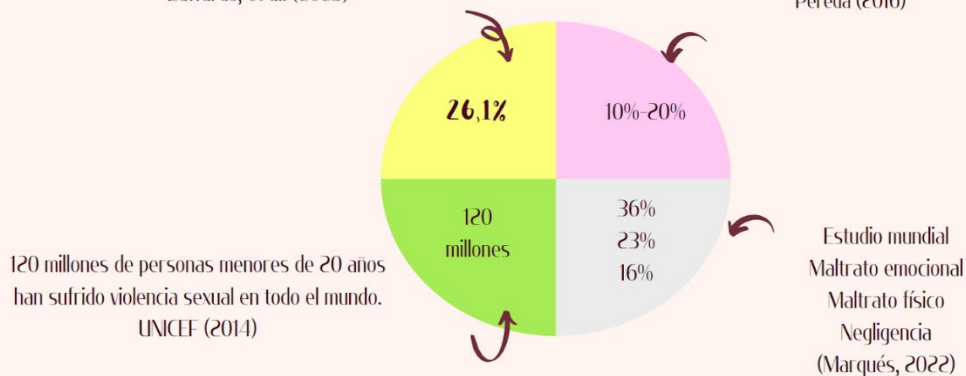
1. Aproximación al concepto de Trauma Complejo
2. Factores clave para la formación de trauma complejo
3. Consecuencias derivadas del trauma
4. Técnicas de intervención en Trauma Complejo
5. Aspectos importantes a tener en cuenta ante una situación de trauma complejo en sesión.



10

Víctimas de abusos/violencia en la infancia
Edwards, et al. (2023)

Víctimas de vivencias traumáticas
en población Española.
Pereda (2016)



Aproximación al concepto de Trauma Complejo

Debe entenderse como “un tipo de experiencia insostenible, estresante y crónica ejercida sobre un sujeto”
(Rauld, 2023)



TIPO II
NO RECOGIDO EN EL DSM-5
RECOGIDO EN LA CIE-11 COMO “DESNOS”

Factores de influencia

- Características subjetivas
- Características Objetivas

Aproximación al concepto de Trauma Complejo



1

EVENTOS DE LARGA
DURACIÓN Y
REITREADOS



2

MULTITRAUMATIZACION



3

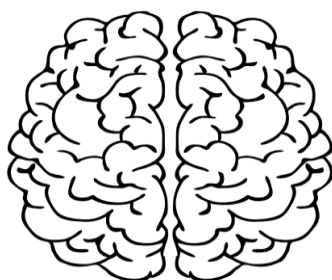
ORÍGEN
INTERPERSONAL

10

El cerebro bajo los efectos del trauma 5 áreas más importantes

Amígdala
Centro del miedo

Ínsula
Centro de interocepción



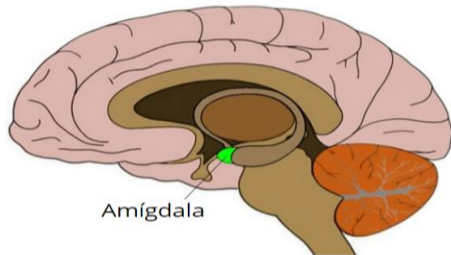
Hipocampo
Centro de memoria

Corteza prefrontal
Centro del pensamiento

Corteza cingulada
Centro de autorregulación

Actividad elaborada a partir del libro Tratar el trauma de Anabel Gonzalez. P. 32-34.

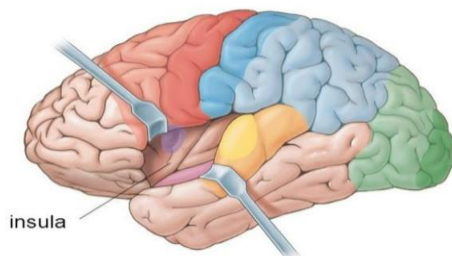
Amígdala
Centro del miedo



Objetivo principal: determinar si una situación, contexto o persona concretos representan una amenaza o peligro.

Objetivo terapia en trauma: Reducir su activación, ya que así se logrará reducir la reactividad ante los desencadenantes del trauma, así como la alerta psicofisiológica y síntomas de reactividad (hiperactivación).

Ínsula
Centro de interocepción

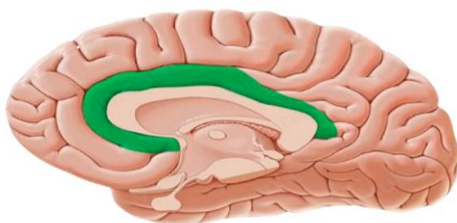


Interocepción: capacidad de percibir la experiencia interna y de conectar con las sensaciones internas (nerviosismo, sed, calor...)

Propiocepción: sentido que nos permite mantener el cuerpo en equilibrio y percibir su ubicación en el espacio (caminar sabiendo donde están nuestras piernas...)

En trauma: la ínsula suele desregularse, y puede resultar difícil entonces identificar y gestionar las emociones y las sensaciones físicas angustiosas.

Corteza cingulada
Centro de autorregulación

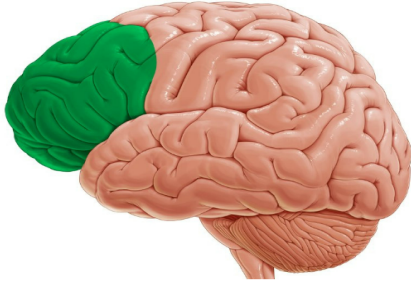


Objetivo principal: intervenir en la supervisión de los conflictos, la detección de errores y la autorregulación (incluidas las emociones y pensamientos).

En trauma: zona poco activa, dificulta la regulación de emociones y pensamientos, así como la toma de decisiones.

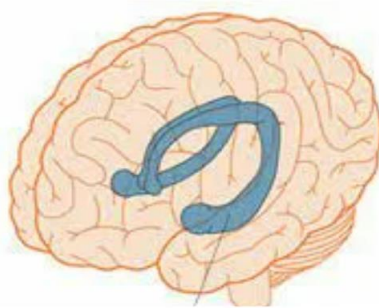
Objetivo terapia en trauma: activarla para lidiar con pensamientos angustiosos y una mejor regulación emocional.

Corteza prefrontal
Centro del pensamiento



Función: centro del pensamiento, concentración, la toma de decisiones y la conciencia de uno mismo y de los demás.
En trauma: zona poco activa, lo que dificulta la concentración, la toma de decisiones, la conexión con los demás y la conciencia de uno mismo.
Objetivo terapia en trauma : activarla para mayor claridad de pensamiento, más capacidad de concentración, una sensación de conexión con los demás y mayor conciencia de uno mismo.

Hipocampo
Centro de memoria



Objetivo principal: encargado de ponerles el sello cronológico a nuestros recuerdos experimentar sucesos pasados sintiendo que ocurrieron en el pasado.
En trauma: zona más reducida o menos activa. Esto se traduce en problemas de memoria y en dificultad para regular el estrés.
Objetivo terapia de trauma: el aumento de la actividad de esta área del cerebro ayuda a los individuos a sentirse seguros en el momento presente, y puede reducir por tanto el miedo.

Factores clave para la formación de trauma complejo



Consecuencias derivadas del Trauma Complejo

Desregulación emocional

Síntomas fisiológicos/ biológicas

Disociación y rasgos psicóticos

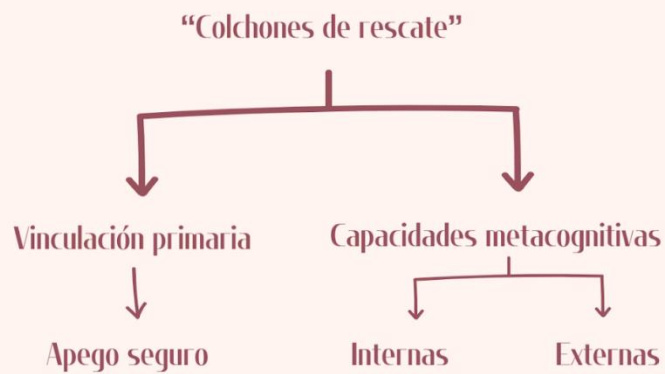
Fragmentación de la personalidad

Dificultades interpersonales

Dificultades apego



Estrategias de afrontamiento ante el Trauma Complejo



Técnicas de intervención para Trauma Complejo

Terapia Narrativa
“Externalización del problema”

Psicoeducación

Respiración y Visualización “Caja de arena”

Redes de apoyo

Exposición

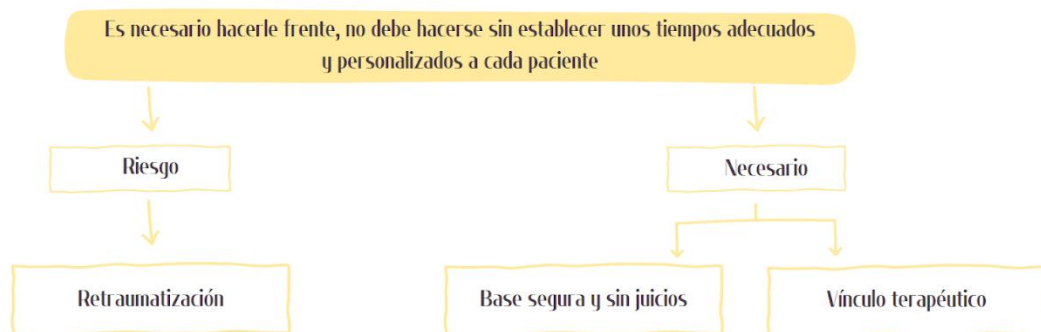
Regulación emocional

Terapia Cognitiva “toma de conciencia”

“Hemos de aprender a mirarnos con ojos nuevos, cambiar nuestra perspectiva sobre nosotros, los demás y el mundo” porque si conseguimos entender, podemos empezar a cambiar, y no podemos caminar por el nuevo mundo con los mapas del antiguo”. Lo sucedido es imposible deshacerlo, pero sí que es posible tratar las huellas que ha dejado el trauma tanto en el cuerpo, como en la mente y el alma.



Aspectos importantes a tener en cuenta ante una situación de trauma complejo en sesión.



Anexo 3

PowerPoint de presentación de la sesión 2. Elaboración propia.

REGULACIÓN EMOCIONAL

Respiración consciente y visualización

Presentado por: Bárbara Enguídanos



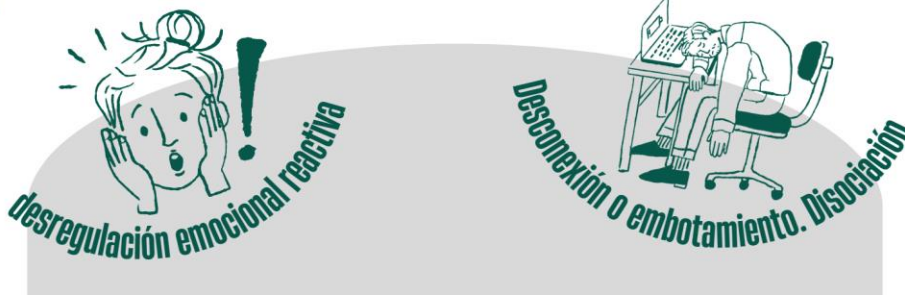
¿QUÉ ES LA REGULACIÓN EMOCIONAL?

"Aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emocionales que tenemos, sobre cuándo las tenemos y sobre cómo las experimentamos y las expresamos" (Gross, 1999)



DESREGULACIÓN EMOCIONAL EN TRAUMA COMPLEJO

Las personas afectadas por el Trauma Complejo tienden a desarrollar emociones desagradables o quedar emocionalmente insensibilizados, generando así reacciones postraumáticas incomprensibles y abrumadoras y llevando a una sensación de falta de control absoluto sobre sí mismos.



**¿QUE PUEDE
DESARROLLAR LA
DESREGULACIÓN
EMOCIONAL A
CAUSA DEL
TRAUMA?**



Disociación y rasgos psicóticos

Fragmentación de la personalidad

Alteraciones de las funciones interpersonales

Síntomas fisiológicos

**¿QUÉ
EMOCIONES
SURGEN A
RAIZ DEL
TRAUMA?**

MIEDO

CULPA

RABIA

VERGÜENZA

PREOCUPACIÓN



QUÉ PERMITE LA REGULACIÓN EMOCIONAL

- 1 Se dejan de suprimir emociones y sentimientos, lo que permite que el organismo siga funcionando.
- 2 Unión de la parte racional del cerebro con la parte emocional. Integración del “yo”
- 3 Retomar la **sensación de control** de sus respuestas y comportamientos internos y externos, de su cuerpo y su mente.

RESPIRACIÓN



VISUALIZACIÓN



¿TÉCNICAS PARA LOGRAR LA REGULACIÓN EMOCIONAL

RESPIRACIÓN CONSCIENTE

RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA “CUERPO”

CENTRAR LA MENTE



NERVIO VAGO

CONEXIÓN MENTE-CUERPO

¿Cómo?

Al activarse, el nervio vago inicia en el cuerpo la respuesta de relajación y envía al cerebro el mensaje de que es momento de calmarse.

A través de la respiración diafragmática:

1. Respiro profundamente y expando el diafragma.
2. Compresión de los órganos, los cuales presionan el nervio vago.
3. Activación del nervio vago y mensaje al cerebro de que se relaje (Activación del sistema parasimpático).

En menos de 1 minuto

EFECTOS CEREBRALES DE LA RESPIRACIÓN CONSCIENTE

Menor activación del centro cerebral del miedo (amígdala):

Reduce la intensidad con que reaccionas a los desencadenantes del trauma.
Reduce la respuesta de estrés y aumenta la respuesta de relajación.
Relaja la hipervigilancia y la sensación de «estar siempre en guardia».

1

2

Una menor reactividad descontrolada del centro cerebral de interocepción (ínsula):

Reduce la intensidad con que reaccionas a los desencadenantes del trauma.
Disminuye la ira y otros estallidos emocionales. Mitiga la disociación.
Reduce el embotamiento.

Una mayor activación del centro cerebral del pensamiento (corteza prefrontal):

Mejora la concentración y la atención.
Mejora la conciencia de ti mismo.
Mejora la conciencia y la «inteligencia» sociales.

3

Una mayor activación del centro cerebral de autorregulación (cíngulo):

Mejora la regulación de las emociones y la autorregulación.
Mejora la toma de decisiones.

4

POR TANTO... ¿QUÉ MEJORARÁ?

- ⇒ **Conciencia y regulación emocionales.**
- ⇒ **Concentración y atención.**
- ⇒ **Interocepción desregulada.**
- ⇒ **Respuesta de estrés.**
- ⇒ **Alerta psicofisiológica, disociación y otros síntomas de reactividad habituales en el trastorno, por estrés postraumático (TEPT)**

VISUALIZACIÓN



Acercamiento a su interior a través de su capacidad imaginativa. Se generan situaciones mentales que ayudan a gestionar momentos pasados y presentes.

VISUALIZACIÓN

Establecer **visualizaciones protectoras o anclas** antes de la intervención en los eventos traumáticos

- Sensaciones
- Gestos
- Objetos

Permiten sentir **control y seguridad** en la vivencia de esas visualizaciones

Ahora... a ponerlo en marcha.



Extraído de: Tratar el trauma (Jennifer Sweeton)
P.154-162
Bárbara Enguídanos

Anexo 4

Ficha sesión 2: regulación emocional, respiración y visualización. Elaboración propia.

ACTIVIDAD



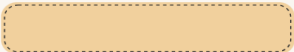
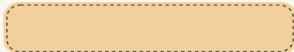
Imagina **4 situaciones** en las que tus emociones se hayan desbordado.

Dibuja en cada uno de los recuadros una situación, incluyendo los elementos que necesites para representarlas.

A continuación, **explica cada una de las situaciones** (cuando pasó, que pasó, quién estaba, cómo te sentiste en cada situación, cómo actuaste, cómo actuaron los demás...) a tu pareja.

Intenta **identificar la emoción principal** de cada situación y escríbela en el recuadro.

Finalmente, **escribe** con un rotulador rojo, encima del dibujo (Como si lo tacharas) una palabra o frase corta que consideras **que era lo que necesitabas** en ese momento y no tuviste.

Anexo 5

Actividad guiada sesión 2: regulación emocional, respiración y visualización. Elaboración propia.

PONLO EN PRÁCTICA



Adopta una postura cómoda.

Erguido en una silla o tumbado, colócate la mano izquierda en el pecho y la mano derecha en el estómago, justo por encima del ombligo. Empieza a hacer inspiraciones y espiraciones largas, profundas y lentas. Mientras respiras profundamente, intenta hacerlo de forma que la mano izquierda permanezca quieta, y la mano derecha suba (se mueva hacia fuera) con cada inspiración y baje (se mueva hacia dentro) con cada espiración. Cuando veas que la mano derecha se mueve más que la izquierda, es señal de que estás respirando con el diafragma.

Empieza a inspirar lentamente por la nariz, dejando que el diafragma se llene de aire.

Espira por la nariz, dejando que el aire salga del diafragma lentamente. Si es posible, alarga la espiración de modo que sea más larga que la inspiración.

Atento a la sensación que produce en el cuerpo respirar de esta manera, continúa practicando la respiración diafragmática durante aproximadamente dos o tres minutos.

Si durante la práctica comienzas a sentirte mareado, o empiezas a hiperventilar, deténla inmediatamente hasta que los síntomas desaparezcan. Cuando reanudes la práctica, intenta inspirar y expirar un poco menos profundamente, con un poco menos de fuerza, y ralentiza ligeramente el ritmo de la respiración.

Ahora, trata de centrar tu atención en tu cuerpo, imagina cada parte de él, desde los pies hasta la cabeza.

¿Qué sensaciones tienes? Piensalo y céntrate en esas sensaciones. ¿Dónde notas tensión? Enfócate en esas partes e imagina cómo la parte de tu cuerpo más tensa se va destensando poco a poco.

Vuelve a respirar, ahora centrándote en cómo entra el aire en tu cuerpo, a través de las fosas nasales, frío, y cómo sale, caliente.

Ahora te voy a pedir que imagines algo que te recuerde a la calma, a la seguridad, a sentirte bien... puede ser un objeto, una voz, un sentimiento... lo que tu prefieras, a partir de ahora lo llamaremos ancla.

Imagínalo, dale forma en tu mente, siéntelo, imagina que lo tienes cerca...Nota como te da calma. A partir de ahora, imagina que lo tienes siempre cerca.

Ahora, te voy a pedir que imagines un portal, el cual te lleva al evento que has elegido. Imagina ese portal ¿Cómo es? ¿Qué te trasmite?... Es importante que sepas, que este portal separa el presente del pasado, y podrás cruzarlo cuando quieras.

Crúzalo, imagina la escena en tu mente. Intenta imaginarte a tí, allí, lo que te rodea... ¿Qué está pasando?¿Cómo estás actuando?¿Quién hay allí contigo?

¿Qué sensaciones tienes?¿Qué emoción puedes identificar?¿En qué parte del cuerpo la señalarías?

Tómate tu tiempo, respira de nuevo si lo necesitas. Imagina que tienes cerca tu ancla . Cuando estés listo, vuelve a visualizar esas emociones o sentimientos que te surgen. ¿Tienen la misma intensidad que antes?¿Qué color le pondrías a esa emoción?

Ahora, céntrate en cada emoción, ¿las puedes identificar? ¿Crees que son las mismas emociones que tuviste en aquel momento y con la misma intensidad?. Piensa en qué ha cambiado.

Ahora quiero que imagines que esa misma situación la estas viendo desde fuera, como si estuvieras viendo una película. Imagina qué les dirías a cada uno de los personajes que ves. Si es necesario, recurre de nuevo al ancla. Una vez dicho todo, vuelve a imaginar el portal y crúzalo.

Vuelve a respirar, otra vez como hemos explicado antes. Tómate el tiempo que necesites, vuelve a centrar tu atención en tu cuerpo, en tus sensaciones e intenta relajar cada parte del cuerpo. Aprieta con fuerza cada parte que esté tensa y suelta de nuevo. Poco a poco, ves tomando conciencia del presente, de la sala en la que estamos, con quién estás...

Nota: Es importante que este ejercicio se realice con los participantes en silencio, ya que es una formación. Pero es fundamental resaltarles a los participantes que con sus pacientes (que se hará de forma individual) , se puede hacer tanto en silencio, y posteriormente comentarlo con el paciente, como interactuar mientras se realiza la visualización, ya que el paciente puede hablar lo que siente y ve mientras se realiza el ejercicio (es lo recomendado).

Anexo 6

PowerPoint sesión 3: terapia cognitiva y toma de conciencia de lo corporal. Elaboración propia.

TERAPIA COGNITIVA

TOMAR CONCIENCIA DE LO CORPORAL

Taller impartido por Bárbara Enguídanos
Extraído de Rothschild, B. (2015).



Introducción

Las teorías del aprendizaje sostienen que el miedo experimentado durante el evento traumático (aprendizaje asociativo) **se instauró** debido a un proceso de **condicionamiento clásico**, y se **mantiene** debido a la evitación de las situaciones condicionadas (**condicionamiento operante**).

Es fundamental por tanto que el paciente pueda comprender lo que le ocurre a través de la **psicoeducación**, la cual se dará previamente a cualquier intervención.



La conciencia corporal

Implica la conciencia precisa y subjetiva de las sensaciones corporales que surgen de los estímulos que se originan tanto dentro como fuera del cuerpo.

Toma de conciencia de lo corporal



"El enemigo ahora no es el autor de los hechos, sino sus propias sensaciones" (Van der Kolk, 2020).

Favorecer el autoconocimiento de las personas ayudándoles a tomar de conciencia de sus sensaciones.

Pone en contacto a los individuos con su mundo interior. El miedo a estas sensaciones desagradables hacen que queden "secuestrados" y que el cuerpo y la mente se congelen y apaguen.

Modificar esas percepciones, permitirá cambiar la perspectiva y reaccionar de una forma diferente a la que el cuerpo está habituado. Nos permitirá centrarnos en el aquí y el ahora.

El primer paso para modificar esta sensación es abrirse a las sensaciones físicas y emociones del presente, observarlas y ponerles etiquetas

Se pretende lograr la toma de conciencia a través de preguntas y el uso de objetos diversos.

Se puede crear una ancla al presente llevando un ritmo ligero a la hora de hacer las preguntas al paciente, permitiendo al paciente notar la sensación del objeto o parte del cuerpo que se quiere trabajar, pero sin enfocarse en exceso en esa sensación. (Si ahondamos demasiado en una sensación, se corre el riesgo de suscitar más memorias o flashbacks.

Las preguntas deben estar formuladas en tiempo presente.

La consciencia corporal puede utilizarse también para establecer anclas o lugares seguros (donde antes se había sentido así).

Es fundamental establecer límites con los pacientes, estableciendo calibradores de malestar, tensión, mareos... con el fin de frenar la actividad cuando el paciente lo requiera.



Toma de conciencia: papel del terapeuta

A menudo llegan a identificarse las sensaciones corporales como peligrosas cuando estas les recuerdan al evento traumático. Además, no llegan a distinguirse las sensaciones seguras de las peligrosas.

A través de la conciencia corporal se pretende reintroducir la sensación amigable de las sensaciones, ya que estas actúan como calibrador (nos indican si estamos cansados, alerta, tristes...). Si estas sensaciones las tenemos alteradas (hiperactivadas o hipoactivadas) las consecuencias podrían ser muy graves.

El terapeuta debe evaluar la activación del paciente:

- Relajado: respiración ligera o moderada, piel de coloración normal.
- Ligera activación: respiración moderada y ritmo cardiaco alto, piel pálida o húmeda.
- Hiperestimulación moderada: respiración acelerada, latidos rápidos, piel pálida.
- Hiperestimulación severa: piel pálida, ritmo cardiaco alto, respiración agitada, sudor frío...
- Hiperestimulación peligrosa: pupilas dilatadas, respiración muy agitada o muy lenta, enrojecimiento de la piel... Signo de pérdida de control y retraumatización.



Tipos de pacientes ante la toma de conciencia

1. **Pacientes con una buena capacidad de toma de conciencia.** Aprenden a identificar y prestar atención a sus sensaciones. Se pueden realizar preguntas más generales o amplias.
2. **Pacientes con dificultades para distinguir las sensaciones** mientras realizan el ejercicio. Para ello servirá realizar preguntas más específicas (¿Qué sensación tienes en el estómago ahora mismo? ¿Cuál es la temperatura de tus manos?...
3. **Pacientes quienes el área de la conciencia corporal la tienen completamente alterada.** Les puede causar sensación de extrañeza, miedo o frustración. Se puede intervenir la conciencia corporal de forma indirecta (¿Qué temperatura ambiente crees que hace? ¿La silla en la que estás sentado es dura, blanda, cómoda...? o a través del sentido cinestésico (¿Sabrías decir en qué posición están tus pies sin mirarlos? ¿Y las palmas de tus manos?...

Importante: en pacientes donde el trauma les ha generado traumas dañinos a la integridad del cuerpo, puede ser una práctica contraindicada hasta instaurar previamente la sensación de seguridad, establecer una adecuada relación terapéutica, y construir recursos internos y externos de apoyo.



El segundo paso será ahondar en el pasado y las emociones y sensaciones que se tuvieron en el evento traumático

Importancia de establecer un ancla al presente, facilitando así la separación del pasado y del ahora. Así es menos probable que se pierda o atore en sus propias sensaciones y tenga una conciencia de lo que le ocurre.

En trauma, en ocasiones los recuerdos del pasado vienen a modo de flashbacks, por ello es necesario recordarles que a través de la toma de conciencia se pretende recordar sensaciones, pero no revivirlas. En caso de que el paciente no esté preparado, es importante respetar sus tiempos y no retraumatizar.



Ritmo de la narrativa del trauma

Dividir la narrativa en tres etapas.

1. Nombrar el trauma
2. Delinear el trauma al designar títulos a los incidentes principales.
3. Completar los detalles, uno a la vez.

El terapeuta llevará los tiempos y establecerá los parámetros en el caso de que el paciente se centre demasiado en los detalles y no esté listo.

A través del almacenamiento sensorial el cuerpo tendrá una gran riqueza de recursos para identificar, acceder y resolver experiencias traumáticas. Además, será una herramienta útil para rastrear los disparadores del malestar.



Ahora, pongámoslo en práctica

1. SELECCIONA 1 OBJETO DE CADA BANDEJA (OBJETOS DE TACTO, OLFATO, OIDO Y GUSTO)
2. TÓCALOS, FAMILIARIZATE CON ELLOS.
3. COLÓCATE EN UNA POSICIÓN CÓMODA Y ESCUCHA LAS PREGUNTAS. CONTESTA MENTALMENTE A ELLAS.
4. PON EN COMÚN CON LOS COMPAÑEROS DE TU LADO LAS SENSACIONES QUE HAS TENIDO AL FINALIZAR LA ACTIVIDAD.

- Primero no te muevas, nota en la posición en la que te encuentras. ¿Estás cómodo? ¿de qué sensaciones eres consciente? Escanea tu cuerpo y nota cada parte: cuello, brazos, piernas, pies... ¿Sigues cómodo?. Ponte en la posición que necesites para estarlo.
- ¿Cómo sabes si estás cómodo? ¿Qué sensación tienes que denotan comodidad o incomodidad?
- ¿Sientes la necesidad de moverte y cambiar de postura? ¿Por qué? ¿Qué notas?
- Si quieres cambiar de posición, ¿Qué parte del cuerpo moverías primero? ¿Por qué? Antes de hacerlo, nota la incomodidad ¿Qué sientes?
- Ahora, sigue tu instinto y cambia de posición, ¿Qué cambios hay en tus sensaciones? ¿Se ha aliviado la tensión?
- Ahora, cambia de posición o de lugar, por ejemplo, siéntate en el suelo. Evalúa tu nivel de comodidad ¿Qué sensaciones tienes? ¿Notas frío o calor? ¿Está duro? ¿Quieres cambiar de posición?...
- Ahora coge un objeto de la bandeja del tacto. Tócalo, huélelo... ¿Qué te transmite?. Acércate el objeto al brazo, ¿Qué sensación te da? ¿Está suave? ¿Es agradable o incómodo?, acaricia tu mano. ¿Es cómodo o incómodo? ¿Notas la necesidad de parar? ¿Por qué? ¿De seguir? ¿Qué te hace sentir para que quieras seguir? ¿Es un objeto duro? ¿Blando? ¿Al apretarlo, notas la tensión en las manos?...
- Ahora coge el objeto seleccionado de la bandeja del olfato, tócalo, ¿Qué te transmite?. Acércalo a tu nariz, y huele profundamente. ¿Es un olor agradable o desagradable? ¿Qué te hace pensar eso? ¿Qué sensación te transmite? ¿Es un olor fuerte o suave? ¿Te recuerda a algo? ¿Te provoca alguna reacción en el cuerpo? Observa tu pecho, tus manos, tu abdomen... ¿Hay alguna reacción cuando lo hueles?

- Ahora coge el objeto del gusto. Huélelo. Ponlo cerca de los labios. ¿Qué sensación tienes? ¿Notas tu boca más seca? ¿Más húmeda?. Ahora, pruébalo. ¿Notas tu saliva? ¿Por qué crees que notas eso? ¿Te gusta la sensación? ¿Y el sabor? ¿Es dulce, amargo, salado...? ¿Cómo sabes que lo es? ¿Qué sensación te da? ¿Te gusta o te desagrada? ¿Cómo sientes que te gusta o te desagrada, que notas en el cuerpo?, ¿Qué regusto te ha dejado?...
- Finalmente, vas a coger el objeto del oído. Cierra los ojos y hazlo sonar. ¿Lo escuchas flojo o fuerte? ¿Es un sonido ruidoso o musical? ¿Es un ruido agradable o desagradable? ¿Por qué lo notas así? ¿Que señales te da tu cuerpo para indicártelo?. Ahora, hazlo sonar más cerca de tu oído, ¿has tenido la misma sensación que antes? ¿En qué se parece y en qué se diferencia?...
- Ahora, céntrate de nuevo en cómo está tu cuerpo. Deja de lado los objetos y céntrate en tu cuerpo. ¿Tienes calor o frío? ¿Estas en una temperatura adecuada? ¿Cómo te dice tu cuerpo que lo estás? ¿Qué notas?... ¿La postura que tienes, es cómoda? ¿Crees que durante el ejercicio, tu postura ha sido cómoda o incómoda? ¿Crees que has cambiado de posición cuando has estado incómodo? ¿Por qué?... Ahora, intenta escuchar a tu alrededor, nota los sonidos del entorno e intenta descifrar qué es cada cosa. Presta atención a cada uno y analiza qué puede ser. ¿Te gusta lo que escuchas? ¿Estás cómodo con lo que escuchas?...
- Poco a poco, ves abriendo los ojos y centrándote en el ahora, mirando con quién estás, quién tienes al lado, tu sensación corporal y emocional...

Anexo 7

PowerPoint de la sesión 4: exposición a través del contacto corporal. Elaboración propia.



1. EXPOSICIÓN A LOS
RECUERDOS,
PENSAMIENTOS...

2. EXPOSICIÓN A
TRAVÉS DEL
CONTACTO
CORPORAL



ENTRAR EN CONTACTO CON PACIENTES CON TRAUMA COMPLEJO

La manera más natural que tienen los seres humanos es calmar siendo tocados, abrazados, mecidos... Esto ayuda a reducir la hiperactivación y nos hace sentir seguridad, protección y control.

Los pacientes con trauma tienden a tener **alterada esa percepción**, por lo que establecer contacto debe ser una tarea **CONSENSUADA**, estableciendo previamente una **conexión PERSONAL** antes que corporal y estableciendo **LÍMITES** y un entorno de **EMPATÍA Y CONFIANZA**.

La tarea del psicólogo: comprobar dónde se encuentran los pacientes a nivel corporal (valorar postura, tensión, conexión visual, si conectan con el ejercicio o no...

PASOS A SEGUIR

1. Colocarse en una **posición en la que se sientan seguros**: sentados, tumbados boca arriba...
2. El **primer contacto** debe ser **firme y seguro**. Con un tacto lento y fácil de prever por el paciente.
3. Las zonas recomendadas para el primer contacto son: **las manos o el antebrazo**, ya que es el lugar más seguro para ellos y donde tienen una mayor sensación de control. Permite que ellos te toquen a ti también.
4. El psicólogo debe ir fijándose la zona en la que se encuentra **"el punto de mayor resistencia"**, tocándola con una cantidad de energía similar, lo que hará que se libere la tensión. **NO DEBES DUDAR, YA QUE DENOTA DESCONFIANZA**.
5. Cuando vas tocando, se despierta esa parte que está siendo tocada. Hay que ir **analizando al paciente y sus reacciones** mientras se realiza el ejercicio, para adecuar sus límites.

BENEFICIOS DE ENTRAR EN CONTACTO

1. Tocar con confianza, firme y amable es reconfortante para la persona.
2. El tacto consciente y el movimiento conectan a la persona con la tierra y le permiten descubrir sensaciones que hacía mucho no era consciente.
3. El cuerpo se restringe físicamente cuando las emociones están encerradas (cuando lloramos, tensamos los músculos de la cara para evitar que las lágrimas salgan).
4. Cuando es liberada esa tensión física, pueden liberarse los sentimientos.
5. Las personas con traumas tienen la necesidad de saber dónde está su cuerpo y sus límites de forma constante. El contacto firme y tranquilizador les hace conocer esos límites sin la necesidad de saber constantemente quiénes son o dónde están.
6. Descubren que el cuerpo es sólido y no deben estar en constante sensación de guardia. Les aporta SEGURIDAD Y CONTROL.

ACTIVIDADES DE CONTACTO

ACTIVIDAD 1: Colocar al paciente en una posición en la que se encuentre cómodo e ir realizando contactos firmes y seguros en diferentes zonas del cuerpo. Comenzando por manos y antebrazos, pasando por cabeza, hombros, abdomen, tibias y muslos. El terapeuta deberá analizar las reacciones del paciente, y respetar sus límites marcados previamente. Se irá comentando con el paciente las sensaciones de cada contacto, las emociones que le surgen, pensamientos y necesidades. El objetivo es que se acostumbre al contacto de personas confiables y que tenga la capacidad de control sobre esos contactos.

ACTIVIDAD 2: Imaginar posibles situaciones en las que el paciente se sienta incómodo y recrearlas. Ej: voy en el metro y estoy muy apretado con el resto de la gente, su contacto me agobia y me impide estar tranquilo. En este caso, se recreará la situación, hablando de cada sensación y cada pensamiento y analizando posibles actuaciones.

¿LO PONEMOS EN PRÁCTICA?

Anexo 8

PowerPoint de la sesión 5: Terapia Narrativa y externalización del síntoma. Elaboración propia.

Terapia Narrativa

EXTERNALLIZACIÓN DEL SÍNTOMA



Presentado por Bárbara Enguídanos
Extraído de: Pubill, M.J. (2023) Estrategias y técnicas de intervención en trauma y disociación. Un modelo integrador.

¿En qué consiste la Terapia Narrativa?

01.

Cada individuo construye su vida e identidad a través de historias a través de un proceso conversacional. Abordaje construccionista.

02.

La función del terapeuta es "ayudar a la reconstrucción de las historias, a través de preguntas, en lugar de interpretaciones o afirmaciones con una secuencia útil para el alivio"

03.

Técnica: externalización del síntoma/problema.



Externalización del síntoma/problema.

Objetivo de la técnica: separar la sintomatología de la persona, con la finalidad de que, viéndola desde fuera, la persona pueda aplicar las capacidades metacognitivas con más facilidad y comprender qué le está ocurriendo".

Fases de la Externalización del síntoma/problema.

1. Sostener a la persona y explorar superficialmente el síntoma o problema.
2. Intervención de la sintomatología: explorando tolerancia al malestar y capacidad de autogestión.
3. Intervención en el Trauma a través de la cosificación o la personalización del propio trauma.
4. Curar las heridas
5. Adentrarse en la identidad.
6. Enfocarse en el futuro.

Intervención en el Trauma a través de la cosificación o la personalización del propio trauma.

Explorar las escenas temidas del trauma: se abordará una vez las fases anteriores se hayan consolidado y establecido un marco seguro de intervención. Se trata de una fase en la que se inicia el tanteo del evento traumático **a través de preguntas.**

La persona debe tener la **sensación de control** al contar el relato del evento.

Si está disociado de sus emociones, se debe volver a las fases anteriores y trabajar la ventana de tolerancia.



Tipos de externalización del síntoma/problema

Cosificación

Se demanda al paciente que **represente** a través de un dibujo, una fotografía, elementos manuales u objetos como siente el/los síntoma/s causados por el evento traumático. Posteriormente, se le pedirá que **explique** el dibujo o material a través de una narrativa. Finalmente, se realizará una entrevista al síntoma a través de diferentes preguntas.

Personalización

Se le pide al **paciente** que durante la sesión no sea él mismo, sino que **sea el síntoma**. El terapeuta le realizará una **entrevista** a través de diferentes preguntas dirigidas a éste. Pueden emplearse elementos como micrófonos o modificar la disposición de las sillas para que resulte más desenfadado.

Ejemplos de preguntas de entrevista al síntoma: ¿Desde cuando estás presente en la vida de X?, ¿Qué te llevó a pensar que te necesitaba?, ¿Por qué crees que eres de utilidad para X?, ¿Qué crees que debería hacer X para que no estuvieras en su vida?...

Aspectos importantes a tener en cuenta

En el caso de que el paciente se desregule, es fundamental frenar la intervención y volver a establecer las bases de las fases anteriores.

Es importante recoger las emociones y sentimientos que van surgiendo a lo largo de la intervención para comentarlos con el paciente al finalizar la actividad y poder reflexionar sobre ello, con el fin de buscar y establecer estrategias adecuadas de intervención.

Es MUY RECOMENDABLE finalizar estas sesiones con una técnica de regulación emocional o técnicas de respiración para que el paciente no se vaya de la sesión sin un adecuado cierre.

Anexo 9

PowerPoint de presentación sesión 6: establecimiento de redes de apoyo. Elaboración propia.

REDES DE APOYO

Ante el Trauma Complejo

Presentado por Bárbara Enguïdanos
Extraído de Gonzalez, A.(2023)



TIPOS DE REDES DE APOYO

Formales Estructuras públicas y gubernamentales	Sociales Familia, amigos y comunidad
---	--

Apoyos sociales

Familia, amigos y comunidad

Constituye la protección más poderosa contra quedar traumatizado, ya que nuestros vínculos de apego (como familiares o amigos) ayudan a establecer un lugar seguro.

Los apoyos interpersonales pueden contribuir a la recuperación ante un evento traumático, ya sea durante el mismo evento, como con el apoyo ofrecido después.



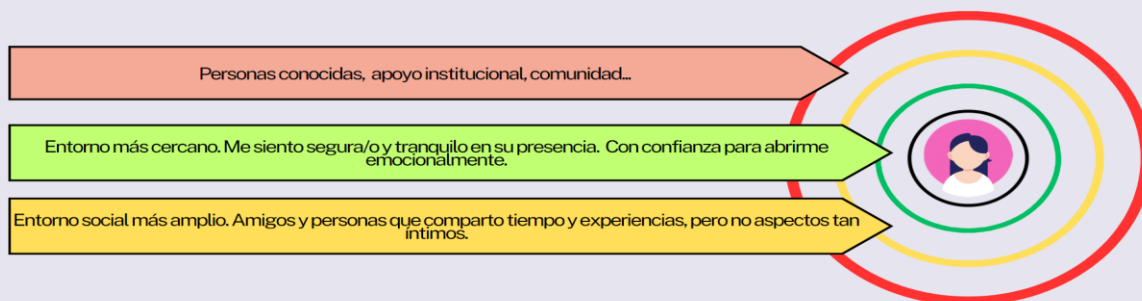
Debemos encontrar a alguien en quien confiamos lo suficiente para que nos acompañe, alguien que pueda sostenernos y nos ayude a escuchar los dolorosos mensajes de nuestro cerebro emocional



Las personas Traumáticas, pueden tener dificultades a la hora de establecer relaciones seguras y basadas en la confianza. Es por ello que será necesario analizar su entorno y sus figuras de apego para poder ponerlo en marcha.

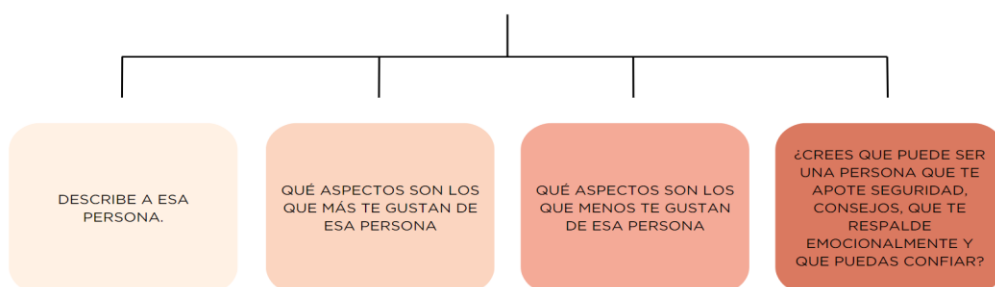
ACTIVIDAD: Evaluación de las redes de apoyo

A continuación se muestra un círculo concéntrico. En el centro del círculo estás tú, mientras que los demás círculos representan tu entorno. Deberás situar en cada círculo a las personas que consideras que pueden estar dentro de él.



ACTIVIDAD: Evaluación de la red de apoyo cercana

Selecciona las redes de apoyo más cercanas. Haz una evaluación de cada una de las personas que has nombrado.



ACTIVIDAD: Evaluación de las redes de apoyo

Una vez realizada la evaluación de cada miembro del círculo más cercano. Se elegirá a una de las personas como persona de seguridad o persona “ancla” a la que poder acudir en caso de necesitarlo.

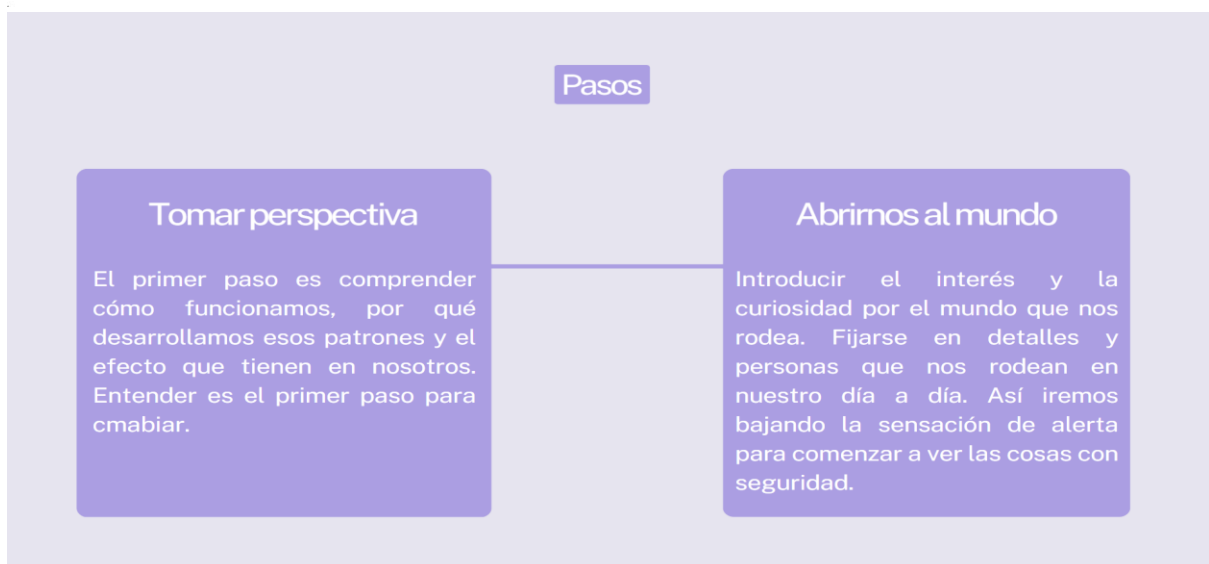


ACTIVIDAD: Instaurar redes de apoyo

Aunque las personas con traumas en ocasiones pierden la confianza en las personas, esta confianza puede recuperarse. Para poder hacerlo es necesario mucho valor, ya que se deberá convivir con el miedo de experimentar otra vez lo mismo.

En el caso de no existir una red de apoyo cercana con la que poder contar, es importante comenzar a instaurar redes de apoyo en la persona. Por ello es fundamental seguir los siguientes pasos:

1. Tomar perspectiva
2. Abrirse al mundo
3. Escuchar las experiencias de los demás
4. Abrirse a los demás



Pasos

Escuchar experiencias

Estando en compañía, poner la lupa en las experiencias de los demás. No estaremos tan centrados en nuestras sensaciones ni en protegernos, sino en conectar con las historias. Así se forjarán relaciones con mayor naturalidad y receptividad.

Abrimos a los demás

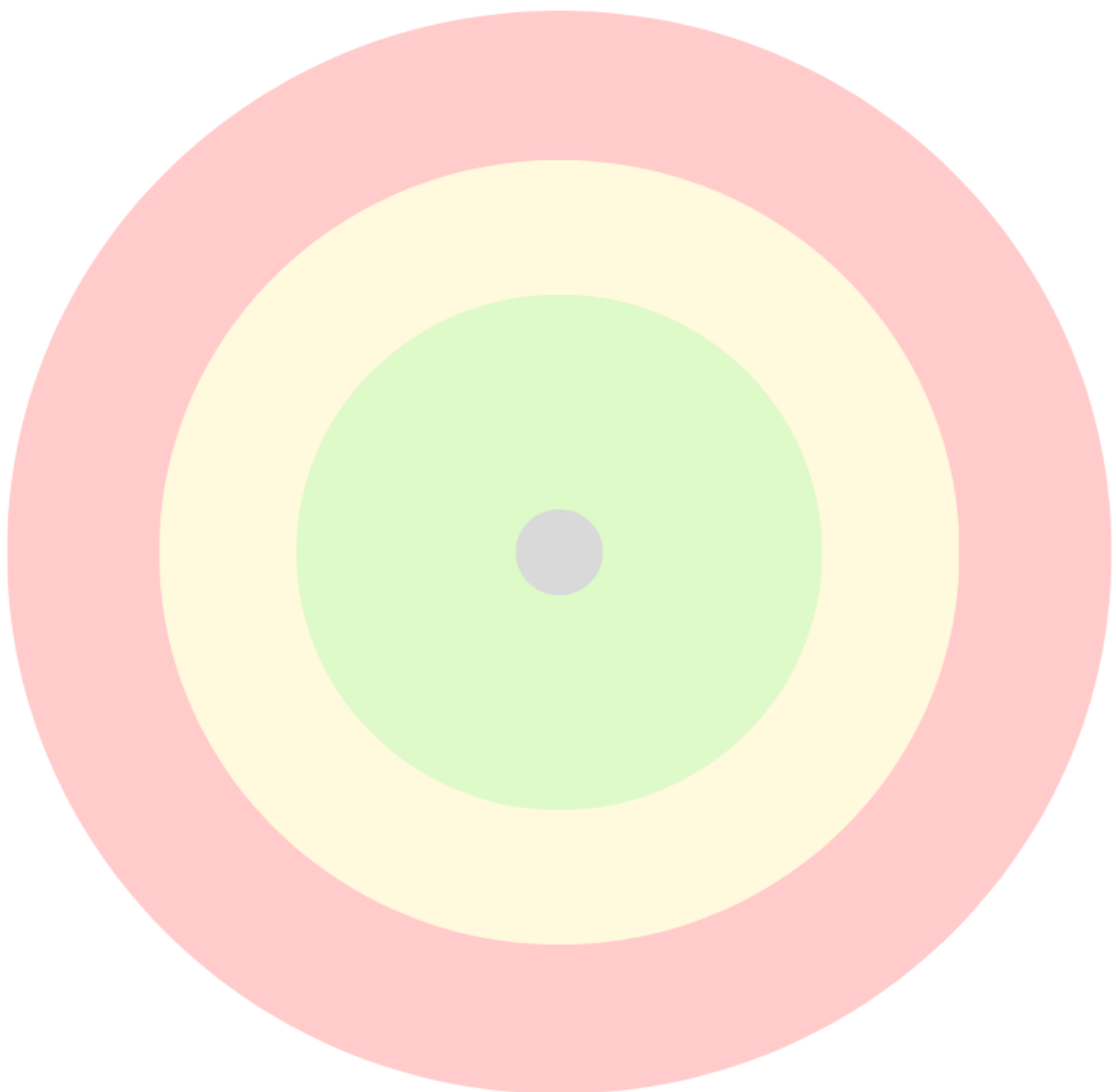
Compartir y abrirnos al contar nuestras experiencias y escuchar las perspectivas. Es una forma de afrontar mejor las dificultades y ser más resilientes, ya que mejora la flexibilidad de la persona.

¿Lo ponemos en práctica?

Anexo 10

Ficha de la sesión 6: establecimiento de redes de apoyo. Elaboración propia.

RELLENA EL CÍRCULO CON LOS NOMBRES DE LAS PERSONAS QUE CONSIDERES. EN EL CENTRO ESTÁS TÚ. EN EL CÍRCULO MÁS PEQUEÑO, COLOCA A LA PERSONAS MÁS ALLEGADAS, EN EL MEDIANO LAS PERSONAS CERCANAS Y EN EL MÁS GRANDE, LAS PERSONAS CONOCIDAS O DE LA COMUNIDAD.



POSTERIORMENTE, DE LAS PERSONAS MÁS CERCANAS, EVALÚA CADA UNO DE ESOS ASPECTOS Y FINALMENTE, ELIGE UNA DE ELLAS, LA CUAL CREAS QUE ES TU PERSONA DE REFERENCIA Y EXPLICA AL GRUPO PORQUÉ.

ESCRIBE ATRIBITOS DE
ESA PERSONA

QUÉ ASPECTOS SON LOS
QUE MÁS TE GUSTAN DE
ESA PERSONA

QUÉ ASPECTOS SON LOS
QUE MENOS TE GUSTAN
DE ESA PERSONA

¿CREES QUE PUEDE SER
UNA PERSONA QUE TE
APOTE SEGURIDAD,
CONSEJOS, QUE TE
RESPALDE
EMOCIONALMENTE Y
QUE PUEDES CONFIAR?

Anexo 11

PowerPoint de presentación de la sesión 7: técnica de la caja de arena. Elaboración propia.

TÉCNICA DE LA CAJA DE ARENA

IMPARTE EL CURSO : BÁRBARA ENGUÍDANOS
EXTRAIDO DEL LIBRO "CONSTRUYENDO PUENTES"
DE JOSE LUIS GONZALO MARRODÁN.

INTRODUCCIÓN

Creada por Lowenfeld y Kaliff en los años 20

Acercamiento Jungiano (SANDPLAY)

A través de esta técnica, las autoras lograron que los niños pudieran plasmar sus estados mentales y sus emociones sin la intervención del adulto. Fue una terapia creada por los propios niños.

Más adelante se verá su utilidad para aplicar en población adulta.



¿EN QUÉ CONSISTE?

- | | | | |
|-----------|---|-----------|--|
| 01 | Se trata de una técnica para acceder a los contenidos del inconsciente. | 03 | Los pacientes tienen a su disposición muñecos y figuritas variadas a través de los cuales pueden crear y plasmar su mundo interior y mundo externo. |
| 02 | Consiste en jugar con una caja de manera especialmente proporcionada llena de arena seca/húmeda. | 04 | Se ofrece una sola consigna, permitiendo que el paciente cree su propio mundo a su manera. |

PAPEL DEL TERAPEUTA



Se ofrece una **primera consigna**: "Constuye tu mundo", "Plasma lo que quieras" o "Crea una escena". Dar consignas más abiertas o cerradas dependiendo de lo que queremos lograr con el paciente.

A partir de la consigna, poner **una sola regla**: no tirar la arena fuera de la caja y usar solo el espacio de la caja para la representación.

A partir de ahí, el terapeuta tendrá la **función de acompañar** al paciente (proponer figuras, auxiliar, dar apoyo emocional, o hacer sentir que está ahí) pero **NUNCA** metiendo la mano en la caja del paciente.

En el proceso de construcción, estar en **silencio**.

¿PARA QUIÉN ESTÁ INDICADO?



01 Adultos que han sufrido el impacto de malos tratos, abandono o situación traumática.

02 Adultos con dificultades en el habla o expresión.

03 Niños que han sufrido malos tratos, abandono o situaciones traumáticas.

04 Niños con retraso en el desarrollo del lenguaje.

05 Niños con daños neurológicos.

06 Niños con trastornos de apego.

VENTAJAS Y BENEFICIOS



CREA UN PUENTE ENTRE LA REALIDAD INTRAPSÍQUICA Y LA REALIDAD EXTERIOR

CONSTRUCCIÓN SIMBÓLICA



MEDIO DE EXPRESIÓN SEGURO



FACILITA LAS METÁFORAS TERAPEÚTICAS



NO HACE SE HACE UNA INTERPRETACIÓN, SINO UNA EXPLORACIÓN CONJUNTA EN BASE AL MUNDO CREADO

MATERIALES NECESARIOS

01 ARENA

Cribar la arena para dejar fuera los elementos no deseados.

Nos conecta con la tierra, la espiritualidad y la creación.

Tiene cualidades sensoriales y kinestésicas.

Medio fácilmente manipulable y que permite la expresión de diversas emociones (cavar, construir, dibujar...)

Otorga una superficie para colocar las figuras.

Debe llenar 1/3 o mitad de la caja.



02 CAJA DE ARENA

“Es más que un contenedor, es un contenedor de la psique. Lo que se plasma o proyecta en la caja es la mente de la persona.

El terapeuta **No introduce la mano** en la caja ni ayuda a su construcción.

Dimensiones: 50 x 72 x 8

Estas dimensiones permiten cubrir la bandeja con la mirada, contar con un espacio seguro y contenido pero no restrictivo, permite compartimentar y dejar espacio para las esquinas.

Material: madera o plástico pintada de azul por dentro.

Posibilidad de acceder por todos sus lados.



03 AGUA

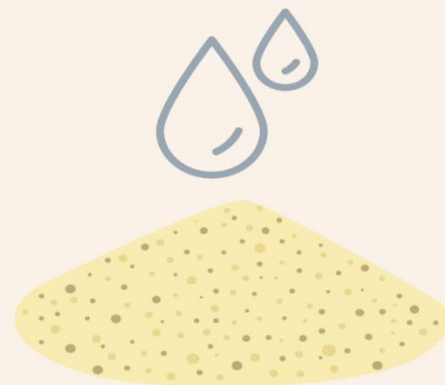
Propiedades sensoriales y kinestésicas.

Se recomienda usar dos bandejas, una con arena seca y la otra húmeda.

Cambia consistencia y maleabilidad de la arena.

Puede simbolizar limpieza, nacimiento, inundación o muerte.

Se recomiendan los rociadores.



04 MINIATURSA O FIGURITAS

Símbolos y metáforas que sirven para representar las vivencias de la persona.

Equivalen a las palabras.

Se recomienda colocarlas en una estantería, ordenadas por tipos, características... (muebles, animales domésticos, figuras humanas, etc.)

Cuanta más variedad mejor.



PASOS PARA LA SESIÓN DE "CAJA DE ARENA"



PRE-REALIZACIÓN

1. Preparar sala y materiales.
2. Presentar al paciente la técnica.
3. Familiarización con los materiales.
4. Comunicar las reglas.
5. Dar la consigna.
6. Creación de su mundo en la caja.

POST-REALIZACIÓN

1. Observar lo creado desde todos los ángulos y asegurarse de que está tal y como desean.
2. Preguntar cómo ha sido la experiencia.
3. Pedir impresiones de su obra terminada y dejar reflexionar al paciente sobre el mundo creado.
4. Indagar sobre las reacciones observadas.
5. Co-investigar con el paciente la escena creada, realizando preguntas abiertas, sin afirmaciones y sin sugerir al paciente. Tales como "háblame de...", "¿Qué está pasando en este mundo?", "¿Cuéntame la historia", etc.
6. Finalmente desarmar la bandeja cuando el paciente haya dejado la consulta.

TIPOS DE "MUNDOS" DE LAS CAJAS DE ARENA (ORIENTACIONES)

MUNDO VACÍO

Predominio de espacios vacíos. Puede sugerir sentimientos de vacío, depresión, abandono...

MUNDOS CERCADOS

Plantea que hay contención en el paciente o está expuesto a límites y normas que le generan frustración. También pueden dividir submundos.

MUNDO SIN PERSONAS

No represente figuras humanas. Tienden a ser personas con dificultades de vinculación emocional.

MUNDO AGRESIVO

¿Qué sentido le da a la agresividad en su mundo?
Representación de animales salvajes, elementos dañinos...

MUNDO DESORGANIZADO

Predominio del caos y vivencias desorganizadas.

Existen multitud de mundos y de posibles representaciones, así como múltiples significados. Es esencial la comunicación con el paciente para que pueda expresar y pueda mostrar con seguridad su mundo interno y poder así hacer las relaciones y llegar a comprender las complejas representaciones.



Anexo 12

PowerPoint de presentación de la sesión 8: cuestionarios para abordar el Trauma Complejo. Elaboración propia.

CUESTIONARIOS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN : TRAUMA COMPLEJO



CUESTIONARIO DE IMPACTO DEL TRAUMA

Cuestionario multidimensional para mayores de 18 años. Compuesto por 180 ítems divididos en 5 bloques:

- Sintomatología postraumática
- Sintomatología frecuentemente asociada con el trauma
- Alteraciones de las creencias negativas
- Deterioro en el funcionamiento
- Inconsistencia en las respuestas o distorsiones.

Evalúa de forma integral la sintomatología postraumática, con el fin de valorar y orientar en la futura intervención.



[Crespo, et. al., 2020]

EVALUACIÓN GLOBAL DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Autoinforme para mayores de edad que permite evaluar los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) del DSM-5 tales como:

- Síntomas intrusivos
- Síntomas de evitación
- Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo
- Alteraciones en la activación y reactividad.



[Crespo, et al., 2017]:

[Crespo, et al., 2017]

Escala de Experiencias Disociativas - Taxón (DES-T)

Escala compuesta por 8 ítems que miden síntomas específicos de la disociación patológica, tales como desrealización, despersonalización y alteración de la identidad.



(Gonzalez-Riva, 2023)

Anexo 13

Cuestionario sobre los conocimientos adquiridos y evaluación del programa. Elaboración propia.

Cuestionario sobre los conocimientos adquiridos y evaluación del programa

Nombre y Apellidos	
¿Crees que has adquirido los conocimientos esperados a través del programa impartido?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso de una respuesta negativa, por favor, indique brevemente el motivo.	
Marca con una X sobre las técnicas que te han resultado interesantes y que te gustaría profundizar más en el caso de impartir un nuevo curso.	<input type="checkbox"/> Psicoeducación <input type="checkbox"/> Establecimiento de redes de apoyo. <input type="checkbox"/> Técnicas de respiración. <input type="checkbox"/> Técnicas de visualización en <i>caja de arena</i> . <input type="checkbox"/> Externalización del problema a través de la terapia Narrativa. <input type="checkbox"/> Toma de conciencia a través de la reestructuración cognitiva. <input type="checkbox"/> Técnicas de regulación emocional. <input type="checkbox"/> Técnica de exposición al trauma.

A continuación, escriba las ideas principales o un breve resumen de lo que ha aprendido sobre cada una de las técnicas.	
Psicoeducación	
Establecimiento de redes de apoyo.	
Técnicas de respiración.	
Técnicas de visualización en <i>caja de arena</i> .	
Externalización del problema a través de la terapia Narrativa	
Toma de conciencia a través de la reestructuración cognitiva.	
Técnicas de regulación emocional.	
Técnica de exposición al trauma.	
Finalmente, puntúe del 0-10 (siendo 0 nada y 10 la máxima puntuación) la utilidad del programa.	<input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>

Anexo 14

Técnicas eficaces para abordar la sintomatología del Trauma Complejo (CIE-11, 2020).

Tabla 2

Técnicas eficaces para abordar la sintomatología del Trauma Complejo (CIE-11, 2020)

Técnicas	Consecuencias (CIE-11)
Terapia Narrativa (Losada y Faga, 2022) Externalización del problema (Pubill, 2023)	<ul style="list-style-type: none">- Alteración de la autopercepción, sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionado con el evento traumático.- Dificultades cognitivas- Alteración de la atención y consciencia.- Dificultades de apego.- Regulación emocional- Disociación
Terapia cognitiva. Psicoeducación y toma de conciencia. (Cano-Vindel, 2002).	<ul style="list-style-type: none">- Creencias de sentirse disminuido, derrotado o sin valor.- Alteración de la autopercepción, sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionado con el evento traumático.- La desregulación de afecto e impulsos.- Dificultades interpersonales. Disociación
Regulación emocional. (Gross, 1999) Respiración y visualización. (Rodríguez y Pérez, 2009)	<ul style="list-style-type: none">- La desregulación de afecto e impulsos.- Alteración de la autopercepción, sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionado con el evento traumático. Creencias de sentirse disminuido, derrotado o sin valor.- Alteración de la atención y consciencia.- Dificultades de apego.- Disociación
Exposición al trauma. (Báguena, 2001) Entrar en contacto. (Van der Kolk, 2020)	<ul style="list-style-type: none">- Alteración de la atención y consciencia.- La desregulación de afecto e impulsos.- Dificultades interpersonales- Disociación
Técnicas proyectivas. (Celener, 2009) Caja de arena. (Gonzalo, 2013)	<ul style="list-style-type: none">- Alteración de la atención y consciencia.- Disociación

Establecimiento de redes de apoyo.
(Van der Kolk, 2020)

- Dificultades interpersonales.
- La desregulación de afecto e impulsos.
- Dificultades de apego.

Fuente: *Elaboración propia*