

Carla Serveto Castañ

**PROPUESTA TEÓRICA DE INTERVENCIÓN EN UN CASO DE
TRAUMA COMPLEJO POR VIOLENCIA SEXUAL**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

dirigido por la Dra. Montserrat Domènech Auqué

Grado en Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2026

ÍNDICE

RESUMEN	4
1. INTRODUCCIÓN TEÓRICA	5
1.1. Violencia de género	5
1.1.1 Datos estadísticos.....	6
1.1.2 Formas de maltrato.....	7
1.1.3 Marco normativo	8
1.1.4 Consecuencias de la violencia	10
1.2. Trastorno de Estrés Postraumático Complejo	11
1.3. El cerebro traumatizado.....	14
1.4. Modelos de intervención	16
1.4.1 Terapia cognitivo-conductual	16
1.4.2 Modelo trifásico de Herman	16
1.4.3 EMDR	18
2. Objetivos	18
3. METODOLOGÍA.....	19
3.1. Participantes.....	19
3.2. Instrumentos.....	20
3.3. Procedimiento.....	21
4. RESULTADOS	23
5. DISCUSIÓN Y LIMITACIONES	38
5.1. Discusión	38

5.2. Limitaciones.....	40
6. CONCLUSIONES	40
REFERENCIAS	42
ANEXOS	48

RESUMEN

El trauma complejo (TEPT-C) derivado de una violencia sexual exige un abordaje terapéutico integral que priorice la reducción de la sintomatología y el tratamiento del malestar. El objetivo del presente trabajo es diseñar una propuesta teórica de intervención estructurada en las tres fases del modelo trifásico de Judith Herman, sin la necesidad de la narrativa del trauma. Para garantizar la validez de las veintiuna sesiones, el diseño fue evaluado por un sistema de juezas compuesto por tres especialistas. Los resultados de la validación indican que la propuesta es adecuada, coherente y correcta para el caso expuesto. Se concluye que sería posible abordar con éxito sintomatología como la descrita sin forzar el relato de los eventos traumáticos, si bien se reconoce como limitación principal que la propuesta es teórica y no ha sido implementada de forma práctica.

Palabras clave: trauma complejo, TEPT-C, violencia de género, violencia sexual, modelo trifásico, sistema de juezas, intervención psicológica

ABSTRACT

Complex trauma (C-PTSD) resulting from sexual violence demands a comprehensive therapeutic approach that prioritises symptom reduction and the treatment of distress. The objective of this study is to design a theoretical intervention proposal structured into the three phases of Judith Herman's triphasic model, without the need for a trauma narrative. To guarantee the validity of the twenty-one sessions, the design was evaluated by an expert judgment system composed of three specialists. The validation results indicate that the proposal is suitable, coherent, and correct for the case presented. It is concluded that it would be possible to successfully address symptomatology such as that described without forcing a narrative of the traumatic events, although it is recognized as a main limitation that the proposal is theoretical and has not been practically implemented.

Keywords: complex trauma, C-PTSD, gender-based violence, sexual violence, triphasic model, expert judgment, psychological intervention

1. INTRODUCCIÓN TEÓRICA

1.1. Violencia de género

En 1995, la ONU describió la violencia de género como los actos dañinos – o amenaza de cometerlos – dirigidos contra una persona o grupo por su género. Atribuye su existencia a la desigualdad entre hombres y mujeres, al abuso de poder y a las normas que no favorecen su desaparición o la fomentan. La población femenina se encuentra en una posición de vulnerabilidad desmedida ante la violencia (Naciones Unidas. Centro Regional de Información, 2023). Se concibe como un obstáculo para alcanzar los objetivos de igualdad, paz y desarrollo. Según la Ley Orgánica 1/2004 (2004), los agresores considerarían a las mujeres “carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión”.

La violencia de género es cada vez más visible y señalada, como se expone en la página web de la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género en “La violencia contra la mujer: definición”, pero los micromachismos quedan arraigados y normalizados, dificultando la identificación del maltrato, tales como insistencia abusiva, intimidación, paternalismo protector, desautorización o utilizar la lástima como herramienta para conseguir algo (Expósito, 2011).

Históricamente, se ha descrito al agresor o maltratador con una serie de características: agresividad, falta de control de la ira, maltrato en la infancia, etc., pero esto solo le resta responsabilidad. Ni las mujeres nacen predispuestas a ser víctimas ni los hombres están predeterminados a ser agresores; estos estereotipos han permitido y reforzado que las violencias y la desigualdad de poder continúen. La existencia de este fenómeno se debe al sistema patriarcal que proclama que los poderosos están en pleno derecho de dominación sobre los menos poderosos y que la violencia es una herramienta más (Expósito, 2011), posicionando a la mujer en sumisión ante el hombre (Real Academia Española, 2005). No es algo nuevo; a lo largo de toda la historia, incluso en la actualidad, las reglas y normas se han creado por y para hombres (ONU Mujeres, 2026).

Esta lucha por la igualdad entre personas independientemente de su género es el denominado “feminismo”, que debería inculcarse desde la infancia (ONU Mujeres, 2026). Eliminar estas violencias es un deber colectivo; se tiene que educar en el respeto, el consentimiento y la igualdad de género, como declara la Oficina Nacional Contra las Violencias Sexuales.

Dentro de la violencia de género existe un abanico de violencias, entre las que se encuentra la sexual. La web de la Oficina Nacional contra las Violencias Sexuales (ONVIOS) las describe como aquellas situaciones donde una persona realiza o intenta realizar actos de carácter sexual sin el consentimiento explícito, válido, real (sin coacción, intimidación, violencia, influencia de sustancias ni manipulación) y claramente expresado de otra persona. Este consentimiento tiene que ser libre y voluntario, informado, específico, entusiasta y reversible.

La evidencia destaca que factores sociales tales como los mitos sobre la violación, creencias basadas en estereotipos rígidos sobre los roles de género y la aceptación de la violencia como medio para obtener sumisión son parte de la causalidad de una violencia sexual (Schwartz, 1991).

Las víctimas deben recibir atención especializada psiquiátrica o psicológica para abordar los sentimientos de ansiedad, culpa, humillación y vergüenza que suelen aparecer (Toro Merlo, 2013). Sufrir una agresión de este calibre es un atentado contra la seguridad de la propia persona (González Fernández & Pardo Fernández, 2007). Deben recibir una asistencia única por la naturaleza del trauma, que las empodere y ayude a recuperarse (Directiva 2024/1385, 2024).

1.1.1 Datos estadísticos

El Ministerio de Igualdad del Gobierno de España realizó una Macroencuesta de Violencia Contra la Mujer en 2024 (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2025), extrayendo las siguientes estadísticas – entre otras – sobre mujeres residentes en España de 16 años o mayores:

a. En la pareja

En algún momento de su vida, por parte de una pareja, 2.692.564 mujeres (12,7%) han sufrido violencia física y/o sexual; 4.454.473 mujeres (20,9%) violencia psicológica emocional; 5.333.578 mujeres (25,1%) violencia psicológica de control; 2.488.962 mujeres (11,7%) violencia económica. Cabe destacar que la violencia psicológica (emocional, de control o miedo) y/o la económica acompañan en el 95,6% de los casos a la violencia física y/o sexual.

El 48,4% de las mujeres que han sufrido violencia física y/o sexual en la pareja han sufrido lesiones físicas, y el 82,6% han sufrido consecuencias psicológicas. En casi la mitad de los casos (43,1%) de cualquier tipo de violencia física, sexual o psicológica todavía quedan secuelas en la actualidad. Además, haber sufrido maltrato en la pareja aumenta el riesgo de suicidio por 6; en la violencia física o sexual, específicamente, es 11 veces mayor que en quien no la haya padecido.

b. Fuera de la pareja

3.020.472 mujeres (14,2%) han sufrido violencia física fuera del ámbito de pareja. En el 44,2% de los casos fue por parte de hombres; en el 27,5% ambos géneros. La mayor parte de la violencia fue ejercida por personas conocidas. El 49,5% de las víctimas han tenido lesiones físicas y el 59% han tenido consecuencias psicológicas. El 36,6% de ellas aún tienen secuelas.

3.076.748 mujeres (14,5%) han sufrido violencia sexual fuera del ámbito de la pareja. La mayoría de los casos han sido formas de violencia sexual distintas de la violación (12,7%), seguido por intentos (3,2%) y violaciones (3,1%). En más del 98,2% de los casos, el agresor fue un hombre; la mayoría de veces (62,7%) un amigo o conocido, seguido por un familiar (23,1%) y un desconocido (12%).

220.194 mujeres (1%) han sido violadas bajo los efectos del alcohol o las drogas (sumisión química). En el intervalo entre 18 y 24 años, el porcentaje de mujeres asciende a 2,8% del total de la población femenina.

De las mujeres que han sufrido una violación y no han denunciado, destacan los siguientes motivos: ser menor (37,9%), vergüenza (37,6%) o culpa (19,3%), no darle importancia (32,7%), temor a no ser creída (21,4%), miedo al agresor (20,6%), y "eran otros tiempos, no se hablaba de esto" (19,2%).

El 33,8% de los casos de violación sufrió lesiones físicas; el 77,1% consecuencias psicológicas. En el 49,3% de los casos de violación aún quedan secuelas.

1.1.2 Formas de maltrato

Dentro de la violencia de género, se diferencian diversas formas de maltrato:

Violencia física: Maltrato a través de agresiones, daño o sufrimiento físico – directo o indirecto – incluyendo el asesinato, ejercidas por el agresor hacia la mujer.

Incluye actos que atenten contra su integridad física o tengan riesgo de ello (ACNUR, 2022; Concejalía de Igualdad, 2025).

Violencia psicológica: Conducta verbal o no verbal que atenta contra la integridad psicomoral y emocional de una mujer, además del daño a bienes de la víctima para infundir temor y el acoso por razón de sexo. Incluye gritos, humillaciones, amenazas, coacción, vejaciones, exigencia de obediencia, comentarios y desprecios, entre otros (ACNUR, 2022; Concejalía de Igualdad, 2025).

Violencia sexual: Acto de naturaleza sexual que no sea consentido ni consensuado por la víctima, incluyendo la imposición de un modelo de sexualidad, abuso o agresión sexual, violación sexual, exhibicionismo y provocación sexual, inducción a la prostitución o violencia sexual en el ámbito digital, entre otros (ACNUR, 2022).

Violencia económica: Limitación, privación no justificada legalmente o discriminación en la disposición de los bienes, recursos patrimoniales o derechos económicos de una mujer, incluyendo la dependencia económica forzada impidiendo su acceso al mercado laboral (Concejalía de Igualdad, 2025)

Violencia social: Limitación y control por parte del agresor, induciendo a la mujer al aislamiento social, separándola de cualquier vínculo para alejarla de su entorno y privarla de apoyos y recursos (ACNUR, 2022; Concejalía de Igualdad, 2025).

Violencia ambiental: Conducta de dañar el entorno físico de la mujer para intimidarla e infundir temor (ACNUR, 2022).

Violencia vicaria: Instrumentalización de la violencia a través de los hijos e hijas de la víctima, menores e incluso mascotas, para atentar contra la integridad psicoemocional de la mujer (ACNUR, 2022).

Violencia de género digital: Violencia de género ejercida a través de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para tener un control absoluto y seguimiento de la mujer (ACNUR, 2022).

1.1.3 Marco normativo

Las siguientes normas han sido extraídas de la página web del apartado Normativa de la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, entendida como

malos tratos en el ámbito de pareja, pero incluyendo otras formas de violencia hacia las mujeres y niñas:

La Constitución Española (1978) garantiza la igualdad mediante legislación específica, a destacar:

- Ley Orgánica 1/2004 (2004): Entiende la violencia de género como fruto de la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de hombres sobre mujeres. Incluye la violencia física y psicológica, y establece medidas protectoras de prevención, asistencia y erradicación.
- Ley Orgánica 3/2007 (2007): Derecho a la igualdad y la no discriminación por género. Obliga a los poderes públicos a promover condiciones para que la igualdad sea real y efectiva.
- Ley Orgánica 8/2021 (2021): Incluye la violencia de género como una forma de maltrato infantil.
- Ley Orgánica 10/2022 (2022): Garantía y protección del derecho a la libertad sexual y erradicación de la violencia sexual.
- Ley Orgánica 4/2023 (2023): Protege contra la violencia por identidad de género.

En el ámbito autonómico de Cataluña destaca la Ley 5/2008 (2008), para la erradicación de la violencia machista. Incluye medidas integrales de prevención, detección, sensibilización y atención.

A nivel europeo, se subraya la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2010), que prohíbe toda discriminación, incluyendo por razones de sexo (Artículo 21), y busca garantizar la igualdad entre géneros (Artículo 23). Sobresale la Directiva (UE) 2024/1385 del Parlamento Europeo y del Consejo (Directiva 2024/1385, 2024) al ser la primera norma comunitaria dictada específicamente para combatir la violencia contra la mujer; proporciona un marco integral de prevención y actuación específica con perspectiva interseccional, establece la igualdad y no discriminación como valor esencial y derecho fundamental, define delitos como la explotación sexual y las ciberviolencias, y garantiza una denuncia fácil, inmediata, accesible y segura. Además, entre otros artículos, especifica que los servicios de apoyo deben empoderarlas y ayudarlas a recuperarse.

A nivel internacional, es interesante mencionar la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 18 de diciembre de 1979,

ratificada por España en 1983. Obliga a los Estados que la ratifican a garantizar la igualdad de género en todos los ámbitos (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer — Panamá, 2024; Convención CEDAW, 1979).

1.1.4 Consecuencias de la violencia

Diferentes entidades describen consecuencias y secuelas de la violencia de género en todas las áreas de la vida de la mujer, que pueden ser devastadoras, duraderas o permanentes, y fatales (Naciones Unidas. Centro Regional de Información, 2023; Schwartz, 1991). Incluso, pueden ocurrir indirectamente como resultado del maltrato, como conductas dañinas para la salud (Jina & Thomas, 2013).

A nivel de salud física, se describen lesiones, enfermedades crónicas, trastornos del sueño, deterioro funcional, incapacidad, obesidad, trastornos gastrointestinales, abuso de sustancias, entre otros (Consulado Contigo, 2024; Ruiz-Pérez et al., 2004).

En cuanto a salud mental, se refiere sintomatología como ansiedad, depresión, estrés postraumático, trastornos alimenticios, baja autoestima, problemas de concentración y de toma de decisiones, dificultad para realizar actividades de la vida diaria y relacionarse, sensación de invalidez e inutilidad, desregulación emocional y afectiva, evitación de estímulos relacionados con el trauma o hablar de él, etc. (Consulado Contigo, 2024; González Fernández & Pardo Fernández, 2007; Ruiz-Pérez et al., 2004; Serrano-Rodríguez et al., 2024).

Se incluyen el aislamiento social, consecuencias económicas (dificultad para encontrar trabajo, etc.) y otro tipo de vulnerabilidades (culturales, sociales, entre otras) (Consulado Contigo, 2024).

Centrándonos específicamente en la violencia sexual, González Fernández y Pardo Fernández (2007) describen, además de la sintomatología ya expuesta, la posibilidad de desarrollar trastornos como el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, que presenta particularidades comunes como alteraciones de memoria o episodios disociativos, entre otros.

La disociación se entiende como una alteración de la conciencia y de las funciones mentales que deberían operar de forma integrada; es un mecanismo de

supervivencia ante el trauma en forma de despersonalización o embotamiento (distanciamiento de la experiencia o del momento para poder bloquear el dolor). Además, se produce una ruptura de la identidad (no reconocerse o sentirse dividida). Puede incluso no reconocer objetos como propios y tener una percepción distorsionada del continuo tiempo (González Fernández & Pardo Fernández, 2007).

1.2. Trastorno de Estrés Postraumático Complejo

Judith Herman, *Trauma and Recovery* (1992), describe por primera vez el Trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT-C; TEPT complejo o trauma complejo) para rellenar los “vacíos” que dejaba el Trastorno de estrés postraumático (TEPT), no lograba captar la sintomatología del trauma prolongado y repetido y las profundas deformaciones de la personalidad que sufrían los veteranos de guerra (Herman, 1992).

En el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), no encontramos una diferenciación entre el TEPT y el TEPT-C, sino que se modificaron los criterios diagnósticos del TEPT para rellenar esos “huecos en blanco” que había expuesto Herman. Las ideas principales del diagnóstico del TEPT ofrecido por el DSM-5 son:

- A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual (real o amenaza)
 - 1. Experiencia directa
 - 2. Presencia directa ocurrido a otros
 - 3. Saber que el suceso ha ocurrido a un familiar próximo o amigo íntimo
 - 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso
- B. Presencia de uno o más síntomas de intrusión tras la experiencia:
 - 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso
 - 2. Sueños angustiosos recurrentes relacionados con el suceso
 - 3. Reacciones disociativas donde siente o actúa como si repitiera el suceso
 - 4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso
 - 5. Reacciones fisiológicas intensas a factores que simbolizan o parecen aspectos del suceso
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso tras la experiencia:
 - 1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos relacionados

2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos relacionados
- D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso que comienzan tras la experiencia, manifestadas por dos o más:
1. Amnesia disociativa
 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas de uno, el resto o el mundo
 3. Percepción distorsionada persistente de la causa o consecuencias del suceso
 4. Estado emocional negativo persistente
 5. Disminución importante del interés o participación en actividades
 6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas
- E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso que comienza tras la experiencia, manifestada por dos o más:
1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación)
 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo
 3. Hipervigilancia
 4. Respuesta de sobresalto exagerada
 5. Problemas de concentración
 6. Alteración del sueño
- F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes
- G. La alteración causa malestar significativo o deterioro en áreas importantes para la persona
- H. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica

Especificar si:

- Con síntomas disociativos de despersonalización o de desrealización
- Con expresión retardada

Por otro lado, el CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2025) sí incluyó dicho trastorno aparte del TEPT:

Tabla 1*Criterios diagnósticos comparativos entre TEPT y TEPT complejo*

Criterio	TEPT	TEPT complejo
Exposición al suceso	Exposición a un evento o eventos extremadamente amenazantes u horribles	Exposición a un evento/s amenazante/s u horrible/s, o eventos frecuentemente prolongados o repetitivos de los que resulta difícil o imposible escapar
Sintomatología	Reexperimentación Evitación de pensamientos, recuerdos, situaciones, personas o actividades que recuerden al evento Percepción persistente de amenaza actual acentuada (hipervigilancia o reacción de sobresalto aumentada)	Reexperimentación Evitación de pensamientos, recuerdos, situaciones, personas o actividades que recuerden al evento Percepción persistente de amenaza actual acentuada (hipervigilancia o reacción de sobresalto aumentada) Desregulación del afecto Sentirse disminuido, derrotado o sin valor Sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el evento Dificultad para mantener relaciones
Temporalidad y deterioro	Los síntomas persisten mínimo varias semanas y causan un deterioro significativo en áreas importantes	Los síntomas causan un deterioro significativo en áreas importantes

1.3. El cerebro traumatizado

Hay cinco zonas principalmente implicadas en el trauma, y todas ellas están interconectadas, por lo que la hipoactivación/hiperactivación de una afectará a otra (Sweeton, 2019):

La amígdala recibe información sensorial y determina si una situación o persona representa una amenaza. Al activarse, suprime las funciones cerebrales superiores encargadas del pensamiento racional y la regulación emocional, y junto con el hipotálamo, activa el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA), que provoca la respuesta de estrés en el cuerpo (el sistema nervioso simpático). Esta respuesta hace reaccionar mediante huida, lucha o parálisis. En un cerebro traumatizado, la amígdala suele estar hiperactivada; se dificulta pensar con claridad, concentrarse, tener conciencia de uno mismo, tener conductas y hábitos saludables, y desata reacciones de amenaza frente a estímulos no peligrosos (Sweeton, 2019).

La ínsula se encarga de la percepción (mantener el equilibrio en el cuerpo y percibir su ubicación en el espacio) y la interocepción (percibir y conectar con la experiencia y las sensaciones internas, que nos dan información valiosa sobre la emoción experimentada). En un cerebro traumatizado, suele desregularse, dificultando la identificación y gestión de emociones y sensaciones físicas angustiosas. Puede estar hipoactivada (disociación, embotamiento), hiperactivada (reactividad emocional, arrebatos) o hiperreactiva a los cambios de las sensaciones internas (Sweeton, 2019).

El hipocampo permite que podamos experimentar sucesos sintiendo que ya han pasado. En una persona traumatizada, suele estar hipoactivada y ser más pequeña, causando problemas de memoria y dificultad para regular el estrés. Los recuerdos de situaciones de alto estrés podrían estar distorsionados o no haber sido registrados. En un TEPT, el hipocampo suele proporcionar información desacertada a la amígdala e informar de que un estímulo inofensivo alguna vez ha sido peligroso, y por ende debe activar la respuesta de estrés (Sweeton, 2019).

La corteza prefrontal se encarga de la concentración, toma de decisiones, conciencia de uno y del resto, empatía, inteligencia social, autorregulación, personalidad, etc. En un cerebro traumatizado suele estar hipoactivada, impidiendo procesar correctamente situaciones estresantes o desencadenantes del trauma y dificultando desenvolverse en las relaciones (Sweeton, 2019).

La corteza cingulada suele estar hipoactivada en personas traumatizadas, dificultando la supervisión de conflictos, detección de errores, autorregulación de emociones y pensamientos, y toma de decisiones. De esta forma, no logra atenuar la hiperactivación de la amígdala propia del trauma, derivando en una mayor reactividad emocional ante desencadenantes del trauma (Sweeton, 2019).

Van der Kolk (2015), mediante tomografías, halló que el área de Broca, una de las encargadas del habla, no aparecía en los escáneres cuando se desencadenaba un flashback porque se desconectaba. Esto imposibilita expresar en palabras lo que se siente o piensa mientras ocurre. Es por esto que a muchas víctimas les cuesta hablar de lo sucedido; el cuerpo revive el trauma y se dificulta articularlo.

La zona que sí se iluminaba en las tomografías era el área 19 de Brodmann, que registra las imágenes vistas por primera vez, por lo que no debería activarse con sucesos que ya han pasado. En los recuerdos traumáticos sí ocurría, como si estuviesen experimentándolo de nuevo por primera vez (Van der Kolk, 2015).

Estas reexperimentaciones y flashbacks ocurren gracias – en parte – al mal funcionamiento del tálamo, zona que se encarga de captar las sensaciones de los sentidos e integrarlas. Cuando no funciona como debe, las sensaciones de los sentidos se integran fragmentadas, cada una por su lado. Sonidos u olores que no deberían ser amenazantes se identifican como tal porque se han asociado a la sensación y las emociones vividas durante el trauma, y no al contexto. La experiencia traumática no se registra como una historia, sino como huellas sensoriales aisladas (Van der Kolk, 2015).

La conectividad entre las áreas cerebrales es esencial para comprender cómo se afectan unas a otras (Sweeton, 2019):

Conectividad cortical-subcortical: las conexiones entre la corteza prefrontal y la cingulada con la amígdala permiten regular y reducir la actividad de esta última, disminuyendo las reacciones de miedo y emociones negativas (Sweeton, 2019). En el cerebro traumatizado se dificulta atenuar la actividad de esta área; la persona tiene menos control sobre su reacción frente a un desencadenante del trauma. La amígdala daría “falsas alarmas” porque los lóbulos frontales habrían perdido la capacidad regular y calmar el cuerpo (Van der Kolk, 2015).

Conectividad insular: la conexión bilateral demasiado fuerte entre amígdala e ínsula provoca reacciones exageradas de miedo e hipersensibilidad a sensaciones físicas (gracias a la ínsula), a lo que la amígdala haría una interpretación catastrófica y una reacción desmedida (Sweeton, 2019)

1.4. Modelos de intervención

1.4.1 Terapia cognitivo-conductual

La Terapia Cognitivo-Conductual o TCC consiste en entender cómo y qué piensa una persona sobre sí, el resto y el mundo, y cómo sus acciones afectan a sus pensamientos y emociones, con el fin de cambiar su forma de pensar y actuar (cognición y conducta) para que se sienta mejor (Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental, 2022). Consta de cuatro pilares básicos de aprendizaje: clásico, operante, social y cognitivo (Minici et al., 2001), y se estructura en tres pasos: evaluación del caso, aplicación de técnicas orientadas a objetivos, y evaluación de la terapia y ajustes necesarios para mantener los cambios (Minici et al., 2001)

Para víctimas de abuso sexual, se recomienda específicamente la TCC centrada en el trauma (TCC-CT), que incluye técnicas psicoeducativas, de relajación, exposición y modificación cognitiva (Becerra Gálvez et al., 2024).

Una revisión sistemática y metaanálisis de Cambridge mostró que la TCC-CT ayudaba a disminuir el autoconcepto negativo y mejorar las relaciones interpersonales, pero no es suficiente por sí sola para abordar todo el perfil de un trauma complejo (Karatzias et al., 2019). En contraposición, otro estudio destaca su eficacia en casos de abuso sexual, disminuyendo la sintomatología depresiva, la culpa y la vergüenza, pero sin mejoras en la ansiedad (a diferencia de otros estudios; en este caso, el agresor estaba libre) (Becerra Gálvez et al., 2025). Además, una investigación reveló que es probablemente eficaz en la mejora de la regulación y autoconcepto de jóvenes con trauma complejo (Morelli et al., 2025).

1.4.2 Modelo trifásico de Herman

El modelo trifásico para el tratamiento del trauma complejo, propuesto originalmente por Judith Herman, se divide en tres fases: Seguridad y

estabilización (se establece un entorno seguro), Procesamiento (se trabaja con el duelo y el recuerdo) y Reconexión (reconectar con la vida diaria). Herman explica que no tienen por qué seguirse literalmente, las describe como un intento de simplificar un proceso muy complejo (Herman, 1992).

Destaca que no se debe dar por garantizada la alianza terapéutica; debe ser construida minuciosamente porque, tras un trauma, cuesta volver a confiar. La terapia se debe basar en los valores arrebatados: persuasión sobre coerción, ideas sobre fuerza y cooperación sobre autoridad. Para una recuperación efectiva, la paciente será su propia autora y árbitra, y la psicóloga actuará como aliada y observadora. Ambas deben perseguir los mismos objetivos, y crear una conexión positiva para que la usuaria sea más capaz de tomar buenas decisiones, fijarse metas realistas y alcanzarlas. Asimismo, la profesional será la responsable de adaptar su estilo de apego, comunicación y forma de ver el mundo a las de la paciente para que la información sea mejor procesada (Herman, 1998).

Afirma que el tratamiento debe adecuarse siempre al momento exacto en que se encuentra la paciente, respetando sus tiempos. Hasta que no haya recuperado el control sobre el propio cuerpo y el entorno (seguridad física, autocuidado, autonomía básica, estabilización sintomática) no se debe ahondar en el procesamiento del recuerdo o la reconstrucción de los hechos (Herman, 1998). Si la superviviente se niega a relatar lo ocurrido, se respetará; ella decide qué, cuándo y a quién lo cuenta (Herman, 1992). Para ello, es esencial que comprenda qué le ocurre y por qué: psicoeducación (Tena Hernández, 2020).

El gran reto de la recuperación es reprogramar el cerebro, que a raíz del trauma ha aprendido que los demás son una amenaza y que uno mismo no sirve para nada; esto es, en esencia, la neuroplasticidad (Van der Kolk, 2015).

Las investigaciones de neuroimagen de Van der Kolk demostraron cómo el trauma altera las estructuras cerebrales, provocando la necesidad de un enfoque terapéutico que las tuviese en cuenta. Explica cómo el paciente puede perder la capacidad de hablar sobre el suceso o estar preparado (Van der Kolk, 2015), y forzarle a ello provocaría una revictimización, entendida en este contexto como una forma de victimización secundaria asistencial, al interponer la exigencia de un relato ante la estabilización (Gutiérrez de Piñeres Botero et al., 2008). Van der Kolk (2015) explica que se debe abordar la gran huella que el trauma deja en el

cerebro y el cuerpo, y se puede hacer sin necesidad de un relato, y manifiesta haber tenido éxito con sus pacientes.

1.4.3 EMDR

El modelo Eye Movement Desensitization and Reprocessing o EMDR fue originado por Francine Shapiro para tratar el trauma psicológico, entre otras experiencias, pero ha evolucionado para integrarse en planes de tratamiento y abarcar más trastornos. No requiere una exposición ni una narrativa exhaustiva, y ha demostrado ser equivalente a la TCC, disminuyendo significativamente el TEPT. Es un tratamiento de ocho fases que tiene como objetivo superar experiencias angustiosas, desensibilizar ante desencadenantes del trauma y desarrollar comportamientos deseados (Oren & Solomon, 2012).

La emocionalidad y/o disociación producidas por un acontecimiento traumático pueden alterar el procesamiento de la información, por lo que el recuerdo se almacenaría sin las conexiones asociativas adecuadas pero con las sensaciones físicas y emociones negativas intactas. De esta forma, al activarse por situaciones similares, se reexperimenta el suceso, como ocurre en el TEPT (Oren & Solomon, 2012). El terapeuta buscará comprender las raíces de la experiencia traumática y crear nuevas asociaciones (reprocesamiento) (Asociación EMDR España, s.f.).

El usuario se concentra en un estímulo como golpeteo en las manos u hombros o movimientos oculares, mientras atiende a estímulos angustiosos evocados por asociación libre de forma dosificada (Oren & Solomon, 2012). La estimulación bilateral disminuye el malestar que producen los recuerdos o estímulos asociados, permitiendo que se procesen adecuadamente y se integren en la memoria. Esto ocurre porque el EMDR habilita que la corteza prefrontal recupere la capacidad de regular las respuestas de la amígdala (Amann et al., 2023).

2. Objetivos

Objetivo general: Diseñar una propuesta de intervención rigurosa y personalizada, donde no sea necesario el relato de suceso, para que la usuaria pueda tener una mayor calidad de vida y reducir su sintomatología.

Objetivos específicos:

- Desarrollar un plan de intervención que pueda servir de referencia para casos similares en la atención a las violencias de género.
- Validar de la propuesta de intervención mediante la evaluación y correcciones de un Sistema de Juezas

3. METODOLOGÍA

3.1. Participantes

Con el fin de garantizar la adecuación, coherencia, validez y corrección de las sesiones del plan de intervención, dado que no será implementado, se llevará a cabo un Sistema de juezas. Tres expertas evaluarán las 21 sesiones preparadas con el objetivo de verificar su rigurosidad. Se proporcionó una hoja informativa (véase Anexo A) y una hoja de consentimiento informado (véase Anexo B).

Las juezas de este estudio, cuya privacidad se respetará no revelando sus nombres, han sido escogidas por sus perfiles diferentes pero complementarios y necesarios, de los que destaco la siguiente actividad:

Jueza B.: Tras graduarse en Psicología, ha realizado posgrados en Violencia familiar, Psicología jurídica y forense, y un máster en Psicología General Sanitaria. Pertenece a la junta de la sección Mujeres, géneros y diversidades del COPC, es co-coordinadora y miembro de grupos de trabajo de violencias machistas y ha organizado jornadas estatales de psicología contra la violencia de género. Se ha formado en EMDR y ha trabajado como psicóloga en el SIAD, como conferenciante en temas relacionados con el género y como formadora en prevención de la violencia; entre muchos otros cargos y formaciones.

Jueza S.: Graduada en Psicología y formada en Terapia Breve Estratégica, Psicología Perinatal y con acreditación nacional de experta en Psicología de la Intervención Social. Ha trabajado como docente en universidades impartiendo asignaturas relacionadas con la evaluación y el diagnóstico psicológico. Destaca en su trayectoria una combinación de práctica clínica, intervención socioeducativa e investigación, junto con una gran experiencia en el campo de la intervención social con población adolescente vulnerable y sus familias.

Jueza M.: Tras graduarse en Psicología, realizó un posgrado de Intervenciones Psicológicas en Terapia Sexual y de Pareja, másteres en Promoción de la Salud Sexual, en Intervención e Investigación Psicosocial, en Sexología Clínica y en Psicología General Sanitaria, y una formación en EMDR, entre otros. En el plano laboral, ha desempeñado funciones como técnica en proyectos de Perspectiva de Género y Feminismo, psicóloga de Apoyo Psicosocial, acompañando en la superación de violencias sexuales, sexóloga clínica o psicóloga sanitaria.

3.2. Instrumentos

Para facilitar la evaluación, se proporciona a las juezas, de forma individual, una plantilla estructurada donde deben puntuar en formato Likert (5 = Excelente; 4 = Adecuada; 3 = Mejorable; 2 = Insuficiente; 1 = Inadecuada) si cada técnica o procedimiento ideado es adecuado al caso, encaja con el objetivo, es coherente con la fase y si su orden dentro de la fase o plan es correcto.

Para que el plan de intervención fuese considerado válido por las juezas, el instrumento se sometió a dos rondas de evaluación. Tras una primera corrección, la plantilla inicial (véase Anexo C) se actualizó para ajustarse al criterio de las expertas, dando lugar a una segunda versión de la rúbrica (véase Anexo D), la cual obtuvo la aprobación definitiva de las juezas. Esto significa que el plan de intervención fue considerado adecuado, coherente y correcto en su totalidad.

Se presenta un ejemplo de la segunda rúbrica:

Figura 1. Fragmento de la segunda rúbrica de evaluación

FASE 1							
SESIÓN	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	Adecuada al caso	Encaja con objetivo	Coherente con la fase	Orden correcto en la fase	COMENTARIOS / CORRECCIONES / SUGERENCIAS
1	Alianza terapéutica, conocer sus necesidades y objetivos, validar y normalizar su narrativa	Entrevista no estructurada					
	Identificación de su estado	Ventana de tolerancia					
	Diferenciar cuando se "dispara" o "desconecta"	Termómetro del malestar Espectro de colores <i>Deberes: Diario para anotar contexto donde sale de la ventana de tolerancia incluyendo espectro</i>					
2							
3	Comprensión del trauma	Psicoeducación					
	Conocimiento de su historia actual	Línea de vida					
4		<i>Deberes: exploración de sensaciones externas</i>					
	Herramientas sencillas aplicables	Meditación a paso lento Respiración diafragmática + posturas de ayuda					
5		Preguntas de invitación e indagación					
	Creación de un lugar seguro	Creación de un lugar seguro					
6	Preparación de la siguiente fase	Explicación del plan de intervención ideado					

3.3. Procedimiento

Una vez escogido el caso sobre el que se iba a realizar el plan de intervención (Anya, nombre ficticio), y a partir de la información aportada por el SIAD, se identificó un cuadro clínico de trauma complejo derivado de la agresión sexual:

La usuaria describe una sintomatología que encaja con un diagnóstico de Trastorno del Estrés Postraumático Complejo, también conocido como Trauma complejo o TEPT-C (Organización Mundial de la Salud, 2025): Tras sufrir un evento extremadamente amenazador (una agresión sexual bajo los efectos de la sumisión química), sufre reexperimentación del suceso en forma de recuerdos intrusivos, pesadillas (alteración del sueño) y flashbacks acompañados de emociones abrumadoras y sensaciones físicas; lo que deriva en ansiedad. Evita recordar el evento de forma consciente y relatarlo, refiere problemas de memoria, está en constante hipervigilancia y sensación de amenaza (ataques de pánico, piernas dormidas al caminar). Tiene problemas en la regulación emocional y afectiva, se siente inválida, inútil y culpable, y muestra dificultades para relacionarse desde el incidente. La presencia de esta sintomatología ha causado un deterioro significativo en su esfera personal, familiar, social y educativa (bachillerato a distancia y problemas de concentración).

Además de los síntomas que confirman el trastorno, describe sintomatología propia de una víctima de violencia sexual: trastornos gastrointestinales (Consulado Contigo, 2024; Ruiz-Pérez et al., 2004), alteraciones de la memoria (pérdidas, amnesia), disociación (deja de estar presente, se ve “desde fuera”), ruptura de la identidad (no se reconoce, desconexión cuerpo-mente, siente que está dividida en dos) y percepción distorsionada del tiempo (siente que han pasado los años mientras ella estaba “parada”) (González Fernández & Pardo Fernández, 2007).

Se decidieron las prioridades a tratar en el caso de Anya (desregulación emocional, autoconcepto negativo, fragmentación de la identidad y pánico al salir de casa), teniendo en cuenta que no se abordarían el relato ni los recuerdos del suceso, y siendo realistas en cuanto a las limitaciones, pues era la primera vez que la usuaria acudía a una terapia especializada y se debía empezar “desde cero”.

A través de una búsqueda exhaustiva de bibliografía relacionada con el trauma complejo y la violencia de género, se identificaron los procesos que ocurren en un

cerebro traumatizado y, por ende, las consecuencias psicológicas y fisiológicas que tiene una experiencia de dicho calibre en la víctima. Se determinó que el mejor modelo de intervención era el modelo trifásico de Herman porque fue ideado específicamente para abordar casos de trauma complejo priorizando la seguridad y estabilización de la paciente (Herman, 1992). Se consideró idónea la existencia de tres fases dentro del proceso de intervención, que fueron adaptadas al caso: establecimiento de la seguridad, procesamiento y recuperación, y reconexión con la vida.

Para la elección de las técnicas y procedimientos a realizar en las sesiones, se revisó la literatura consultada y se amplió la bibliografía para tener un extenso abanico de posibilidades. Se decretó el objetivo de cada una de las fases y de cada una de las sesiones, para que todas tuviesen propósito y razón de ser. La terapia debía ser variada y flexible para abarcar el mayor número de sintomatología posible, pero siempre teniendo diferentes opciones porque, al no poder aplicarlo directamente en la usuaria, no se sabe qué funcionará mejor en su caso. Se escogieron técnicas para trabajar sobre esa "huella" que el trauma ha dejado en ella (Van der Kolk, 2015): psicoeducación para que entienda lo que le ocurre, estrategias para aliviar la ansiedad, herramientas para una mejor regulación emocional, técnicas para aumentar el autocuidado y un mejor autoconcepto, métodos para controlar mejor la disociación, estrategias para unificar su identidad fragmentada, identificación de metas para conseguir que recupere la esperanza, técnicas para trabajar con los flashbacks cuando aparecen, entre otros.

Una vez desarrollada la propuesta, el siguiente paso era encontrar a tres expertas para el Sistema de juezas. Debían aportar puntos de vista distintos pero complementarios, por lo que se decretó que hacían falta tres perfiles diferentes:

- Jueza con experiencia directa en violencias de género y sus consecuencias
- Jueza experta en evaluaciones psicológicas e intervenciones breves
- Jueza con formación específica de violencia sexual y sus consecuencias

Para el desarrollo de la plantilla de evaluación, se priorizó la corrección rápida y sencilla de cada una de las técnicas, optando por cuatro factores (si la técnica es adecuada para el caso, si encaja con el objetivo, si es coherente con la fase, y si el orden dentro de dicha fase es correcto) a puntuar en formato Likert (5 =

Excelente; 4 = Adecuada; 3 = Mejorable; 2 = Insuficiente; 1 = Inadecuada). Se decidió que, a partir de una media de 4, la técnica es aceptada como válida.

El día 6 de mayo de 2026, fue enviada a las tres juezas escogidas con anterioridad, de forma individual, la primera plantilla de evaluación, una hoja de consentimiento y una informativa. Una vez devolvieron la plantilla corregida el día 28 de mayo, se actualizaron las sesiones para ajustarse al criterio de las expertas, de forma que resultó una segunda rúbrica, enviada a cada jueza el 31 de mayo.

Una vez que las juezas habían puntuado cada procedimiento, se aplicaron las correcciones y se hizo una segunda pasada, donde deliberaron que las sesiones finalmente eran adecuadas, encajaban, eran coherentes y correctas.

4. RESULTADOS

La sujeto de este estudio es la usuaria alrededor de la cual se ha desarrollado la propuesta de intervención, Anya (*nombre ficticio para proteger su intimidad*). Las sesiones personalizadas presentadas a continuación han sido ideadas a partir del informe proporcionado por el SIAD (véase Anexo E) y perfeccionadas por el Sistema de Juezas.

Las correcciones de la primera evaluación se presentan a continuación:

Jueza B.

Figura 2. Primera revisión de la Jueza B.

FASE 1							
SESIÓN	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	Adecuada al caso	Encaja con objetivo	Coherente con la fase	Orden correcto en la fase	COMENTARIOS / CORRECCIONES / SUGERENCIAS
1	Alianza terapéutica, conocer sus necesidades y objetivos, validar y normalizar su narrativa	Entrevista no estructurada	5	5	5	5	
2	Comprensión del trauma	Psicoeducación del funcionamiento neuropsicológico de su sintomatología	4	5	5	5	Sería interesante hacer constar que si la mujer lo requiere, se pueda hacer psicoeducación en más sesiones, dado que es mucha información para alguien con trauma complejo. Se puede "aturullar". O bien, darle información pero muy "sencilla" en esta sesión. ¡Lo del mantra me ha encantado!
3	Identificación y diferenciación de sus estados de "disparación" y "desconexión"	Ventana de tolerancia	5	5	5	5	Todos los recursos planteados en esta fase, ayudarán a la mujer a pasar al cajón de la consciencia muchos malestares. Y desde ahí, se puede trabajar mucho mejor en terapia.
		Termómetro del malestar	5	5	5	5	
		Espectro de colores	5	5	5	5	
		Deberes: Diario para anotar contexto donde sale de la ventana de tolerancia incluyendo espectro	5	5	5	5	
4	Conocimiento de su historia actual	Línea de vida	5	5	5	5	Es posible que esta sesión se convierta en dos; dependerá de lo que la paciente comparta.
	Herramientas sencillas aplicables	Meditación a paso rápido	5	5	5	5	La línea de la vida ocupará mucho espacio en una sesión (la 4). Este recurso necesitará de espacio más allá de la consulta.
		Respiración diafragmática + posturas de ayuda	5	5	5	5	
		Preguntas de invitación e indagación	5	5	5	5	
5	Creación de un lugar seguro	Deberes: exploración de sensaciones internas y externas	5	5	5	5	Está muy bien porque refuerza lo aprendido en la sesión.
5	Preparación de la siguiente fase	Creación de un lugar seguro	5	5	5	5	
		Explicación del plan de intervención ideado	5	5	5	5	

FASE 2							
SESIÓN	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	Adecuada al caso	Encaja con objetivo	Coherente con la fase	Orden correcto en la fase	COMENTARIOS / CORRECCIONES / SUGERENCIAS
6	Conexión con el cuerpo Promoción del autocuidado	Práctica de sensibilización sensorial	5	5	5	5	
		Yoga	5	5	5	5	La adaptación a hacerlo sentada o tumbada es muy importante. Que ella elija ya es importante.
		Entrenamiento autógeno	5	5	5	5	
7	Regulación y anclaje con ancla o tapping	Tapping con perra	5	5	5	5	Es un recurso muy valioso en terapia.
		Tapping con propio cuerpo	5	5	5	5	Es su templo, y más tras la violencia sexual.
		Tapping con ancla externa (collar)	5	5	5	5	Un plan B muy bien adaptado!
8	Conseguir que identifique y diferencie sus propias emociones	Sincronización con el paso de perra	5	5	5	5	Otra opción muy interesante como alternativa.
		Psicoeducación con tarjetas ilustradas y rueda de las emociones	5	5	5	5	
		Escaneo corporal	5	5	5	5	Es esencial vincular las emociones, como bien has hecho, con el cuerpo.
9	Control sobre emociones y pensamientos Comprender cómo se proyecta Trabajar la desesperanza	Deberes: <i>esritura extensa de descripción de emociones que no identifica con ayuda de tarjetas y rueda</i>	5	5	5	5	Perfecto como autoconocimiento.
		Inspección de sistemas integrados	5	5	5	5	
		Dibujo externalizador y preguntas socráticas	4	4	4	4	
10	Mejora de la autocomunicación y autoestima	Logoterapia: análisis existencial	5	5	5	5	
		Logoterapia: búsqueda de modelos	5	5	5	5	
		Redacción de frases de validación	5	5	5	5	
10		Deberes: <i>autocaracterización desde el punto de vista de familiar, pareja y perra.</i>	5	5	5	5	Puede dar mucha información del sistema familiar y entorno que no haya compartido aún, si es el caso.

11	Cambiar autoconcepto de culpa y sensación de invalidez e inutilidad	Árbol con hojas como pequeñas victorias Encuentra un ápice de verdad	5	5	5	5	
12	Modificar creencias negativas de inutilidad	EMDR para procesar mejor el mensaje CN: "Soy incapaz e inválida" CP: "Soy capaz y válida" // CN: "No avanzo" CP: "Estoy avanzando"	5	5	5	5	Señalar que la CN y la CP debe elegirla la mujer.
13	Fomentar el autocuidado y trabajar su identidad	Metáfora del jardín Promesa de autocuidado a un yo anterior y vulnerable	5	5	5	5	
14	Proyectar una identidad más allá del trauma	Pregunta milagro (situación hipotética en la que se recupera mágicamente)	4	5	5	5	
		Plantear metas a futuro	5	5	5	5	Es muy importante para eliminar la desesperanza y la sensación de pérdida de control.
		Deberes: <i>escritura de una carta con razones para continuar, y leerla cuando se sienta desesperanzada</i>	5	5	5	5	
15	Evitación de rumiación	Técnica de los 5 sentidos (5-4-3-2-1)	4	5	5	5	
		Conciencia sensorial	5	5	5	5	Es posible que ésta opción la pondría la primera, no como plan B, porque será más fácil que una persona que disocia atienda a un objeto y se centre en él. Sólo centrarse en 1 objeto sin pensar demasiado (el pensamiento es lo que hace disociar)
		Anclaje en el presente; evitación de flashbacks	5	5	5	5	
16	Cierre de la fase 2	Kit de herramientas trabajadas	5	5	5	5	Genial idea!
16	Preparación para la fase 3	Explicación del procedimiento de la fase 3	5	5	5	5	

FASE 3							
SESIÓN	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	Adecuada al caso	Encaja con objetivo	Coherente con la fase	Orden correcto en la fase	COMENTARIOS / CORRECCIONES / SUGERENCIAS
17	Conexión con la vida diaria	Realización de una rutina con metas diarias o semanales sin horarios prefijados	5	5	5	5	
18	Identidad y autocomunicación	Autocaracterización desde el punto de vista de un observador externo	5	5	5	5	
	Visión de superviviente	Mesa de colaboración: Anya adulta agradece a sus partes pero toma el control	5	5	5	5	
	Recuperación de relaciones y creación de nuevos vínculos	Entrenamiento en asertividad, límites y comunicación	5	5	4	4	El entrenamiento de la asertividad posiblemente yo lo hubiera puesto dentro de la fase 2.
19	Visualizar el proceso vivido	Propuesta de voluntariado presencial individual / telemático	5	5	5	5	
20		Dibujo externalizador; se comparará con el realizado al comienzo	5	5	5	5	
21	Cierre terapéutico	Explicación de que los procesos no son lineales, recordatorio de las herramientas adquiridas y avances realizados	5	5	5	4	Posiblemente la uniría con la sesión anterior, la 20.

Jueza M.

Figura 3. Primera revisión de la Jueza M.

FASE 1							
SESIÓN	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	Adecuada al caso	Encaja con objetivo	Coherente con la fase	Orden correcto en la fase	COMENTARIOS / CORRECCIONES / SUGERENCIAS
1	Alianza terapéutica, conocer sus necesidades y objetivos, validar y normalizar su narrativa	Entrevista no estructurada	5	5	5	5	Perfecto, muy bien abordado y con mucha coherencia.
2	Comprensión del trauma	Psicoeducación del funcionamiento neuropsicológico de su sintomatología	5	5	5	4	Qué importante este "estoy en proceso"! Depende del caso igual tienes que poder trabajar antes la ventana de tolerancia y luego la explicación, para que durante la explicación del trauma tenga recursos de regulación.
	Identificación y diferenciación de sus estados de "disparación" y "desconexión"	Ventana de tolerancia	5	5	5	4	
3		Termómetro del malestar	5	5	5	5	
		Espectro de colores	5	5	5	5	
		Deberes: Diario para anotar contexto donde sale de la ventana de tolerancia incluyendo espectro	5	5	5	5	

4	Conocimiento de su historia actual	Línea de vida	5	5	5	5	Creo que esto pueden ser dos sesiones tranquilamente, lo veo mucha cosa para un caso como el de Anya. Mejor hacer poquito y que tenga buena sensación que intentar correr mucho. Yo la meditación a paso rápido y la exploración de sensaciones internas y externas, dudo. Mejor olores, sensaciones del espacio, frío o calor.
	Herramientas sencillas aplicables	Meditación a paso rápido	3	2	2	2	
		Respiración diafragmática + posturas de ayuda	5	5	5	5	
		Preguntas de invitación e indagación	5	5	5	5	
		<i>Deberes: exploración de sensaciones internas y externas</i>	5	2	2	2	
5	Creación de un lugar seguro	Creación de un lugar seguro	5	5	5	5	Genial, incluso en casos así, antes de la línea de vida por si se desregula tener el recurso.
5	Preparación de la siguiente fase	Explicación del plan de intervención ideado	5	5	5	5	

FASE 2

SESIÓN	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	Adecuada al caso	Encaja con objetivo	Coherente con la fase	Orden correcto en la fase	COMENTARIOS O CORRECCIONES PROCEDIMIENTO
6	Conexión con el cuerpo Promoción del autocuidado	Práctica de sensibilización sensorial	5	5	5	5	Me planteo si es demasiado todo en una sesión
		Yoga	5	5	5	5	
		Entrenamiento autógeno	5	5	5	5	
7	Regulación y anclaje con ancla o tapping	Tapping con perra	5	5	5	5	
		Tapping con propio cuerpo	5	5	5	5	
		Tapping con ancla externa (collar)	5	5	5	5	
8	Conseguir que identifique y diferencie sus propias emociones	Sincronización con el paso de perra	5	5	5	5	
		Psicoeducación con tarjetas ilustradas y rueda de las emociones	5	5	5	5	
		Escaneo corporal	5	5	5	5	
		<i>Deberes: estritura extensa de descripción de emociones que no identifica con ayuda de tarjetas y rueda</i>	5	5	5	5	
	Control sobre emociones y pensamientos	Inspección de sistemas integrados	5	5	5	5	Me parece especialmente interesante! Creo que va muy en línea de la idea de mentalización, y es muy necesario y útil!
9	Comprender cómo se proyecta	Dibujo externalizador y preguntas socráticas	5	5	5	5	

10	Trabajar la desesperanza	Logoterapia: análisis existencial	5	5	5	5	Creo que en un caso como este, frases de este estilo pueden costar muchísimo de integrar en el cuerpo, e incluso ser demasiado abrumadoras. Yo lo pondría en interrogante según ella vaya respondiendo al resto de ejercicios, para valorar si le puede ayudar o generar rechazo.
	Mejora de la autocomunicación y autoestima	Logoterapia: búsqueda de modelos	5	5	5	5	
		Redacción de frases de validación	4	4	5	5	
		<i>Deberes: autocaracterización desde el punto de vista de familiar, pareja y perra</i>	5	5	5	5	
11	Cambiar autoconcepto de culpa y sensación de invalidez e inutilidad	Árbol con hojas como pequeñas victorias	5	5	5	5	Este incluso más adelante puede ser super interesante. Creo que pueden ser pequeñas victoria terapéuticas o pequeñas victorias en su día. Y esto inicialmente también le puede reforzar mucho
		Encuentra un ápice de verdad	5	5	5	5	Estoy de acuerdo con lo que comentas de valorar si está perparada o se hace más adelante
12	Modificar creencias negativas de inutilidad	EMDR para procesar mejor el mensaje CN: "Soy incapaz e inválida" CP: "Soy capaz y válida" // CN: "No avanzo" CP: "Estoy avanzando"	5	5	5	5	Ideal, creo que además ya puede estar en el punto de empezar a entrar con emdr. Creo que esta fase de emdr, debería de durar varias sesiones más. Ya que con una sola es difícil que se cierre bien o quede bien abordado.

13	Fomentar el autocuidado y trabajar su identidad	Metáfora del jardín	3	4	5	5	Aquí va muy bien trabajar el ejercicio de "loving eyes", creo que habiendo hecho emdr será muy probable que haya salido su niña pequeña, adolescente o la de antes de la agresión.
		Promesa de autocuidado a un yo anterior y vulnerable	3	4	5	5	
14	Proyectar una identidad más allá del trauma	Pregunta milagro (situación hipotética en la que se recupera mágicamente)	5	5	5	5	
	Plantear metas a futuro	Carta con identificación de metas a corto y largo plazo	5	5	5	5	
		<i>Deberes: escritura de una carta con razones para continuar, y leerla cuando se sienta desesperanzada</i>					
15	Evitación de rumiación	Técnica de los 5 sentidos (5-4-3-2-1)	5	5	3	3	Yo estás dos técnicas de anclaje las haría muchísimo antes, creo que son herramientas de anclaje que cuando antes las tenga, mejor. Cuanto antes pueda salir de la cabeza, no entrar en rumiación y en encadenamiento de pensamientos negativos, será más favorable para su proceso y su recuperación. Además esto le va a ayudar con el sentimiento de desesperanza, de no avanzar.
		Conciencia sensorial	5	5	3	3	
	Anclaje en el presente; evitación de flashbacks	Estimulación bilateral cinestésica	1	1	1	1	
16	Cierre de la fase 2	Kit de herramientas trabajadas	5	5	5	5	
16	Preparación para la fase 3	Explicación del procedimiento de la fase 3	5	5	5	5	

FASE 3							
SESIÓN	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	Adecuada al caso	Encaja con objetivo	Coherente con la fase	Orden correcto en la fase	COMENTARIOS O CORRECCIONES PROCEDIMIENTO
17	Conexión con la vida diaria	Realización de una rutina con metas diarias o semanales sin horarios prefijados	5	5	5	5	Creo que otra forma de decirle a esto sería la capacidad de mentalizar. La capacidad de mirarse a sí misma y a los demás. Te dejo aquí información por tener alternativas si las necesitas o si te aptecen https://formacionpsicoterapia.com/blog-psicoterapia/mentalizacion-contexto-terapeutico/
18	Identidad y autocomunicación	Autocaracterización desde el punto de vista de un observador externo	5	5	5	5	
18	Visión de superviviente	Mesa de colaboración: Anya adulta agradece a sus partes pero toma el control	5	5	5	5	Este es suuper potente!
19	Recuperación de relaciones y creación de nuevos vínculos	Entrenamiento en asertividad, límites y comunicación	4	5	5	5	
19		Propuesta de voluntariado presencial individual / telemático	4	4	5	5	
20	Visualizar el proceso vivido	Dibujo externalizador; se comparará con el realizado al comienzo	5	5	5	5	Aquí hay una técnica, que es una visualización que se llama "el camino de la recuperación" y también va super bien para ver la evolución. Cómo empezaron y cómo están ahora.
21	Cierre terapéutico	Explicación de que los procesos no son lineales, recordatorio de las herramientas adquiridas y avances realizados	5	5	5	5	

Jueza S.

Figura 4. Primera revisión de la Jueza S.

FASE 1							
SESIÓN	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	Adecuada al caso	Encaja con objetivo	Coherente con la fase	Orden correcto en la fase	COMENTARIOS / CORRECCIONES / SUGERENCIAS
1	Alianza terapéutica, conocer sus necesidades y objetivos, validar y normalizar su narrativa	Entrevista no estructurada	5	5	5	5	Bien redactado
2	Comprensión del trauma	Psicoeducación del funcionamiento neuropsicológico de su sintomatología	5	5	5	5	
3	Identificación y diferenciación de sus estados de "disparación" y "desconexión"	Ventana de tolerancia	5	5	5	5	
		Termómetro del malestar	4	5	5	5	
		Espectro de colores	5	5	5	5	
		Deberes: Diario para anotar contexto donde sale de la ventana de tolerancia incluyendo espectro	4	5	5	5	
4	Conocimiento de su historia actual	Línea de vida	5	5	5	5	Cuidado! Es posible que estés intentando abarcar mucho en una sesión
	Herramientas sencillas aplicables	Meditación a paso rápido	5	5	5	5	
		Respiración diafragmática + posturas de ayuda	5	5	5	5	
		Preguntas de invitación e indagación	5	5	5	5	
		Deberes: exploración de sensaciones internas y externas	5	5	5	5	
5	Creación de un lugar seguro	Creación de un lugar seguro	5	5	5	5	
5	Preparación de la siguiente fase	Explicación del plan de intervención ideado	5	5	5	5	Muy bien abordada esta primera fase

FASE 2							
SESIÓN	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	Adecuada al caso	Encaja con objetivo	Coherente con la fase	Orden correcto en la fase	COMENTARIOS O CORRECCIONES PROCEDIMIENTO
6	Conexión con el cuerpo	Práctica de sensibilización sensorial	5	5	5	5	
	Promoción del autocuidado	Yoga	5	5	5	5	
		Entrenamiento autólogo	5	5	5	5	
7	Regulación y anclaje con ancla o tapping	Tapping con perra	5	5	5	5	
		Tapping con propio cuerpo	5	5	5	5	
		Tapping con ancla externa (collar)	5	5	5	5	
		Sincronización con el paso de perra	5	5	5	5	
8	Conseguir que identifique y diferencie sus propias emociones	Psicoeducación con tarjetas ilustradas y rueda de las emociones	5	5	5	5	
		Escaneo corporal	5	5	5	5	
		Deberes: escritura extensa de descripción de emociones que no identifica con ayuda de tarjetas y rueda	5	5	5	5	
9	Control sobre emociones y pensamientos	Inspección de sistemas integrados	5	5	5	5	No me terminan de gustar las preguntas socráticas
	Comprender cómo se proyecta	Dibujo externalizador y preguntas socráticas	3	5	5	5	

10	Trabajar la desesperanza	Logoterapia: análisis existencial	5	5	5	5	
	Mejora de la autocomunicación y autoestima	Logoterapia: búsqueda de modelos	5	5	5	5	
		Redacción de frases de validación	5	5	5	5	
		Deberes: autocaracterización desde el punto de vista de familiar, pareja y perra	5	5	5	5	
11	Cambiar autoconcepto de culpa y sensación de invalidez e inutilidad	Árbol con hojas como pequeñas victorias	5	5	5	5	
		Encuentra un ápice de verdad	4	5	5	4	No sé cómo le podría sentar esto, dependería de cómo se encontrase ella...
12	Modificar creencias negativas de inutilidad	EMDR para procesar mejor el mensaje CN: "Soy incapaz e inválida" CP: "Soy capaz y válida" // CN: "No avanzo" CP: "Estoy avanzando"	5	5	5	5	
13	Fomentar el autocuidado y trabajar su identidad	Metáfora del jardín	5	5	5	5	Me gusta la metáfora del jardín pero no me cuadra la promesa de autocuidado. Yo, la quitaría y pondría algo más larga la metáfora, quizá, de alguna forma.
		Promesa de autocuidado a un yo anterior y vulnerable	3	3	3	3	
14	Proyectar una identidad más allá del trauma	Pregunta milagro (situación hipotética en la que se recupera mágicamente)	5	5	5	5	
	Plantear metas a futuro	Carta con identificación de metas a corto y largo plazo	5	5	5	5	
		Deberes: escritura de una carta con razones para continuar, y leerla cuando se sienta desesperanzada					
15	Evitación de rumiación	Técnica de los 5 sentidos (5-4-3-2-1)	5	5	5	5	No estoy segura sobre esta técnica para ella. La veo potente pero me rechina. Le daría una vuelta. Las otras técnicas sí que están bien
		Conciencia sensorial	5	5	5	5	
	Anclaje en el presente; evitación de flashbacks	Estimulación bilateral cinestésica	3	5	5	5	
16	Cierre de la fase 2	Kit de herramientas trabajadas	5	5	5	5	
	Preparación para la fase 3	Explicación del procedimiento de la fase 3	5	5	5	5	Muy bien hecha esta fase 2
FASE 3							
SESIÓN	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	Adecuada al caso	Encaja con objetivo	Coherente con la fase	Orden correcto en la fase	COMENTARIOS O CORRECCIONES PROCEDIMIENTO
17	Conexión con la vida diaria	Realización de una rutina con metas diarias o semanales sin horarios prefijados	5	5	5	5	
18	Identidad y autocomunicación	Autocaracterización desde el punto de vista de un observador externo	5	5	5	5	
	Visión de superviviente	Mesa de colaboración: Anya adulta agradece a sus partes pero toma el control	5	5	5	5	
19	Recuperación de relaciones y creación de nuevos vínculos	Entrenamiento en asertividad, límites y comunicación	5	5	5	5	Me gusta la idea para que vuelva a salir a la calle, pero claro que dependería de cómo llegue ella a esta sesión...
		Propuesta de voluntariado presencial individual / telemático	4	4	5	5	
20	Visualizar el proceso vivido	Dibujo externalizador; se comparará con el realizado al comienzo	5	5	5	5	
21	Cierre terapéutico	Explicación de que los procesos no son lineales, recordatorio de las herramientas adquiridas y avances realizados	5	5	5	5	Buena última fase!

En general, se puede observar que la jueza más rigurosa ha sido la Jueza M., mientras que la Jueza S. y Jueza B. han estado de acuerdo con la mayoría de las sesiones ideadas, aportando comentarios de mejora de la calidad.

Las sugerencias de la Jueza B. se han centrado en especificar que será la mujer quien tome el control en algunas sesiones y decida cómo realizar la planificación (por ejemplo, hacer yoga sentada o tumbada en la sesión 6, o escoger las creencias en EMDR). Además, también ha sugerido dividir algunas sesiones en dos por intentar abarcar demasiado en 60 minutos (sesión 2 y sesión 4), e incluso unir otras que quedaban demasiado escuetas (sesiones 20 y 21). Asimismo, ha propuesto un cambio de orden entre dos técnicas de una sesión (sesión 15; poner conciencia sensorial antes que técnica de los 5 sentidos), y mover una sesión a la fase anterior (sesión 19).

La jueza M. ha sugerido realizar la sesión 3 antes que la 2 argumentando que es ideal que la mujer tenga los recursos de la tercera sesión mientras se hace la psicoeducación de la segunda. Por otro lado, comenta que las sesiones 4 y 6 abarcan demasiado y es mejor hacer dos hacerlas en dos veces. Además, añade que dos de las técnicas de la sesión 4, la meditación a paso rápido y la exploración de sensaciones internas eran demasiado abrumadoras para el caso y debía centrarse más en las sensaciones puramente externas. De la misma forma, expresa que es posible que el EMDR no quede bien abordado en una sesión y deban hacerse más. En la misma línea, opina que la redacción de frases de validación de la sesión 10 deben quedar en "interrogante", especificando que sólo se realizaría si consideramos que la mujer está preparada. También comenta que sería interesante que el árbol de victorias de la sesión 11 se realizase más de una vez. En la 15, rechaza la estimulación bilateral cinestésica por ser poco adecuada para la usuaria, siendo demasiado compleja e introspectiva, ahondando mucho en flashbacks. Por lo que respecta a las otras dos técnicas de la sesión, recomienda hacerlas mucho antes.

Por lo que respecta a la Jueza S., en la misma línea que las otras dos expertas, opina que la sesión 4 debe separarse en dos. Rechaza las preguntas socráticas de la sesión 9, la promesa de autocuidado de la 13 (proponiendo alargar la otra técnica de la sesión para que rellene los 60 minutos), y la estimulación bilateral cinestésica de la 15. Por otro lado, recomienda especificar que en la sesión 11, el procedimiento "encuentra un ápice de verdad" solo se realizaría si se considera que la mujer está lista, en consonancia con la sesión 19, donde la propuesta de voluntariado dependerá de cómo llegue Anya a esa fase.

Por ende, los cambios realizados en la primera plantilla para crear la segunda, siguiendo el criterio de las juezas, han sido los siguientes:

Sesión 2 y 3. Cambio de orden entre la sesión 2 y 3. Se consideró que era más adecuado para el caso que la psicoeducación se realizase en la tercera sesión.

Sesión 4. Se separa en dos por ser demasiado para una sesión; en la primera se realizará la línea de la vida y se propondrá la tarea de análisis de sensaciones externas (se eliminan las sensaciones internas por ser demasiado pronto para Anya). En la segunda sesión, se realizarían la respiración diafragmática y las

preguntas de invitación e indagación, pero se cambia la meditación a paso rápido por la meditación a paso lento, más adecuada para Anya en este momento.

Sesión 6. Se divide en dos por ser demasiado para una sesión; en la primera se realizarían la práctica de sensibilización sensorial y el yoga (añadiendo que Anya elegirá si hacerlo sentada o tumbada), y en la segunda se realiza el entrenamiento autógeno. Como queda demasiado corta, se han incluido dos técnicas de la sesión 15 que se habían recomendado hacer mucho antes. Por tanto, en esta sesión quedaría conciencia sensorial, técnica de los 5 sentidos y entrenamiento autógeno. Además, ahora la conciencia sensorial es la primera opción, y en la técnica de los 5 sentidos se especifica que solo se realizaría si Anya está preparada.

Sesión 10. La redacción de frases de seguridad y validación queda en interrogante, constando que solo se llevaría a cabo si creemos que está lista para procesar, integrar y aceptar estas afirmaciones en su cuerpo sin abrumentarla.

Sesión 11. El árbol con pequeñas victorias se iba a realizar únicamente en el contexto de la terapia, ahora se lo llevará a casa para continuar rellenándolo con avances terapéuticos o pequeñas victorias diarias.

Sesión 12. Se especifica que la CN y CP serán elegidas por la usuaria. Además, se añade que esta sesión será una prueba de EMDR para ver cómo reacciona Anya. Se podrán realizar más si se considera idóneo o la creencia no queda bien integrada o no se ha cerrado correctamente.

Sesión 13. La promesa de autocuidado se elimina por no ser considerada adecuada para el caso. En la metáfora del jardín deberá dibujarlo para visualizarlo mejor.

Sesión 15. Aquí se encontraban las técnicas de estimulación bilateral cinestésica, 5 sentidos y conciencia sensorial. Se ha considerado que la estimulación bilateral cinestésica no era adecuada para el caso, por lo que se ha eliminado. Además, se recomendaba poner las técnicas de 5 sentidos y conciencia sensorial mucho antes, por lo que ahora están en la actual sesión 8, donde había quedado un vacío.

Sesión 20 y 21. Se unen para que el cierre terapéutico no sea una sesión completa, pues quedaría demasiado escueta.

Una vez aplicados los cambios especificados, se realizó la segunda rúbrica a evaluar, donde las expertas consideraron la propuesta de intervención válida,

puntuando todas las sesiones con un 4 o un 5. Se presenta la plantilla de evaluación con las medias de las puntuaciones de las tres juezas:

Figura 5. Media de las puntuaciones de las tres juezas

FASE 1						
SESIÓN	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	Adecuada al caso	Encaja con objetivo	Coherente con la fase	Orden correcto en la fase
1	Alianza terapéutica, conocer sus necesidades y objetivos, validar y normalizar su narrativa	Entrevista no estructurada	5	5	5	5
2	Identificación de su estado Diferenciar cuando se "dispara" o "desconecta"	Ventana de tolerancia	5	5	5	5
		Termómetro del malestar	4,67	5	5	5
		Espectro de colores	5	5	5	5
		<i>Deberes: Diario para anotar contexto donde sale de la ventana de tolerancia incluyendo espectro</i>	4,67	5	5	5
3	Comprensión del trauma	Psicoeducación	5	5	5	5
4	Conocimiento de su historia actual	Línea de vida	5	5	5	5
5	Herramientas sencillas aplicables	<i>Deberes: exploración de sensaciones externas</i>	5	5	5	5
		Meditación a paso lento	5	5	5	5
		Respiración diafragmática + posturas de ayuda	5	5	5	5
		Preguntas de invitación e indagación	5	5	5	5
6	Creación de un lugar seguro	Creación de un lugar seguro	5	5	5	5
6	Preparación de la siguiente fase	Explicación del plan de intervención ideado	5	5	5	5

FASE 2						
SESIÓN	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	Adecuada al caso	Encaja con objetivo	Coherente con la fase	Orden correcto en la fase
7	Conexión con el cuerpo Promoción del autocuidado	Práctica de sensibilización sensorial	5	5	5	5
		Yoga	5	5	5	5
8	Anclaje al presente Conexión con el cuerpo Promoción del autocuidado	Conciencia sensorial	5	5	5	5
		Técnica de los 5 sentidos	5	5	5	5
9	Regulación y anclaje con ancla o tapping	Entrenamiento autógeno	5	5	5	5
		Tapping con perra	5	5	5	5
		Tapping con propio cuerpo	5	5	5	5
		Tapping con ancla externa (collar)	5	5	5	5
10	Conseguir que identifique y diferencie sus propias emociones	Sincronización con el paso de perra	5	5	5	5
		Psicoeducación con tarjetas ilustradas y rueda de las emociones	5	5	5	5
		Escaneo corporal	5	5	5	5
11	Control sobre emociones y pensamientos	<i>Deberes: práctica de escritura</i>	5	5	5	5
11	Comprender cómo se proyecta	Inspección de sistemas integrados	5	5	5	5
12	Trabajar la desesperanza Mejora de la autocomunicación y autoestima	Dibujo exteanalizador	5	5	5	5
		Logoterapia: análisis existencial	5	5	5	5
		Logoterapia: búsqueda de modelos	5	5	5	5
		Redacción de frases de validación	5	5	5	5
13	Cambiar autoconcepto de culpa y sensación de invalidez e inutilidad	<i>Deberes: autocaracterización desde el punto de vista de familiar, pareja y perra</i>	5	5	5	5
14	Modificar creencias negativas de inutilidad	Árbol con hojas como pequeñas victorias	5	5	5	5
15	Fomentar el autocuidado y trabajar su identidad	Encuentra un ápice de verdad	5	5	5	5
16	Proyectar una identidad más allá del trauma Plantear metas a futuro	EMDR para procesar mejor el mensaje	5	5	5	5
		Metáfora del jardín dibujando	5	5	5	5
		Pregunta milagro (situación hipotética en la que se recupera mágicamente)	5	5	5	5
		Identificación de metas a corto y largo plazo	5	5	5	5
17	Cierre de la fase 2	<i>Deberes: escritura de una carta con razones para avanzar, y leerla cuando se sienta desesperanzada</i>	5	5	5	5
17	Preparación para la fase 3	Kit de herramientas trabajadas	5	5	5	5
17	Preparación para la fase 3	Explicación del procedimiento de la fase 3	5	5	5	5

FASE 3						
SESIÓN	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	Adecuada al caso	Encaja con objetivo	Coherente con la fase	Orden correcto en la fase
18	Sesación de capacidad, utilidad y validez Conexión con el día a día	Realización de una rutina con metas diarias o semanales sin horarios prefijados	4,67	4,67	4,67	4,67
19	Identidad y autocomunicación	Autocaracterización desde el punto de vista de un observador externo	5	5	5	5
19	Visión de superviviente	Mesa de colaboración	5	5	5	5
20	Recuperación de relaciones o creación de nuevos vínculos	Entrenamiento en asertividad, límites y comunicación	5	5	5	5
20		Propuesta de voluntariado presencial individual / telemático	5	5	5	5
21	Visualizar el proceso vivido	Dibujo externalizador; se comparará con el realizado al comienzo	5	5	5	5
21	Cierre terapéutico	Cierre del proceso terapéutico	5	5	5	5

Por lo tanto, la temporalización del plan de intervención final y resultante a partir de las correcciones de las tres expertas en las sesiones expuestas, se describe a continuación:

FASE 1. ESTABLECIMIENTO DE LA SEGURIDAD

Objetivos:

- Creación de un entorno de seguridad y fomento del desarrollo de la alianza terapéutica
- Conocer a la usuaria en profundidad para adecuar y personalizar el plan de intervención
- Preparar a la usuaria para poder abordar su sintomatología en la fase 2

Tabla 2

Temporalización de la Fase 1. Establecimiento de la seguridad

SESIÓN	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO
1	Establecer un vínculo de colaboración	Entrevista no estructurada
	Conocer sus necesidades y plantear objetivos comunes	
	Validar y normalizar su narrativa	

2	Identificación de su estado	Ventana de tolerancia (Pubill, 2023) Libreta para apuntar
	Diferenciar cuando se "dispara" o "desconecta"	Termómetro del malestar (Sweeton, 2019) Espectro de colores (Pubill, 2023) <i>Deberes: Diario para anotar contexto donde sale de la ventana de tolerancia, incluyendo espectro</i>
3	Comprensión del trauma	Psicoeducación
4	Conocimiento de su historia de vida y momento actual	Línea de la vida (Pubill, 2023). <i>Deberes: exploración de sensaciones externas</i> (Sweeton, 2019)
5	Ofrecer técnicas sencillas para aplicar cuando que sienta que "sale de la ventana"	Meditación a paso lento (Sweeton, 2019) Respiración diafragmática + posturas de ayuda (Sweeton, 2019) Preguntas de invitación e indagación (Sweeton, 2019)
6	Creación de un lugar seguro	Creación de un lugar seguro (Pubill, 2023; Oren & Solomon, 2012)
	Preparación para la siguiente fase	Explicación del plan de intervención ideado

FASE 2. PROCESAMIENTO Y RECUPERACIÓN

Objetivos principales:

- Recuperar la capacidad de autorregulación y sensación de control
- Trabajar gradualmente la sintomatología sin la necesidad de forzar el relato traumático
- Aceptar el trauma como recuerdo y no como identidad

Tabla 3

Temporalización de la Fase 2. Procesamiento y recuperación

SESIÓN	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO
7	Conexión con el cuerpo Promoción del autocuidado	Práctica de sensibilización sensorial (Sweeton, 2019) Yoga (Sweeton, 2019)
8	Anclaje al presente Conexión con el cuerpo Promoción del autocuidado	Conciencia sensorial (Sweeton, 2019) Técnica de los 5 sentidos (Sweeton, 2019) Entrenamiento autógeno (Sweeton, 2019)
9	Regulación y anclaje con ancla o tapping	Tapping (Mollon, 2007) Ancla externa como regulador (Pubill, 2023; Sweeton, 2019) Tapping con perra (Mollon, 2007; Sweeton, 2019) Sincronización con el paso de perra (Mollon, 2007; Sweeton, 2019)

10	Conseguir que identifique y diferencie sus propias emociones	Psicoeducación con tarjetas ilustradas y rueda de las emociones Escaneo corporal (Sweeton, 2019) <i>Deberes: práctica de escritura</i>
11	Control sobre emociones y pensamientos Comprender cómo se proyecta	Inspección de sistemas integrados (Sweeton, 2019) Dibujo externalizador (Paul & Elder, 2007; Pubill, 2023)
12	Trabajar la desesperanza Mejora de la autocomunicación y autoestima	Logoterapia: análisis existencial (Noblejas de la Flor, 2018) Logoterapia: búsqueda de modelos (Noblejas de la Flor, 2018) Redacción de frases de validación <i>Deberes: autocaracterización (Pubill, 2023) desde el punto de vista de familiar, pareja y perra</i>
13	Cambiar autoconcepto de culpa y sensación de invalidez e inutilidad	Árbol con hojas como pequeñas victorias Encuentra un ápice de verdad (Sweeton, 2019)
14	Modificar creencias negativas de inutilidad	EMDR (Oren & Solomon, 2012; Pubill, 2023)
15	Fomentar el autocuidado y trabajar su identidad	Metáfora del jardín dibujando (Wilson & Luciano, 2002)
16	Proyectar una identidad más allá del trauma	Pregunta milagro (Pubill, 2023)

	Plantear metas a futuro	Identificación de metas a corto y largo plazo (Pubill, 2023)
		<i>Deberes: escritura de una carta con razones para avanzar, y leerla cuando se sienta desesperanzada (Pubill, 2023)</i>
17	Cierre de la fase 2	Kit de herramientas trabajadas (Pubill, 2023)
	Preparación para la fase 3	Explicación del procedimiento de la fase 3

FASE 3. RECONEXIÓN CON LA VIDA

Objetivos principales:

- Fortalecimiento de su identidad
- Búsqueda de futuro; reconstrucción
- Consolidar su autonomía

Tabla 4

Temporalización de la Fase 3. Reconexión con la vida

SESIÓN	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO
18	Sensación de capacidad, utilidad y validez Conexión con el día a día	Realización de una rutina con metas diarias o semanales sin horarios prefijados
19	Identidad y autocomunicación	Autocaracterización (Pubill, 2023)
	Visión de superviviente	Mesa de colaboración (Pubill, 2023)

20	Recuperación de relaciones o creación de nuevos vínculos	Entrenamiento en asertividad, límites y comunicación Propuesta de voluntariado presencial individual / telemático (Pubill, 2023)
21	Visualizar el proceso vivido	Dibujo externalizador (Pubill, 2023); se compara con el realizado al comienzo
	Cierre terapéutico	Cierre del proceso terapéutico

Las sesiones completas y detalladas, incluyendo la justificación de cada fase, se encuentran en el Anexo G. A continuación, se presentan tres sesiones como ejemplo:

SESIÓN 1.

En el contexto en que soy una psicóloga privada, una mujer contacta conmigo pidiendo cita por las consecuencias y secuelas que padece de un trauma de hace 3 años. Explica que ha estado acudiendo al SIAD pero se le ha quedado pequeño para lo que necesita; me ha escogido por mi formación en trauma complejo y porque estoy cerca de su casa, así que concertaríamos una primera visita con ella.

Objetivos de la sesión:

- Establecer un vínculo de colaboración
- Conocer sus necesidades y plantear objetivos comunes
- Validar y normalizar su narrativa

En esta primera sesión, se acuerda con Anya priorizar el abordaje de la sintomatología actual por encima de la narrativa del suceso. Definimos juntas los objetivos de la terapia.

Para evitar la revictimización, se acuerda firmar una hoja de consentimiento (véase Anexo F) para ponerme en contacto con el SIAD y conocer mejor su caso sin necesidad de que ella tenga que repetir el relato, pero dejando claro que la

terapia es un espacio de confianza donde es libre de expresarse si así lo desea. Este acuerdo colaborativo constituye el primer paso de la alianza terapéutica, reafirmando a la mujer que ella tiene el control sobre el proceso y garantizando un entorno de seguridad.

Durante la visita, explico mi formación y forma de trabajar, incluyendo los límites profesionales que deben quedar claros. Aseguro que se respetarán sus ritmos y tiempos, y será ella quien tome las decisiones; no será juzgada ni apresurada. Aclaro que mi función es de guía y acompañamiento, pero ella es un sujeto activo.

Dado que no está preparada todavía para abordar el suceso traumático, se ofrece preparar una serie de sesiones dirigidas a tratar la sintomatología derivada del trauma. Se utilizan la escucha activa y la validación constante de sus sentimientos y reacciones. Para poder realizar correctamente el plan de intervención, se busca conocer cómo se regula, en qué momentos, cuál es su rutina diaria, etc.

Para finalizar, se hace un resumen de la sesión para que quede claro lo acordado, y me intereso por saber cómo se ha sentido durante la visita. Se acuerda una sesión semanal de 60 minutos.

SESIÓN 19.

Objetivo:

- Identidad y autocomunicación
- Visión de superviviente

Procedimiento:

- Autocaracterización (Pubill, 2023)
- Mesa de colaboración (Pubill, 2023)

Durante la Fase 2, Anya redactó **autocaracterizaciones** desde el punto de vista de personas cercanas a ella. Esta vez, se hará en tercera persona, como un observador de su vida y proceso.

Además, se plantea la actividad de **mesa de colaboración**, donde la adulta Anya agradece a las diferentes partes de sí misma y a sus etapas vitales haberla protegido, pero declarándoles ahora es ella quien tiene el mando.

SESIÓN 21.

Objetivo:

- Visualizar el proceso vivido
- Cierre terapéutico

Procedimiento:

- Dibujo externalizador (Pubill, 2023)

Se pide que repita el **dibujo externalizador**, con la misma consigna: retratar cualquier elemento que sienta que la representa, para analizar por qué se siente identificada con ello. Se compara con el realizado a principios de la fase 2 para que pueda visualizar sus avances, camino y evolución. Cómo comenzó y cómo está ahora, que vea que hay una salida, una luz al final del camino.

Con esta última sesión, no se pretende cerrar una puerta ni dar por finalizada la recuperación. Se explica que los procesos no son lineales, hay baches y pasos hacia atrás. Lo importante es no olvidar nunca la meta y tener o buscar herramientas para llegar a ella. Es importante que entienda que su cambio no es "mágico" o externo, sino que lo ha conseguido ella, con su esfuerzo y compromiso. Se anima a que siga avanzando y progresando, recordándole que no está sola.

No se enfoca el **cierre del proceso terapéutico** como un final sino como el inicio de un camino largo y duro, pero por el que ya está transitando.

Se recuerdan los avances que ha hecho y se repasa la "caja de herramientas" que se lleva con ella. Se hace una última respiración para terminar desde la calma, y entonces, da por finalizada la terapia, repitiendo una vez más el mantra: "he hecho un proceso duro, pero he avanzado y estoy progresando, me lo demostraré".

5. DISCUSIÓN Y LIMITACIONES

5.1. Discusión

El objetivo principal de este estudio ha sido diseñar un plan teórico de intervención personalizado para el caso de Anya, sin la necesidad de una narrativa del trauma. El eje central de la propuesta ha sido abordar la sintomatología de la usuaria respetando sus tiempos y límites, atendiendo a la demanda explícita de no relatar

lo ocurrido. Esta decisión se alinea con lo expuesto por Van der Kolk (2015), quien explicó que priorizar la verbalización del trauma cuando la mujer no está lista puede derivar en una retraumatización. Por este motivo se decidió estructurar el plan de intervención con el modelo trifásico de Herman (1992), que defiende el establecimiento de la seguridad y el autocuidado por delante de la narrativa.

Es por ello que la Fase 1 (Establecimiento de la seguridad) se centra exclusivamente en construir un entorno seguro, consolidar una alianza terapéutica sólida y ofrecer psicoeducación del trauma, en concordancia con los objetivos del modelo de Herman (1992).

Atendiendo a los criterios diagnósticos de un trauma complejo (Organización Mundial de la Salud, 2025) y entendiendo las consecuencias que un trauma tiene en el cerebro y la mente – como la sintomatología disociativa e identidad fragmentada, desregulación emocional, evitación de estímulos relacionados o autoconcepto negativo expuestos por González Fernández y Pardo Fernández (2007), o los cambios a nivel cerebral (hiper o hipoactivación, reducción de tamaño, etc.) que ocurren tras la experiencia traumática, descritos por Van der Kolk (2015) y Sweeton (2019) –, se han diseñado las fases 2 y 3 en respuesta a estas necesidades. Las sesiones han sido ideadas con el fin de “reparar la huella” que el trauma ha dejado en la mujer, recuperar la conexión entre cuerpo y mente, tal como respaldan Van der Kolk (2015), Herman (1992) y Sweeton (2019)

En el mismo hilo, Van der Kolk (2015) explicó cómo el cerebro se desconfigura tras vivencias traumáticas o profundas, gracias a la neuroplasticidad, y aclara que es posible reconfigurarlo. En consecuencia, la meta de las técnicas escogidas ha sido lograr que el cerebro traumatizado de Anya le “devuelva el control”.

Para la validación de la rigurosidad y adecuación del plan de intervención, un Sistema de Juezas evaluó cada sesión según si era adecuada al caso, encajaba con el objetivo, era coherente con la fase y su temporalización era correcta. Gracias a las correcciones realizadas, se pudo perfeccionar la propuesta personalizada para la usuaria. En líneas generales, las recomendaciones propuestas se centraron en el orden de las técnicas, la cantidad de trabajo por cada sesión – que en ocasiones era desmedido y se debía realizar una segunda sesión –, y algunos procedimientos considerados no adecuados para el momento vital de Anya.

Finalmente, es preciso aclarar que el objetivo final no ha sido el alta terapéutica ni el tratamiento total del trauma, sino ofrecer a Anya la posibilidad de tener una mayor calidad de vida, herramientas y una reducción significativa de su sintomatología.

5.2. Limitaciones

A pesar de que la intervención teórica haya sido validada por tres expertas, la principal limitación de la propuesta es que no ha sido implementada, por lo que no es posible evaluar su eficacia real en el caso de Anya. Como líneas futuras de investigación, lo ideal sería aplicar este protocolo – o una adaptación del mismo – en un caso práctico para evaluar su eficacia.

En la misma línea, es un plan de intervención rígido. Hay unas sesiones preparadas para unos objetivos, pero es posible que en la realidad estos cambien o a la usuaria no le parezcan bien, por lo que deberían ser modificadas a lo largo de la terapia.

Además, las sesiones han sido validadas por tres expertas, cada una con enfoques y criterios diferentes a otros profesionales. Por ende, si el sistema hubiese estado compuesto por otras psicólogas, el resultado no sería el mismo. Esto limita que la propuesta sea aplicable por cualquier terapeuta. Asimismo, existe un sesgo de selección, pues no fueron escogidas aleatoriamente; no son representativas.

Finalmente, si bien la propuesta es generalizable en el sentido en que expone que hay muchas formas de tratar un trauma complejo sin la necesidad de un relato, su diseño original sigue siendo personalizado e individualizado para las características y necesidades de Anya.

6. CONCLUSIONES

Se concluye que el plan de intervención es potencialmente adecuado y eficaz para el caso de Anya, una mujer cuya sintomatología coincide con un trauma complejo derivado de una agresión sexual. Podría servir como referencia o inspiración para casos similares, donde la mujer no se esté preparada para hablar de lo ocurrido. Demuestra que es posible ayudar a una paciente sin que deba relatar ningún

evento traumático. La propuesta cumple los objetivos al priorizar el tratamiento del malestar siguiendo la estructura del modelo trifásico de Judith Herman.

Si bien el plan de intervención no constituye un “tratamiento definitivo y total”, se posiciona como un primer paso, una forma de proporcionarle a Anya una mayor calidad de vida y una reducción de su sintomatología; en definitiva, da respuesta a las necesidades que la mujer expuso desde un primer momento.

REFERENCIAS

- ACNUR. (2022). *Tipos de violencia de género*. Recuperado el 11 de mayo de 2026, de <https://www.acnur.org/es-es/media/tipologias-de-violencia-de-genero>
- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (2024). *Código de Violencia de Género y Doméstica* (Ed. electrónica). Biblioteca Jurídica Digital BOE. https://www.boe.es/biblioteca_juridica/codigos/codigo.php?id=200_Codigo_de_Violencia_de_Genero_y_Domestica_&modo=2
- Amann, B., Valiente, A., Moreno, A., Santed, M. A., & Gonzalez, A. (2023). *Documento sobre evidencia científica de la terapia EMDR*. Asociación EMDR España. <https://www.emdr-es.org/Content/PDF/Diciembre2023/Dossier%20evidencia%20cient%C3%ADfica%20EMDR.pdf>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana. <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Asociación EMDR España. (s.f.). *¿Qué es la terapia EMDR?* Recuperado el 12 de mayo de 2026, de <https://www.emdr-es.org/Sobre-EMDR/Que-es-EMDR>
- Becerra Gálvez, A. L., Sarabia Sánchez, D., & Matus Hernández, C. I. (2025). Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma de una adolescente víctima de abuso sexual: caso clínico . *Revista Clínica Contemporánea*, 16, 1–13. <https://doi.org/10.5093/cc2025a3>
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer — Panamá. (2024). *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer*. ONU Mujeres - Oficina Regional para América Latina y el Caribe. <https://lac.unwomen.org/es/digital-library/publications/2024/08/convencion-sobre-la-eliminacion-de-todas-las-formas-de-discriminacion-contra-la-mujer-comite-para-la-eliminacion-de-la-discriminacion-contra-la-mujer-panama>

- Comunidad Autónoma de Cataluña. (2008). Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. *Boletín Oficial del Estado*, (124), de 22 de mayo de 2008. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-9294>
- Concejalía de Igualdad. (2025, 9 de julio). *Guía Informativa contra la violencia de género desde una perspectiva jurídica*. Ayuntamiento de Alicante. Recuperado el 12 de mayo de 2026, de <https://www.alicante.es/es/noticias/guia-informativa-violencia-genero-perspectiva-juridica>
- Consulado Contigo. (2024, 6 de noviembre). *¿Cuáles son las consecuencias de la violencia de género?* Ministerio de Relaciones Exteriores, Gobierno de Chile. <https://www.consulado.gob.cl/consulado-contigo/cuales-son-las-consecuencias-de-la-violencia-de-genero>
- Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. (s.f.-a). *La violencia contra la mujer: definición*. Ministerio de Igualdad. Recuperado el 13 de mayo de 2026, de <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/definicion/>
- Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. (s.f.-b). *Normativa*. Ministerio de Igualdad. Recuperado el 10 de mayo de 2026, de <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/marconormativo/>
- Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. (2025, 3 de diciembre). *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024*. Ministerio de Igualdad. <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaencifras/macroencuesta-de-violencia-contra-la-mujer-2024/>
- Expósito, F. (2011). Violencia de género. *Mente y Cerebro* (48), 20-25.
- González Fernández, J., & Pardo Fernández, E. (2007). El daño psíquico en las víctimas de agresión sexual. *Interpsiquis*. <https://www.uv.es/crim/cas/Secuelas.Psiquicas.pdf>
- Gutiérrez de Piñeres Botero, C., Coronel, E., & Pérez, C. A. (2008). Revisión teórica del concepto de victimización secundaria. *Liberabit*. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1729-48272009000100006&script=sci_arttext&tlng=es

- Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery*. Basic Books.
<https://ia803207.us.archive.org/14/items/radferm-books/Trauma%20and%20Recovery%20The%20Aftermath%20-%20Judith%20L.%20Herman.pdf>
- Herman, J. L. (1998). Session 8. Recovery from psychological trauma. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52(S1), 145–150.
- Jefatura del Estado. (1978). Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado*, (311.1), de 29 de diciembre de 1978.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
- Jefatura del Estado. (1984). Instrumento de Ratificación de 16 de diciembre de 1983 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, hecha en Nueva York el 18 de diciembre de 1979. *Boletín Oficial del Estado*, (69), de 21 de marzo de 1984.
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-6749>
- Jefatura del Estado. (2004). Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado*, (313), de 29 de diciembre de 2004.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>
- Jefatura del Estado. (2007). Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. *Boletín Oficial del Estado*, (71), de 23 de marzo de 2007. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-6115>
- Jefatura del Estado. (2021). Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. *Boletín Oficial del Estado*, (134), de 5 de junio de 2021.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9347>
- Jefatura del Estado. (2022). Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. *Boletín Oficial del Estado*, (215), de 7 de septiembre de 2022. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-14630>

- Jefatura del Estado. (2023). Ley Orgánica 4/2023, de 27 de abril, para la modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, en los delitos contra la libertad sexual, la Ley de Enjuiciamiento Criminal y la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. *Boletín Oficial del Estado*, (101), de 28 de abril de 2023. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-10213>
- Jina, R., & Thomas, L. S. (2013). Health consequences of sexual violence against women. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(1), 15–26. <https://doi.org/10.1016/J.BPOBGYN.2012.08.012>
- Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., Coventry, P., Mason-Roberts, S., Bradley, A., & Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(11) 1761-1775. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000436>
- Minici, A., Rivadeneira, C., & Dahab, J. (2001). ¿Qué es la Terapia Cognitivo Conductual? *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 1, 1-8. <https://cetecic.com.ar/revista/pdf/que-es-la-terapia-cognitivo-conductual.pdf>
- Mollon, P. (2007). Thought Field Therapy and its derivatives: Rapid relief of mental health problems through tapping on the body. *Primary Care and Community Psychiatry*, 12(3-4). <https://doi.org/10.1080/17468840701750836>
- Morelli, N. M., Straub, D., Hong, K., Nguyen, T., Tabibian, D., & Villodas, M. T. (2025). Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Youth with Complex Trauma Exposure: A Systematic Review. *TRAUMA, VIOLENCE, & ABUSE*, 26(2), 412-428. <https://doi.org/10.1177/15248380251383938>
- Naciones Unidas. Centro Regional de Información. (2023, 17 de junio). *La violencia de género es una de las violaciones más generalizadas de los derechos humanos en el mundo*. UNRIC <https://unric.org/es/la-violencia-de-genero-segun-la-onu/>

- Noblejas de la Flor, M. Á. (2018). Logoterapia, fundamentos y líneas de intervención. *Revista de Psicoterapia*, 29(109), 69–87. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i109.231>
- Oficina Nacional Contra las Violencias Sexuales. (s.f.). *La Oficina Nacional, descripción y funciones*. Ministerio Del Interior. Recuperado el 12 de mayo de 2026, de <https://onvios.ses.mir.es/publico/onvios/>
- ONU Mujeres. (2026, 25 de enero). *¿Qué es el feminismo?* <https://www.unwomen.org/es/articulos/articulo-explicativo/que-es-el-feminismo>
- Oren, E., & Solomon, R. (2012). EMDR therapy: An overview of its development and mechanisms of action. *European Review of Applied Psychology*, 62(4), 197–203. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.08.005>
- Organización Mundial de la Salud. (2025, enero). *CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad*. <https://icd.who.int/browse/2026-01/mms/es#585833559>
- Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2024). Directiva (UE) 2024/1385, de 14 de mayo de 2024, sobre la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. *Diario Oficial de la Unión Europea*, L, de 24 de mayo de 2024. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2024-80770>
- Pubill, M. J. (2023). *Estrategias y técnicas de intervención en trauma y disociación: Un modelo integrador*. Paidós.
- Real Academia Española. (2005). *Informe sobre la expresión Violencia de Género*. <https://www.uv.es/ivorra/documentos/Genero.htm>
- Ruiz-Pérez, I., Blanco-Prieto, P., y Vives-Cases, Carmen. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl 2), 4–12. <https://www.scielosp.org/pdf/gs/2004.v18suppl2/4-12/es>
- Schwartz, I. L. (1991). Sexual Violence Against Women: Prevalence, Consequences, Societal Factors, and Prevention. *American Journal of*

- Preventive Medicine*, 7(6), 363–373. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(18\)30873-0](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(18)30873-0)
- Serrano-Rodríguez, E., Luque-Ribelles, V., & Hervías-Parejo, V. (2024). Psychosocial Consequences of Sexual Assault on Women: A Scoping Review. *Archives of Sexual Behavior*, 54(1), 231–258. <https://doi.org/10.1007/S10508-024-03013-1>
- Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental. (2022). *Terapia cognitivo conductual (TCC)*. https://sepsm.org/wp-content/uploads/2022/06/TERAPIA_COGNITIVO_CONDUCTUAL.pdf
- Sweeton, J. (2019). *Tratar el Trauma. 165 técnicas y consejos para avanzar en la recuperación* (E. Gómez Belastegui, trad.). EDITORIAL SIRIO, S.A.
- Tena Hernández, F. J. (2020). Psicoeducación y salud mental. *SANUM*, 4(3), 36–45. https://revistacientificasanum.com/wp-content/uploads/Vol4n3/Vol4n3-Articulos-PDF/sanum_v4_n3_a5.pdf
- Toro Merlo, J. J. (2013). Violencia sexual. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(4), 217–220. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Unión Europea. (2010). Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. *Diario Oficial de la Unión Europea*, C 83/389. <https://www.boe.es/doue/2010/083/Z00389-00403.pdf>
- Van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma* (M. Foz Casals, trad.). EDITORIAL ELEFThERIA, S.L
- Wilson, K. G., & Luciano Soriano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Ediciones Pirámide.

ANEXOS

Anexo A. Hoja de consentimiento informado para juezas



Full de consentiment informat

Títol de l'estudi: ¹ PROPUESTA TEÓRICA DE INTERVENCIÓN EN UN CASO DE TRAUMA COMPLEJO POR VIOLENCIA SEXUAL

Dades de contacte de l'investigador principal:²

- Nom: Carla Serveto Castañ
- Correu electrònic: carla.serveto@estudiants.urv.cat
- Telèfon (Departament de Psicologia): 977 55 8075
- Adreça postal (Departament de Psicologia): Campus Sescelades, edifici W0; Ctra. de Valls, s/n; 43007 Tarragona

Jo ³ amb DNI

- He llegit el full d'informació al participant sobre l'estudi del qual se m'ha entregat una còpia.
- He pogut fer preguntes i resoldre els meus dubtes sobre l'estudi i la meva participació.
- Compréc la meua participació a l'estudi d'acord amb allò expressat al full d'informació al participant sobre l'estudi i de les respostes a les meves preguntes, així com els riscos i beneficis que comporta.
- Accepto que la meua participació és voluntària i dono lliurement la meua conformitat per participar a l'estudi.
- Conec que em puc retirar en qualsevol moment de la participació a l'estudi sense que això em pugui causar cap perjudici.
- Estic informat sobre el tractament que es realitzarà de les meves dades personals.
- Dono el meu consentiment per a l'accés i utilització de les meves dades en les condicions detallades al full d'informació al participant sobre l'estudi.
☐ Sí ☐ No
- ⁴Dono el meu consentiment per a la difusió de les meves dades personals junt amb la publicació dels resultats de l'estudi.
☐ Sí ☐ No

⁵ I per expressar aquest consentiment, el participant signa en data i lloc aquest full de consentiment:

Signatura del participant

¹ Del projecte de recerca, Tesi Doctoral, TFG o TFM. Si existeix, inclou també el codi o referència de l'estudi.

² Indicar les dades de contacte de l'investigador principal; nom, telèfon, correu electrònic i ubicació física.

³ Indicar el nom i cognoms del participant.

⁴ Només si en els resultats de l'estudi que es publicaran apareix el nom de les persones o dades que permetin identificar la persona, així com la seva imatge o la seva veu sense tècniques d'anonimització.

⁵ Si el participant pot prestar lliurement el consentiment utilitzar aquest redactat fins a la següent nota el redactat del qual es pot eliminar.

Anexo B. Hoja informativa para juezas



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

Edifici Rectorat
Carrer de l'Escorial, s/n
43003 – Tarragona
Tel. +34 977 558 021
Fax +34 977 558 022
www.urv.cat

MODEL DE FULL D'INFORMACIÓ AL PARTICIPANT

TÍTOL DE L'ESTUDI¹

PROPUESTA TEÓRICA DE INTERVENCIÓN EN UN CASO DE TRAUMA COMPLEJO POR VIOLENCIA SEXUAL

INVESTIGADOR PRINCIPAL / DOCTORAND / ESTUDIANT²

[Carla Serveto

– Correu electrònic: carla.serveto@estudiants.urv.cat

– Telèfon (Departament de Psicologia): 977 55 8075

– Adreça postal (Departament de Psicologia): Campus Sescelades, edifici W0; Ctra. de Valls, s/n; 43007 Tarragona]

CENTRE

[Facultat de Ciències de l'Educació i Psicologia] – Universitat Rovira i Virgili (URV)

INTRODUCCIÓ

Ens dirigim a vostè per tal d'informar-lo sobre l'estudi d'investigació en el que se'l convida a participar.

Aquest estudi ha estat aprovat pel **Comitè Ètic de Recerca en Persones, Societat i Medi Ambient (CEIPSA)**³ de la Universitat Rovira i Virgili.

La nostra intenció és que rebí la informació correcta i suficient perquè pugui avaluar i decidir si vol o no participar en aquest estudi. Per aquest motiu, llegeixi aquest full informatiu amb atenció i nosaltres li aclarirem els dubtes que li puguin sorgir. Addicionalment, li informem que vostè es lliure de consultar amb les persones que consideri oportú abans de decidir sobre la seva participació a l'estudi.

PARTICIPACIÓ VOLUNTÀRIA

Ha de saber que la seva participació en aquest estudi és voluntària i que pot decidir no

¹ Del projecte de recerca, tesi doctoral, treball de fi de grau, treball de fi de postgrau o treball de fi de màster. Si existeix, incloure també el codi o referència de l'estudi.

² Indicar les dades de contacte de l'investigador principal: nom, telèfon, correu electrònic i ubicació física.

³ Indicar el comitè ètic d'investigació adient (Comitè Ètic d'Investigació amb medicaments IISPV, Comitè Ètic d'Experimentació amb Animals o bé Comitè Ètic d'Investigació en Persones, Societat i Medi Ambient, segons correspongui). Si no ha estat aprovat per cap comitè, perquè no correspon l'aprovació, aleshores cal eliminar aquesta menció.



participar o canviar la seva decisió i retirar el consentiment en qualsevol moment.

DESCRIPCIÓ GENERAL DE L'ESTUDI⁴

Aquest estudi té com a objectiu oferir una guia d'intervenció rigorosa que pugui servir de referència per casos similars en l'àmbit de l'atenció a les violències de gènere.

El Treball de Fi de Grau presenta el disseny teòric d'una proposta d'intervenció dirigida a un cas vinculat al SIAD de Tarragona; una dona jove víctima de violència sexual que ha desenvolupat un trauma complex derivat de la situació. Donat que la proposta no inclourà una implementació pràctica, la validesa i coherència de les sessions dissenyades es sotmetran a un Sistema de Jutgesses experts en la matèria.

BENEFICIS I RISCOS

Beneficis de l'estudi: participació en la creació d'una proposta rigorosa d'intervenció per casos de violència de gènere similars al descrit en el treball

Riscos: l'estudi no suposa cap risc per al participant

CONFIDENCIALITAT I PROTECCIÓ DE DADES

Tota la informació recopilada sobre les persones participants en el marc d'aquest estudi es mantindrà estrictament confidencial i amb aplicació de les corresponents mesures de seguretat que garanteixin, a més de la seva confidencialitat, la seva integritat, disponibilitat, autenticitat i traçabilitat.^{5 6}

Les dades personals recollides per a l'estudi estaran identificades mitjançant un codi i només l'investigador principal o els seus col·laboradors podran relacionar aquestes dades amb els participants⁷. Mai s'identificarà a les persones participants en cap informe, presentació ni publicació que sorgeixi d'aquest estudi. Per tant, la seva identitat no serà

⁴ Citar els objectius principals de l'estudi d'investigació, descriure en què consistirà la participació de la persona participant, com es contactarà amb les persones participants i les dades personals que seran tractades. Es pot fer servir com a guió el que s'indica a la introducció d'aquest document.

⁵ Aquest paràgraf es pot complementar amb mesures de seguretat específiques que s'apliquin durant la investigació. Podeu contactar amb el Responsable de Seguretat de la URV per rebre assessorament en aquest àmbit.

⁶ Si no es tracten dades personals caldrà indicar la següent menció i obviar el text que segueix a continuació del present apartat i l'apartat INFORMACIÓ AMPLIADA SOBRE EL TRACTAMENT DE DADES PERSONALS: "Aquest estudi no implica el tractament de dades personals ja que les dades que es recullen no es podran vincular, directa o indirectament, als seus titulars."

⁷ Aquest és el sistema habitualment emprat. Si no és així, cal modificar-hi segons correspongui a la investigació



revelada a cap persona, excepte quan sigui requerit pel Comitè d'Ètica al que es sotmet l'estudi amb la finalitat de comprovar les dades i procediments de l'estudi⁸.

Per al tractament de les dades s'utilitzaran els sistemes d'informació propis de la Universitat Rovira i Virgili instal·lats a la seva xarxa informàtica aplicant-se les mesures de seguretat de la informació establertes pel Reial Decret 3/2010 que regula l'Esquema Nacional de Seguretat⁹. Concretament, les dades es recolliran mitjançant una graella d'avaluació¹⁰ i s'introduiran en el sistema d'informació Word¹¹.

El personal investigador de l'estudi es compromet a complir la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, a més del Reglament (UE) núm. 2016/679, del Parlament europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals, i signarà un compromís de participació i confidencialitat.

La finalitat del tractament de les dades és la participació en l'estudi d'acord amb el consentiment de la persona participant¹².

La persona participant podrà interrompre la seva participació a l'estudi retirant el seu consentiment en qualsevol moment, sense que sigui necessària la seva justificació. En aquest cas, les dades no es podran eliminar per tal de garantir la validesa dels resultats i complir amb les obligacions legals aplicables a l'estudi, però sí que quedaran codificades de manera que no sigui possible vincular-les a la seva persona.

INFORMACIÓ AMPLIADA SOBRE EL TRACTAMENT DE DADES PERSONALS

De conformitat amb el que disposa la legislació vigent en matèria de protecció de dades aplicable a la Universitat Rovira i Virgili (URV) i publicada a l'apartat "Legislació aplicable" de l'espai "Protecció de dades de caràcter personal" de la Seu Electrònica (<https://seuelectronica.urv.cat/rgpd/>), es posa en coneixement de les persones interessades la informació següent:

⁸ Habitualment no es publiquen dades personals dels participants. Si no és el cas, cal eliminar aquesta menció i tenir present que al consentiment informat hi figurarà una clara declaració afirmativa conforme el participant presta el seu consentiment a què es publiquin i difonguin les seves dades personals junt amb els resultats de l'informe.

⁹ Habitualment s'utilitzen els sistemes propis de la URV. En cas contrari, caldrà especificar quins sistemes i posar-se en contacte amb el Responsable de Seguretat per comptar amb la seva aprovació. Caldrà abans, haver confirmat amb el Servei de Recursos Informàtics i TIC que no existeix una eina informàtica emprada per la URV per a la mateixa finalitat perseguida.

¹⁰ Indicar formulari, entrevista, qüestionari, segons apliqui.

¹¹ Indicar quin sistema d'informació propi de la Universitat Rovira i Virgili s'utilitzarà per a la realització de l'estudi. En cas de dubte sobre si el sistema utilitzat és propi de la Universitat, cal contactar amb el Servei de Recursos Informàtics i TIC.

¹² En el seu cas indicar "el seu tutor legal".



a) Qui és el responsable del tractament de les seves dades?

• Identificació	Universitat Rovira i Virgili CIF: Q9350003A
• Adreça Postal	Carrer de l'Escorxador, s/n 43003 Tarragona
• Dades de contacte dels DPD	DPD - Delegats de protecció de dades de la URV Correu electrònic: dpd@urv.cat

b) Quines dades personals tractem i amb quina finalitat?

Les dades personals són tractades amb la finalitat de participar en l'estudi del Treball Final de Grau¹³ en els termes que es descriuen al full d'informació al participant. En el cas que l'estudi prevegi la publicació, difusió i reutilització dels resultats obtinguts incloent dades personals, les dades personals seran utilitzades per a aquesta finalitat sempre que l'interessat hagi atorgat el seu consentiment.

c) A quins destinataris es comunicaran les seves dades?

En el marc del tractament mencionat, les seves dades no es cediran a tercers tret que existeixi obligació legal o s'indiqui expressament en el full d'informació al participant.

d) Quina és la legitimació per al tractament de les seves dades?

La legitimació d'aquest tractament es basa en el consentiment que dona la persona interessada de forma expressa.

e) Quines mesures de seguretat apliquem en el tractament de les seves dades?

La Universitat es responsabilitza d'aplicar les mesures de seguretat i la resta d'obligacions derivades de la legislació de protecció de dades de caràcter personal, d'acord amb l'Esquema Nacional de Seguretat, Reial Decret 3/2010.

En aquest sentit, La Universitat Rovira i Virgili s'ha dotat d'una Política de Seguretat que pot ser consultada a la secció sobre "Legislació i normativa" de la pàgina web de la Universitat dintre de "Normativa pròpia" i "Altres normes", <http://www.urv.cat/ca/universitat/normatives/altres-normes/>.

¹³ Indicar "el projecte de recerca", en el cas que es tracti d'un projecte de recerca, o "l'estudi de la tesi doctoral", en el cas que es tracti d'una tesi doctoral.



Adicionalment, al Full d'informació al participant es concreten algunes mesures de seguretat específiques que es tindran en compte durant la realització de l'estudi.

f) Quins són els drets dels interessats?

L'interessat té dret a accedir a les seves dades personals; a demanar la rectificació de les dades inexactes; a sol·licitar la cancel·lació i supressió; a oposar-se al tractament, inclosa l'elaboració de perfils; a limitar fins a una data determinada el tractament de les seves dades; i a la portabilitat de les mateixes en format electrònic.

La persona participant pot interrompre la seva participació a l'estudi retirant el seu consentiment en qualsevol moment, sense donar explicacions. En aquest cas, les dades no es podran eliminar per tal de garantir la validesa dels resultats i complir amb les obligacions legals aplicables a l'estudi, però no serà possible vincular-les a la seva persona.

Podrà exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació, oposició, limitació i portabilitat mitjançant comunicació escrita, detallant motivadament la sol·licitud, adreçada al Registre General (Carrer de l'Escorxador, s/n, 43003 de Tarragona) o mitjançant la seva presentació al Registre General de la Universitat, presencialment o telemàtica, segons s'indica a <https://seuelectronica.urv.cat/registre.html>.

Així mateix, l'informem que té dret a presentar una reclamació davant l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades mitjançant el mecanisme que estableixi. Pot consultar més informació a <https://apdcat.gencat.cat/ca/inici>.

Finalment, l'informem que podrà sol·licitar informació relacionada amb la protecció de dades personals mitjançant correu electrònic als nostres delegats de protecció de dades a la direcció del dpd@urv.cat.

g) Quant de temps conservarem les seves dades?

El període de conservació de les dades és de 5 anys un cop finalitzat l'estudi, tret que el full d'informació al participant estableixi un període diferent. En qualsevol cas, es conservaran les dades fins a la revocació del consentiment per part de la persona interessada.

MOSTRES A RECOLLIR

La graella d'avaluació serà proporcionada a cada jutgessa per separat.

Anexo C. Primera versión de la plantilla de evaluación

Instrucciones de evaluación: A continuación se presentan tres tablas, correspondientes a las tres fases en las que se divide el plan de evaluación (modelo trifásico de Herman). Para conocer el objetivo de cada fase, clique encima de "FASE". En la tabla se especifica el objetivo de cada sesión y el procedimiento para conseguirlo; para acceder al desarrollo completo de cada sesión, clique sobre el número de la misma, donde encontrará un resumen y el desarrollo completo (se ofrecen ambas opciones por si ya está familiarizada con la técnica y no necesita conocer todos los detalles, por lo que en muchos casos será suficiente con leer el resumen); si abre la <i>vista previa</i> podrá leer el documento sin necesidad de salir de la página. Al extremo derecho de cada sesión encontrará una sección destinada a cualquier comentario, sugerencia o corrección que desee hacer, si lo considera pertinente. Clicando sobre "ANYA" accederá al informe del caso. Se agradece su participación y el tiempo invertido.		Para evaluar cada técnica, deberán puntuar los factores descritos en las columnas que se exponen abajo, con formato Likert: 5 = Excelente 4 = Adecuada 3 = Mejorable 2 = Insuficiente 1 = Inadecuada							
Acceso al informe del caso ANYA									

FASE 1									
SESIÓN	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	Adecuada al caso	Encaja con objetivo	Coherente con la fase	Orden correcto en la fase	COMENTARIOS / CORRECCIONES / SUGERENCIAS		
1	Alianza terapéutica, conocer sus necesidades y objetivos, validar y normalizar su narrativa	Entrevista no estructurada							
2	Comprensión del trauma	Psicoeducación del funcionamiento neuropsicológico de su sintomatología							
3	Identificación y diferenciación de sus estados de "disparación" y "desconexión"	Ventana de tolerancia							
		Termómetro del malestar							
		Espectro de colores							
4	Conocimiento de su historia actual Herramientas sencillas aplicables	<i>Deberes: Diario para anotar contexto donde sale de la ventana de tolerancia incluyendo espectro</i>							
		Línea de vida							
		Meditación a paso rápido							
5	Creación de un lugar seguro	Respiración diafragmática + posturas de ayuda							
		Preguntas de invitación e indagación							
		<i>Deberes: exploración de sensaciones internas y externas</i>							
	Preparación de la siguiente fase	Creación de un lugar seguro							
		Explicación del plan de intervención ideado							

FASE 2									
SESIÓN	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	Adecuada al caso	Encaja con objetivo	Coherente con la fase	Orden correcto en la fase	COMENTARIOS / CORRECCIONES / SUGERENCIAS		
6	Conexión con el cuerpo Promoción del autocuidado	Práctica de sensibilización sensorial							
		Yoga							
		Entrenamiento autógeno							
7	Regulación y anclaje con ancla o tapping	Tapping con perra							
		Tapping con propio cuerpo							
		Tapping con ancla externa (collar)							
8	Conseguir que identifique y diferencie sus propias emociones	Sincronización con el paso de perra							
		Psicoeducación con tarjetas ilustradas y rueda de las emociones							
		Escanee corporal							
9	Control sobre emociones y pensamientos Comprender cómo se proyecta Trabajar la desesperanza	<i>Deberes: escritura extensa de descripción de emociones que no identifica con ayuda de tarjetas y rueda</i>							
		Inspección de sistemas integrados							
		Dibujo externalizador y preguntas socráticas							
10	Mejora de la autocomunicación y autoestima	Logoterapia: análisis existencial							
		Logoterapia: búsqueda de modelos							
		Redacción de frases de validación							
11	Cambiar autoconcepto de culpa y sensación de invalidez e inutilidad	<i>Deberes: autocaracterización desde el punto de vista de familiar, pareja y perra</i>							
		Árbol con hojas como pequeñas victorias							
		Encuentra un ápice de verdad							
12	Modificar creencias negativas de inutilidad	EMDR para procesar mejor el mensaje							
		CN: "Soy incapaz e inválida" CP: "Soy capaz y válida"							
		// CN: "No avanzo" CP: "Estoy avanzando"							
13	Fomentar el autocuidado y trabajar su identidad	Metáfora del jardín							
14	Proyectar una identidad más allá del trauma Plantear metas a futuro	Promesa de autocuidado a un yo anterior y vulnerable							
		Pregunta milagro (situación hipotética en la que se recupera mágicamente)							
		Carta con identificación de metas a corto y largo plazo							
15	Evitación de rumiación Anclaje en el presente; evitación de flashbacks	<i>Deberes: escritura de una carta con razones para continuar, y leerla cuando se sienta desesperanza</i>							
		Técnica de los 5 sentidos (5-4-3-2-1)							
		Conciencia sensorial							
16	Cierre de la fase 2 Preparación para la fase 3	Estimulación bilateral cinestésica							
		Kit de herramientas trabajadas							
		Explicación del procedimiento de la fase 3							

FASE 3									
SESIÓN	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	Adecuada al caso	Encaja con objetivo	Coherente con la fase	Orden correcto en la fase	COMENTARIOS / CORRECCIONES / SUGERENCIAS		
17	Conexión con la vida diaria	Realización de una rutina con metas diarias o semanales sin horarios prefijados							
18	Identidad y autocomunicación	Autocaracterización desde el punto de vista de un observador externo							
19	Visión de superviviente	Mesa de colaboración: Anya adulta agradece a sus partes pero toma el control							
20	Recuperación de relaciones y creación de nuevos vínculos	Entrenamiento en asertividad, límites y comunicación							
21	Visualizar el proceso vivido	Propuesta de voluntariado presencial individual / telemático							
	Cierre terapéutico	Dibujo externalizador; se comparará con el realizado al comienzo							
		Explicación de que los procesos no son lineales, recordatorio de las herramientas adquiridas y avances realizados							

Anexo D. Segunda versión de la plantilla de evaluación

Instrucciones de evaluación: A continuación se presentan tres tablas, correspondientes a las tres fases en las que se divide el plan de evaluación (modelo trifásico de Herman). Para conocer el objetivo de cada fase, clique encima de "FASE". En la tabla se especifica el objetivo de cada sesión y el procedimiento para conseguirlo; para acceder al desarrollo completo de cada sesión, clique sobre el número de la misma, donde encontrará un resumen y el desarrollo completo (se ofrecen ambas opciones por si ya está familiarizada con la técnica y no necesita conocer todos los detalles, por lo que en muchos casos será suficiente con leer el resumen); si abre la <i>vista previa</i> podrá leer el documento sin necesidad de salir de la página. Al extremo derecho de cada sesión encontrará una sección destinada a cualquier comentario, sugerencia o corrección que desee hacer, si lo considera pertinente. Clicando sobre "ANYA" accederá al informe del caso. Se agradece su participación y el tiempo invertido.		Para evaluar cada técnica, deberán puntuar los factores descritos en las columnas que se exponen abajo, con formato Likert: 5 = Excelente 4 = Adecuada 3 = Mejorable 2 = Insuficiente 1 = Inadecuada							
Acceso al informe del caso ANYA									

FASE 1									
SESIÓN	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	Adecuada al caso	Encaja con objetivo	Coherente con la fase	Orden correcto en la fase	COMENTARIOS / CORRECCIONES / SUGERENCIAS		
1	Alianza terapéutica, conocer sus necesidades y objetivos, validar y normalizar su narrativa	Entrevista no estructurada							
2	Identificación de su estado	Ventana de tolerancia							
	Diferenciar cuando se "dispara" o "desconecta"	Termómetro del malestar							
		Espectro de colores							
3	Comprensión del trauma	Deberes: Diario para anotar contexto donde sale de la ventana de tolerancia incluyendo espectro							
4	Comprensión del trauma	Psicoeducación							
5	Conocimiento de su historia actual	Línea de vida							
		Deberes: exploración de sensaciones externas							
	Herramientas sencillas aplicables	Meditación a paso lento							
6		Respiración diafragmática + posturas de ayuda							
		Preguntas de invitación e indagación							
	Creación de un lugar seguro	Creación de un lugar seguro							
	Preparación de la siguiente fase	Explicación del plan de intervención ideado							
FASE 2									
SESIÓN	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	Adecuada al caso	Encaja con objetivo	Coherente con la fase	Orden correcto en la fase	COMENTARIOS / CORRECCIONES / SUGERENCIAS		
7	Conexión con el cuerpo	Práctica de sensibilización sensorial							
8	Promoción del autocuidado	Yoga							
	Anclaje al presente	Conciencia sensorial							
		Técnica de los 5 sentidos							
9	Conexión con el cuerpo	Entrenamiento autógeno							
	Promoción del autocuidado								
	Regulación y anclaje con ancla o tapping	Tapping con perra							
10		Tapping con propio cuerpo							
		Tapping con ancla externa (collar)							
		Sincronización con el paso de perra							
11	Conseguir que identifique y diferencie sus propias emociones	Psicoeducación con tarjetas ilustradas y rueda de las emociones							
		Escaneo corporal							
		Deberes: práctica de escritura							
12	Control sobre emociones y pensamientos	Inspección de sistemas integrados							
	Comprender cómo se proyecta	Dibujo externalizador							
	Trabajar la desesperanza	Logoterapia: análisis existencial							
13		Logoterapia: búsqueda de modelos							
	Mejora de la autocomunicación y autoestima	Redacción de frases de validación							
		Deberes: autocaracterización desde el punto de vista de familiar, pareja y perra							
14	Cambiar autoconcepto de culpa y sensación de invalidez e inutilidad	Árbol con hojas como pequeñas victorias							
15	Modificar creencias negativas de inutilidad	Encuentra un ápice de verdad							
16		EMDR para procesar mejor el mensaje							
17	Fomentar el autocuidado y trabajar su identidad	Metáfora del jardín dibujando							
	Proyectar una identidad más allá del trauma	Pregunta milagro (situación hipotética en la que se recupera mágicamente)							
	Plantear metas a futuro	Identificación de metas a corto y largo plazo							
18		Deberes: escritura de una carta con razones para avanzar, y leerla cuando se sienta desesperanzada							
19	Cierre de la fase 2	Kit de herramientas trabajadas							
20	Preparación para la fase 3	Explicación del procedimiento de la fase 3							
FASE 3									
SESIÓN	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	Adecuada al caso	Encaja con objetivo	Coherente con la fase	Orden correcto en la fase	COMENTARIOS / CORRECCIONES / SUGERENCIAS		
21	Sesión de capacidad, utilidad y validez	Realización de una rutina con metas diarias o semanales sin horarios prefijados							
22	Conexión con el día a día	Autocaracterización desde el punto de vista de un observador externo							
23	Identidad y autocomunicación								
24	Visión de superviviente	Mesa de colaboración							
25	Recuperación de relaciones o creación de nuevos vínculos	Entrenamiento en asertividad, límites y comunicación							
26		Propuesta de voluntariado presencial individual / telemático							
27	Visualizar el proceso vivido	Dibujo externalizador; se comparará con el realizado al comienzo							
28	Cierre terapéutico	Cierre del proceso terapéutico							

Anexo E. Informe del SIAD

Anya es una mujer española de 24 años que acude al Servei d'Informació i Atenció a la Dona (SIAD) de Tarragona para abordar la sintomatología derivada de una situación traumática tres años atrás.

En el momento de la primera visita, se encuentra realizando bachillerato a distancia; su objetivo es entrar en un grado de diseño de interiores. Aprecia tener una rutina y afirma que estudiar la ayuda a regularse. Vive sola y tiene una pareja con quien ya no es capaz de mantener relaciones sexuales (él la comprende). Refiere tener pocas amigas (le cuesta socializar), pero ya casi no tiene contacto con ellas desde el incidente. Mantiene una buena relación con su familia (padre, madre, hermano mayor) pero tampoco está en contacto con ellos, puesto que viven en otra ciudad. Siempre ha disfrutado la soledad, pero "ahora es diferente" porque si no está ocupada tiene flashbacks y pensamientos negativos.

El motivo de la consulta es una gran dificultad para llevar a cabo actividades de su vida diaria debido a la sintomatología derivada de una violencia sexual ocurrida 3 años atrás. Expresa estar en constante estado de alerta, hipervigilante y ansiosa, acompañado por alteraciones del sueño (pesadillas) y gastrointestinales. Manifiesta sentimientos de indefensión, rabia hacia sí misma, culpa y vergüenza, y no sentirse a gusto consigo misma: bajada de autoestima desde la vivencia traumática, no se siente útil o válida. Describe dificultad para salir de casa por la sensación de inseguridad y amenaza (ataques de pánico ocasionales y siente las piernas dormidas cuando camina), desregulación emocional (pasa de estar muy animada a querer llorar sin motivo), pérdidas de memoria, problemas de concentración, y sensación de desconexión con su propio cuerpo y mente. "No me reconozco". Explica que suele disociar (incluso antes del incidente; explica bullying en la escuela): deja de estar presente y se ve "desde fuera". Manifiesta que la música y su perra Rosa la ayudan a estar centrada en el momento presente, "apagar el piloto automático".

Describe su primer ataque de pánico a los 12 años, cuando su madre cae enferma y cree que morirá. Desde entonces, sufría ataques esporádicos; la frecuencia aumenta dos o tres semanales tras el incidente.

Afirma sentirse "dividida", como si dentro de ella viviesen dos personas: una que quiere hacer cosas, es disciplinada y animada, y otra que la frena y no tiene ganas de nada.

Durante las visitas, relata que fue víctima de sumisión química y abusada sexualmente por un desconocido 3 años atrás, durante una fiesta en una ciudad cercana a la suya. No recuerda demasiado de lo que ocurrió, pero tampoco deja explorar más (evitación del recuerdo traumático). Expresa que le cuesta mucho hablar del suceso y prefiere no tener que hacerlo, pero explica que suele tener recuerdos intrusivos de la situación (re-experimentación; cuando ocurre, rumia sobre qué podría haber hecho para evitarlo).

No había buscado ayuda hasta ese momento. Describe que siente que pasa el tiempo y ella está estancada. Manifiesta que su deseo es abordar la sintomatología y los malestares presentes debido a la experiencia, necesidad de sentirse entendida; el trauma ha consumido su vida e identidad.

El servicio se le queda pequeño, ya ha tomado conciencia, su necesidad ha pasado a ser tratar el malestar y la sintomatología; se recomienda acudir a terapia. Se ofrece coordinación con su futura psicóloga para informar del caso y evitar la revictimización. Acepta.

En el servicio se le pasan los siguientes tests, que confirman la sintomatología ya detectada:

- PCL-5: Refiere pesadillas recurrentes y perturbadoras sobre el suceso, además de flashbacks. Manifiesta rabia hacia sí misma por haber salido de fiesta; siente que todo lo hace mal
- DCI: Identifica que disocia; deja de estar presente en las situaciones y se ve desde "fuera". Sueña despierta y rumia sobre diferentes situaciones en bucle. Ve a la gente y la calle como si fuesen "mundo"; siente desconexión de la vida y afirma tener la sensación de que todo ha avanzado mientras ella se mantenía estancada. Afirma que ya no se conoce y se siente dividida; una parte que quiere hacer cosas y otra que no. Desregulación emocional hacia extremos. Cuando sale, deja de sentir las piernas. Pérdidas de memoria. Piloto automático.
- DESII: Lagunas de memoria. Antes le gustaba más arreglarse; ahora, se pone cualquier cosa. No se reconoce en el espejo. Desconexión total con su cuerpo. Habla mucho consigo misma; a veces bien a veces mal.

Anexo F. Consentimiento informado para Anya

Consentimiento Informado

Estimado/a Sr./a.:

Le agradeceré que lea atentamente el siguiente documento el cual tiene como objetivo explicarle el uso y confidencialidad de sus datos, así como sus derechos y compromisos con respecto al proceso de atención psicológica que me ha solicitado. Si tiene cualquier duda consúltela conmigo antes de firmarlo.

1. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS. Toda la información concerniente a su evaluación y tratamiento, incluyendo cualquier grabación de audio, video o reporte escrito, son confidenciales y no serán divulgadas ni entregadas a ninguna otra institución o individuo sin su consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. Sin embargo, de acuerdo con la legislación vigente, es necesario quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro su integridad física o mental o de algún otro miembro de la comunidad.

2. MODELO DE TRATAMIENTO. El tratamiento que se le brinda se lleva a cabo de acuerdo a un modelo psicológico empíricamente validado, que en unos casos funciona mejor que en otros. Durante las primeras sesiones, la psicóloga analizará el problema con usted y obtendrá información relevante.

3. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO. Las decisiones sobre la continuidad o suspensión de las actividades programadas por mí, para la evaluación y el tratamiento de la problemática abordada, las tomará usted. El proceso de atención psicológica requiere de su compromiso de asistencia, puntualidad y participación, además de su colaboración en diligenciar una serie de documentos y/o pruebas, con información personal que utilizaré tanto para la evaluación como el tratamiento.

4. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO. Por la presente,

_____, identificado(a) con DNI número _____

manifiesto: 1) Mi aceptación del proceso de evaluación y tratamiento ofrecido por *****, que me ha sido explicado y he entendido, cuyas condiciones generales me ha aclarado. 2) Que la información que le proporciono a ***** es veraz y corresponde a mi realidad, ya que sobre dicha información se plantean las propuestas de intervención. 3) Que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven, accediendo a lo anteriormente mencionado.

Firma y fecha:

Anexo G. Plan de intervención resultante

FASE 1. ESTABLECIMIENTO DE LA SEGURIDAD

Objetivos principales:

- Creación de un entorno de seguridad y desarrollo de la alianza terapéutica
- Conocer a la usuaria en profundidad para adecuar y personalizar el proceso
- Preparar a la usuaria para poder abordar su sintomatología (fase 2)

Justificación de la fase

El trauma implica una agresión – real o potencial – contra la integridad física y/o psicológica de una persona. Se debe trabajar la recuperación del control del propio cuerpo, que se siente perdido, un lugar seguro, para poder abordar las problemáticas. Ese es el objetivo prioritario de la Fase 1.

Se debe garantizar un entorno estable antes de intentar cualquier avance terapéutico, ya que el procesamiento del trauma sin este trabajo previo podría derivar en una retraumatización. Se empodera a la usuaria como autora y árbitra de su recuperación, donde la terapeuta actúa como guía y apoyo. Para ello, es esencial que sea consciente de por qué su cuerpo y mente reaccionan como lo hacen (psicoeducación). La relación terapéutica es una prioridad; para crear un espacio seguro donde la usuaria se sienta apoyada y cómoda, necesitamos generar confianza y seguridad emocional. Un buen vínculo permitirá que Anya se involucre más y consiga mejores resultados. Asimismo, la terapeuta debe alinear su estilo de apego, de comunicación y su forma de ver el mundo con los de la mujer, para poder expresarse mejor y que el mensaje sea bien procesado.

Al final de cada sesión de la Fase 1 (a partir de la sesión 2), se revisarán los puntos clave comentados, se le agradecerá a Anya que haya tenido las fuerzas para acudir y se ofrecerá un momento para respirar juntas si lo necesita. Se concluirá con un mantra; “estoy en proceso”. Además, se evaluará periódicamente la satisfacción de Anya con el proceso, la relación, la comunicación y el plan de intervención.

SESIÓN 1.

En el contexto en que soy una psicóloga privada, una mujer contacta conmigo pidiendo cita por las consecuencias y secuelas que padece de un trauma de hace

3 años. Explica que ha estado acudiendo al SIAD pero se le ha quedado pequeño para lo que necesita; me ha escogido por mi formación en trauma complejo y porque estoy cerca de su casa, así que concertaríamos una primera visita con ella.

Objetivos de la sesión:

- Establecer un vínculo de colaboración
- Conocer sus necesidades y plantear objetivos comunes
- Validar y normalizar su narrativa

En esta primera sesión, se acuerda con Anya priorizar el abordaje de la sintomatología actual por encima de la narrativa del suceso. Definimos juntas los objetivos de la terapia.

Para evitar la revictimización, se acuerda firmar una hoja de consentimiento (véase Anexo F) para ponerme en contacto con el SIAD y conocer mejor su caso sin necesidad de que ella tenga que repetir el relato, pero dejando claro que la terapia es un espacio de confianza donde es libre de expresarse si así lo desea. Este acuerdo colaborativo constituye el primer paso de la alianza terapéutica, reafirmando a la mujer que ella tiene el control sobre el proceso y garantizando un entorno de seguridad.

Durante la visita, explico mi formación y forma de trabajar, incluyendo los límites profesionales que deben quedar claros. Aseguro que se respetarán sus ritmos y tiempos, y será ella quien tome las decisiones; no será juzgada ni apresurada. Aclaro que mi función es de guía y acompañamiento, pero ella es un sujeto activo.

Dado que no está preparada todavía para abordar el suceso traumático, se ofrece preparar una serie de sesiones dirigidas a tratar la sintomatología derivada del trauma. Se utilizan la escucha activa y la validación constante de sus sentimientos y reacciones. Para poder realizar correctamente el plan de intervención, se busca conocer cómo se regula, en qué momentos, cuál es su rutina diaria, etc.

Para finalizar, se hace un resumen de la sesión para que quede claro lo acordado, y me intereso por saber cómo se ha sentido durante la visita. Se acuerda una sesión semanal de 60 minutos.

SESIÓN 2.

Objetivo de la sesión:

- Identificación de su estado
- Diferenciar cuando se “dispara” o “desconecta” y en qué contextos

Procedimiento:

- Ventana de tolerancia (Pubill, 2023).
- Termómetro del malestar (Sweeton, 2019).
- Espectro de colores (Pubill, 2023).
- Libreta para apuntar

Uno de los problemas que manifiesta Anya es la desregulación emocional; pasa de la apatía a la excitación sin saber por qué. Para poder ayudarla, se debe explorar cuándo ocurre, y que ella aprenda a identificarlo.

Para conseguirlo, se comienza con una explicación y exploración de su **“ventana de tolerancia”**, concepto que describe el nivel de activación al que alguien puede llegar sin que las emociones la controlen. Dentro de esta ventana, sabemos regularnos y manejar las emociones; si aparece un disparador que no conseguimos afrontar, se sobrepasan los límites de la ventana (por arriba, hiperactivación; o por debajo, hipoactivación) y nos desregulamos. Necesitamos conocer la ventana de Anya, sus límites. Para ello, se le propondrán deberes: llevar una libreta para apuntar qué hace cada vez que “sobrepasaba la ventana”.

Para que le sea más sencillo, durante la sesión se practicarán dos técnicas para que sepa detectar dónde se encuentra:

Por un lado, se realiza el **termómetro del malestar**. En un dibujo de un termómetro que va de 10 en 10, del 0 (total relajación), al 100 (punto de ebullición, pierde el control), se le pide – si puede –, que identifique estímulos que le hagan tener un malestar de 0 y de 100, junto al tipo de malestar. Entonces, se identifica una situación, persona o cosa que le provoque un malestar de 50 grados, y desde ahí se va rellenando el termómetro (los llamados puntos de libertad). Se busca también si tiene punto de congelación (demasiada relajación que se torna incómoda; no todo el mundo tiene, pero es importante conocerlo si lo hay).

Ella tendrá consciencia de cuáles son sus límites, y a mí como terapeuta me ayudará a saber qué puedo y no puedo trabajar. Además, a medida que avancen las sesiones, se podrá evaluar si el trabajo realizado permite que algún estímulo que la situaba en un malestar de 60, por ejemplo, se convierte en un 20.

Si se le dificulta reconocer tantos puntos de libertad o no está preparada, se puede utilizar el **espectro de colores**, que sirve para escanear el malestar y saber por qué el cuerpo reacciona como lo hace. Para ello, juntas crearemos una escala de colores: lila - azul - verde - amarillo - naranja - rojo; la zona del lila sería bienestar y relajación, mientras que el rojo representaría el malestar (colores adaptables a la asociación de color-emoción de Anya). Se le pide que indique en qué zona del espectro se encuentra en el momento de la terapia, y si siente algún tipo de malestar o tensión; si lo siente, se le pide que escanee su cuerpo para conocer dónde lo nota y se marca el espectro con una pegatina. Se repite el proceso con diferentes situaciones de la vida cotidiana que le hayan provocado algún malestar.

SESIÓN 3.

Objetivo de la sesión:

- Comprensión del trauma

Procedimiento:

- Psicoeducación

Para conseguir que Anya sea consciente de por qué su cuerpo reacciona como lo hace y no se sienta culpable o responsable, se hace una psicoeducación de la sintomatología que refiere, derivada de su experiencia traumática. Conocer el funcionamiento de su cerebro, comprobar que no es aleatorio ni irreparable, le permitirá ver que hay posibilidad de recuperación, una salida, esperanza.

La **psicoeducación** se centra en las estructuras cerebrales que intervienen en un trauma, provocando sus síntomas: amígdala (sensación de peligro y amenaza), ínsula (dificultad para identificar y gestionar emociones y sensaciones físicas), hipocampo (problemas de memoria y dificultad para regular el estrés, miedo ante reactivadores del trauma), corteza prefrontal (disminuye concentración, relaciones, autoconciencia, toma de decisiones, procesamiento de situaciones

estresantes o desencadenantes de la sintomatología), corteza cingulada (autorregulación y toma de decisiones, aclaración de pensamientos contradictorios). Se explica la neuroplasticidad como la capacidad de las experiencias para alterar nuestro cerebro; si lo hizo una vez con el trauma, se puede volver a hacer con la recuperación. Se comienza poco a poco con la información más sencilla para que pueda procesarla. Si lo requiere, para no sobrecargarla, se podría hacer una sesión adicional de psicoeducación; depende de la situación, conocimientos previos y capacidad de procesamiento de Anya.

SESIÓN 4.

Objetivo de la sesión:

- Conocer su historia de vida y el momento en el que se encuentra

Procedimiento:

- Línea de la vida (Pubill, 2023).
- Sensaciones externas (Sweeton, 2019).

Dado que ya se ha afianzado más la alianza terapéutica, es el momento de pedirle que ahonde en su historia de vida, en los momentos más agradables y los más dolorosos, y de conocer en qué punto de su vida se encuentra ahora mismo.

Juntas, creamos su **línea de la vida** respetando sus tiempos y profundizando únicamente cuando ella decida que está preparada. Es importante que Anya sepa que ella tiene el control durante las sesiones y que sus límites serán validados. Una vez finalizada la línea básica, se le pide que busque pequeños momentos en los que fue resolutiva o pequeñas victorias; desde aprobar un examen, ir a pasear a su perra sin tener ganas o salir de la cama. Estas pequeñas - pero cuantiosas - victorias serán escritas en otro color para que pueda ver que es capaz y válida.

Como deberes, para continuar recuperando la conexión entre cuerpo y mente y tener más conciencia de sus sensaciones corporales, se le pedirá que, cuando no sienta malestar, analice sensaciones externas, superficiales, de su cuerpo: corrientes de aire en alguna parte del cuerpo, presión en alguna superficie (escaneando todas las partes, de abajo arriba), sensaciones externas (picor,

hormigueo, etc.) y la temperatura de cada zona corporal (analizando las diferencias entre las distintas partes del cuerpo).

SESIÓN 5.

Objetivo de la sesión:

- Ofrecer técnicas sencillas para aplicar cuando que sienta que “sale de la ventana”, “se acerca al punto de ebullición” o “está en la zona de color rojo”

Procedimiento:

- Meditación caminando a paso lento (Sweeton, 2019).
- Respiración diafragmática + posturas (Sweeton, 2019).
- Invitación e indagación (Sweeton, 2019).

Gracias a las sesiones anteriores, hay constancia de los contextos donde atraviesa su ventana de tolerancia y de las señales que envía su cuerpo cuando ocurre; es el momento de ofrecerle alguna herramienta (sencilla para que no se frustre y corta para que pueda concentrarse) para transitar mejor el malestar y regularse.

Para cuando se sienta desregulada e hiperactivada, se recomienda la **respiración diafragmática (abdominal)**, que activa el nervio vago (este, al ser presionado, activa el sistema nervioso parasimpático atenuando el estrés) Cuando Anya note que comienza a tener un ataque de pánico, si es capaz de cambiar de una respiración torácica y superficial a la diafragmática, conseguirá regularse mejor. Se practican conjuntamente posturas que se pueden adoptar para asegurarse de que se está haciendo correctamente y que sea más sencillo:

- **Postura del tótem:** sentadas con la espalda recta, se bajan los hombros y se rotan hacia atrás; al colocar las manos bajo los muslos y respirar profundamente, resultará complicado mover el pecho, así que el cuerpo se verá obligado a realizar respiraciones diafragmáticas
- **Postura de imposición de manos:** sentadas, con una mano en el pecho y otra en el abdomen, debemos centrarnos en la sensación de cada mano para confirmar que solo se mueve la que se encuentra en el abdomen

Durante las prácticas de movimiento es útil incorporar **preguntas de indagación** para que Anya sepa que ella decide y controla su cuerpo y la práctica (“¿te parece

bien perder un momento el equilibrio?"; "¿qué sientes al mover el brazo?"); y **de invitación**, para comunicarle que ella controla la intensidad del movimiento ("si te resulta cómodo, ...", "permite suavemente que tu brazo, ..."). Este tipo de preguntas producen una sensación de seguridad, control y consentimiento.

Por otro lado, cuando pasea a su perra, Anya tiende a disociar, deja de notar las piernas y siente inseguridad. Para que se concentre en caminar sin abrumentarla con sensaciones internas o pensamientos, probaremos juntas la **meditación caminando a paso lento**, en el amplio pasillo iluminado del centro terapéutico. Consiste en dividir el proceso de caminar para centrarse en lo que se siente al dar cada paso. Comenzamos cerca de la pared, con el cuerpo relajado y recto. Se centra la atención en el pie derecho, notando cómo se eleva y qué se siente cuando llega al suelo. Se repite con el pie izquierdo, posicionándolo delante del derecho. Nos centramos en la sensación del equilibrio, la mano en la pared y los pies en el suelo. Se irán haciendo preguntas para que se concentre y no divague: ¿cuál es la textura de la pared? ¿cómo se siente la pierna izquierda cuando la derecha está en el aire? ¿cómo cambia esta sensación cuando aterriza?, etc.

SESIÓN 6.

Objetivo de la sesión:

- Creación de un lugar seguro al que pueda acudir cuando sea necesario
- Preparación para la siguiente fase

Procedimiento:

- Creación del lugar seguro mental (Pubill, 2023; Oren & Solomon, 2012).
- Explicación del plan de intervención ideado

Ahora que conozco su historia, cómo se regula, qué la lleva a sentirse en calma y, y qué la saca de su zona de confort, es el momento de crear un **lugar seguro** y guiarla en el proceso. Es esencial instaurarlo antes de la intervención la Fase 2.

Se comienza con una relajación que ya haya hecho y le haya funcionado (respiración diafragmática, caminar, sensaciones externas, etc.). A continuación, se le pide que rememore algún momento en que se haya sentido a gusto, en calma, segura. Se le solicita que lo describa al detalle: sensaciones corporales (el

aire en la piel, el tacto de la ropa, el ritmo de la respiración, la textura del suelo, etc.), olores, qué veía y escuchaba, su postura, si había animales, el momento del día, la temperatura, etc. Se moverá por el entorno e incluirá adjetivos positivos que le provocaba ese lugar. Entonces, mientras sigue recitando las afirmaciones y adjetivos positivos, se pide que ancle su lugar seguro a una palabra o gesto para poder acceder a él. Se repite el proceso de entrar al lugar seguro hasta que sea suficiente con activar el ancla para que su cuerpo se sienta en calma y seguro.

Para concluir la Fase 1, se comparte el **plan de intervención** de para la fase 2. Es esencial que ella esté de acuerdo. Además, se hará un resumen de lo trabajado durante esta primera fase para que sea consciente de su proceso y avances, y recupere poco a poco la confianza en sí misma.

FASE 2. PROCESAMIENTO Y RECUPERACIÓN

Objetivos principales:

- Recuperar la capacidad de autorregulación y sensación de control
- Trabajar gradualmente la sintomatología sin forzar el relato
- Aceptar el trauma como recuerdo y no como identidad

Justificación:

El trabajo en esta fase se centra en procesar emocionalmente lo ocurrido y las huellas que el suceso dejó, entendiéndolas y entendiéndose. En muchas víctimas de violencia, hay lagunas de memoria o fragmentos que nunca recuperarán, por lo que la terapia deberá ayudarlas a integrar las piezas que tienen y aceptar la ambigüedad de lo no recordado. Se buscará que el trauma deje de definir su identidad, adueñarse de su vida y ser el eje principal, que pierda intensidad.

El trauma no reside únicamente en su mente, sino también en el cuerpo, por lo que atacando la sintomatología que presenta - aunque sean somatizaciones -, permite atacar el problema de raíz sin forzar un relato.

La exploración será gradual, progresiva y dosificada, respetando los límites y tiempos de Anya, para que desarrolle cierta capacidad de tolerar recuerdos y sensaciones dolorosas, y controlarlos.

Al finalizar cada sesión de la Fase 2, se ofrecerá un resumen de lo trabajado y comentado, se reconocerá el esfuerzo de Anya por venir y se ofrecerá un momento para acceder al lugar seguro o realizar alguna respiración. Se concluirá con un mantra diferente del habitual; “estoy en proceso, estoy avanzando”.

SESIÓN 7.

Objetivo de la sesión:

- Conexión con el cuerpo
- Promoción del autocuidado

Procedimiento:

- Práctica de sensibilización sensorial (Sweeton, 2019).
- Yoga (Sweeton, 2019).

En la primera sesión de la fase 2, se intenta que Anya continúe reconectando con su cuerpo con prácticas sencillas. Durante la sesión, se le mostrarán algunas:

Se comienza con una práctica de **sensibilización sensorial** con objetos o superficies que provoquen la intervención de más de un sentido. Se ofrecen materiales como piedras, plastilina, pana, escultura de mármol, cuchara de madera, vaso de cristal, etc. Debe describirlo en forma, peso, tacto, textura, etc. Si se siente a gusto, se le puede pedir que cierre los ojos y adivine el objeto.

Entonces, pasamos a practicar una serie de posturas de **yoga**, acompañado con lenguaje y preguntas de indagación e invitación, y explicando los beneficios.

Postura de la mariposa: Sentadas en el suelo, espalda recta y piernas estiradas, flexionamos las rodillas hacia el abdomen y las vamos separando y abriendo con los talones cerca de la pelvis. Se elevan los brazos y, si la mujer se siente cómoda, nos tumbamos lentamente. Esta práctica ayuda a activar el nervio vago.

La postura del guerrero II otorga una sensación de tranquilidad y arraigo al presente. Comienza con los pies separados por un metro; se extienden los brazos horizontales a los hombros, con las palmas de las manos extendidas hacia abajo. Se gira la cabeza hacia la derecha, se mueve el pie derecho para que quede horizontal, y se flexiona la rodilla derecha para que quede en línea con el tobillo.

El último paso es hacer respiraciones lentas y profundas, con la concentración en la sensación de los pies contra el suelo, notando cómo el aire fluye a través del cuerpo y llega al suelo, estabilizando más el cuerpo y conectándonos con la tierra. Se repite hacia la izquierda pasando por la postura inicial.

SESIÓN 8.

Objetivo de la sesión:

- Anclaje al presente
- Conexión con el cuerpo
- Promoción del autocuidado

Procedimiento:

- Conciencia sensorial (Sweeton, 2019)
- Técnica de los 5 sentidos (Sweeton, 2019)
- Entrenamiento autógeno (Sweeton, 2019).

Para ayudar a Anya a permanecer en el presente cuando tenga flashbacks, se muestra la **técnica de conciencia sensorial**. Se coloca la mano sobre una superficie y se analiza: temperatura, dureza, textura, sensaciones que provoca, etc. Entonces se mueve la mano a otra superficie, y se compara con la anterior. Se repite con una tercera superficie y se repasan las diferencias entre las tres.

En la misma línea, existe la **técnica de los 5 sentidos**, o 5-4-3-2-1, que se puede explicar si consideramos que no le será demasiado difícil concentrarse. Consiste en atender a estímulos con nuestros sentidos y describirlos al detalle, lenta y conscientemente, para aterrizar en el presente: 5 cosas que se ven, 4 cosas que se oyen, 3 cosas que se sienten, 2 cosas que se huelen, 1 cosa que se saborea.

Para continuar con los ejercicios de conexión con el cuerpo, se realiza una práctica de mindfulness: **entrenamiento autógeno**, que consiste en atender a diferentes sensaciones corporales para poder relajarse. Si Anya se siente cómoda, se le propondrá realizar la práctica tumbada; si no, se hará sentada.

Se le pide, si lo permite, que cierre los ojos, y se la guía para que realice respiraciones diafragmáticas mientras se repiten afirmaciones relajantes o acude a su lugar seguro. Entonces, comienza el entrenamiento autógeno, centrándonos

en los brazos, notando todas las sensaciones, hormigueos, picores, etc. Repetimos juntas seis veces “me pesan los brazos” y “siento los brazos calientes”. La práctica se realiza con las piernas, el pecho, la respiración, el abdomen y la frente.

SESIÓN 9.

Objetivo:

- Regulación y anclaje con ancla externa o tapping

Procedimiento:

- Tapping (Mollon, 2007)
- Ancla externa como regulador (Pubill, 2023; Sweeton, 2019).
- Perra como reguladora: tapping y paso (Mollon, 2007; Sweeton, 2019).

Como su perra Rosa ayuda a Anya a no disociar, se propone ir un paso más allá: utilizarla directamente como ancla al presente. La herramienta de **tapping**, que consiste en golpear suavemente de forma rítmica alguna parte del cuerpo, también puede ser efectiva cuando se hace tapping en otro elemento; en el caso de Anya, se propone uno que ya le permite conectar: su perra. Realizar esta práctica puede servirle cuando divague o rumie, y comprobará que algo tan simple como golpear con los dedos puede ser de ayuda. Cuando no esté su perra cerca, podrá realizar la misma acción en ella misma o incluso en un **ancla externa**; se propone su collar, que tiene en honor a Rosa. Se practica durante la sesión.

Asimismo, para ayudarle a conectar con el entorno y ser consciente de su cuerpo a la hora de pasear, si las técnicas enseñadas con anterioridad no han surtido el efecto deseado, se sugerirá **sincronizar su paso** con el de su perra para que su atención se concentre directamente en el camino y no en sus recuerdos. Se prueba en el amplio pasillo iluminado de la clínica, sincronizando su paso con el mío.

SESIÓN 10.

Objetivo:

- Conseguir que identifique y diferencie sus propias emociones

Procedimiento:

- Psicoeducación de sus reacciones emocionales
- Tarjetas ilustradas + rueda de las emociones
- Escaneo corporal (Sweeton, 2019).
- Práctica de escritura

Se realiza una introducción en forma de **psicoeducación** sobre qué hay detrás de su desregulación emocional, de la misma forma que se hizo en la fase 1 para explicar las reacciones de su cuerpo. Se acompaña de recursos más visuales (**tarjetas ilustradas**) con el nombre de las emociones más básicas, y una **rueda de emociones** para poder llegar a identificar la más específica. Se completarán las tarjetas durante la sesión, con una descripción de cómo las siente Anya.

Para que pueda analizar cómo siente dichas emociones, se realiza una práctica de **escaneo corporal** para conectar con el cuerpo y localizar las zonas donde siente esas emociones. Para ello, ayudadas por el su punto de ebullición y el espectro de colores realizados en la Fase 1, exploramos situaciones que le hayan provocado ciertas emociones para que, al volver a sentirlas, pueda identificar dónde las localiza. Se recuerda el lugar seguro para que pueda acudir si se desregula.

Se sugiere una tarea para casa, una pequeña práctica de escritura: cuando sienta una emoción que no identifique, la describirá al detalle en una hoja, en tono de aceptación, sin juzgarse y recordando que son reacciones de su mente que intenta ayudarla. Así, con la rueda de las emociones y las tarjetas, podrá darle nombre.

SESIÓN 11.

Objetivos:

- Conseguir cierto control sobre las emociones y pensamientos
- Comprender cómo se proyecta a sí misma

Procedimiento:

- Inspección de sistemas integrados (Sweeton, 2019).
- Dibujo externalizador (Paul & Elder, 2007; Pubill, 2023).

La primera práctica de esta sesión consiste en una “**inspección de sistemas integrados**”, durante 5 o 10 minutos. Si Anya se siente cómoda, se le pide que cierre los ojos; si no, es suficiente con mantener la mirada relajada.

Se comienza atendiendo a la respiración: cómo se mueve el cuerpo y qué sensación produce el aire al entrar y salir. Entonces, se mueve la conciencia al cuerpo, notando las sensaciones, escaneando cada zona, limitándonos a sentir sin juzgarnos. Se pasa la conciencia a las emociones, cualquiera que se tenga, por muy intensas que sean y por muchas que haya, aceptándolas sin juzgar. Entonces, se mueve la atención al pensamiento, proyectándolos como si fuesen vagones u hojas movidas por el viento: entran, y tal como han llegado se van. De la misma forma que se mueven un tren o el viento, no podremos pararlos, solo aceptarlos y no juzgarlos. Es cuestión de observar, no de “subirse” o dejarse llevar por ellos.

Por último, se unen las tres conciencias: mente, cuerpo y emociones. Mientras se observan los pensamientos llegar e irse, se expande la percepción a las sensaciones corporales y a las emociones que estas provocan. Esta práctica puede llevar tiempo e intentos para que salga bien, por lo que una vez mostrado el proceso, se recomienda a Anya que la practique en casa cuando note que rumia demasiado. Se recuerdan las técnicas de regulación y el lugar seguro.

Durante el resto de la sesión, se le pide a la usuaria que realice un **dibujo externalizador** que sienta que la representa; puede ser una persona, animal, bosque, casa, etc. Cualquier elemento plasmado con el que se identifique. Una vez terminado, se pide una descripción de todos los elementos, para analizar en profundidad cuál es la percepción que Anya tiene de sí misma.

SESIÓN 12.

Objetivos:

- Trabajar la desesperanza
- Mejora de la autocomunicación y la autoestima

Procedimiento:

- Logoterapia (Noblejas de la Flor, 2018).
- Redacción de frases de seguridad y validación

- Autocaracterización (Pubill, 2023).

Para comenzar la sesión, se aplican dos técnicas de **logoterapia** con la intención de que reflexione cómo quiere vivir su vida, y tenga ganas de hacerlo:

- Análisis existencial del pasado: analizar momentos de la vida donde había un sentido, propósitos, proyectos, etc. Exploramos qué le impide continuar con ellos. Se busca conectar con el pasado para recuperar la esperanza de futuro perdida.
- Búsqueda de modelos: buscar personas que considera que tienen o han tenido una vida plena y significativa y analizar por qué; explorar qué le impide hacer lo mismo. Se intenta que reflexione la persona que quiere volver a ser, cómo quiere enfocar su recuperación y su vida

Durante lo que queda de la sesión, si consideramos que Anya está preparada para procesar y aceptar afirmaciones positivas sobre sí misma, integrarlas en su mente y cuerpo sin que le generen un rechazo o la abrumen, realizamos juntas una lista visual con **frases de validación** que pueda tener a mano: “mi cuerpo es mi aliado” “no tengo que ser lo que otros quieren para merecer respeto”, por ejemplo.

Como tarea para casa, se le pide que realice una autocaracterización: una carta describiéndose desde el punto de vista de personas cercanas a ella (pareja, familiar, perra, etc.) para que tome distancia y se describa en tercera persona, desde una visión más compasiva y positiva.

SESIÓN 13.

Objetivos:

- Cambiar autoconcepto de culpa y sensación de invalidez/inutilidad

Procedimiento:

- Árbol con hojas como pequeñas victorias
- Encuentra un ápice de verdad (Sweeton, 2019)

En este punto de la terapia, habiendo realizado en total 10 sesiones, Anya habrá conseguido progresar aunque no sea consciente de ello. Para que lo visualice y se sienta más capaz de continuar avanzando, se presenta la imagen de un **gran**

árbol sin hojas. Debe darle vida con post-its de colores donde escribirá pequeños avances, victorias diarias, para que se vea colorido y lleno. Puede ser desde algo tan simple pero valiente como haberse levantado de la cama sin ganas, hasta un logro como haber sacado buena nota en un examen, o haber frenado un ataque de pánico. Se le pide que guarde este árbol y lo continúe rellenando en su día a día, con pequeños avances terapéuticos o victorias personales que alcance.

Entonces, solo si se considera que Anya está preparada y así lo verbaliza (si no, se hará a futuro), se realiza la práctica **Encuentra un ápice de verdad**, para atacar la culpabilidad. Consiste en leer una serie de afirmaciones de las que ella expresa cuáles pueden aplicársele, aunque sea un poco, un ápice:

- La situación fue resultado de las acciones de otros y no más
- Yo no quería que el resultado de la situación fuera el que fue, no hice nada deliberadamente porque fuera así
- La culpa que siento no me está cambiando para bien
- Quizá me culpe para protegerme y evitar que me ocurra nada malo
- Cuando me culpo, siento que tengo más control de mi vida.
- No podía prever el resultado pero tendría que haberlo hecho

Tras identificar con qué afirmaciones se identifica y por qué, se analizarán:

- ¿Cuál es ese ápice de verdad?
- ¿Qué pruebas tengo de que es verdad?
- ¿Alguien cercano a mí; mis amigas, familia o novio; consideraría que hay un ápice de verdad en la afirmación?
- ¿Alguien te ha hecho algún comentario que indique que en la afirmación podría haber un ápice de verdad?

SESIÓN 14.

Objetivo:

- Modificar creencias negativas de inutilidad

Procedimiento

- EMDR (Oren & Solomon, 2012; Pubill, 2023).

Se le explica a Anya en qué consiste el **EMDR** y, si está de acuerdo, se realiza la sesión. Es esencial aclararle que no es mágico, sino que modifica el funcionamiento cerebral, y puede ayudarla a procesar mejor el mensaje y darse cuenta de la cantidad de técnicas que puede probar y que le pueden funcionar; cuántas vías de recuperación tiene a su disposición. Si consideramos que la creencia no ha quedado bien abordada o integrada en una sesión, o no se ha cerrado correctamente, se pueden realizar más sesiones. No obstante, es interesante comprobar primero cómo reacciona la paciente a esta técnica, por lo que se comenzará con una sesión de prueba.

Antes de todo, se repasa el lugar seguro. Entonces, ella elige sus creencias negativas y positivas; como ejemplo, podría ser "Soy incapaz e inválida" para llegar a "Soy capaz y válida". Si se bloquea o no es capaz, se podría intentar con la creencia negativa "No avanzo" para llegar a "Estoy avanzando".

SESIÓN 15.

Objetivo:

- Fomentar el autocuidado
- Trabajar su identidad

Procedimiento:

- Metáfora del jardín dibujando (Wilson & Luciano, 2002).

En **metáfora del jardín**, se pide a la usuaria que imagine que es una jardinera a la que le encanta su jardín, cuidarlo y responsabilizarse de él. Deberá dibujarlo para visualizarlo mejor. Las plantas representan los elementos de su vida que más aprecia (personas, valores, ocio, etc.). Se le pide que describa cada planta, y se le explica que suelen aparecer malas hierbas (los pensamientos, emociones y sensaciones negativas). Anya, como jardinera, las recorta con rabia, pero siempre vuelven a crecer. Como está tan centrada en ellas, ha descuidado su jardín. Entonces piensa: ¿y si las acepto como parte de mi jardín y me centro en las plantas que quiero cuidar? De esta forma, se mueve la atención de los "hierbajos" a lo que de verdad importa: las plantas que están creciendo, y su correcto cuidado.

Identificará cuáles son realmente sus prioridades, y en lo que quiere centrarse.

SESIÓN 16.

Objetivo:

- Plantear metas a futuro
- Proyectar una identidad más allá del trauma

Procedimiento:

- Pregunta milagro (Pubill, 2023)
- Identificación de metas a corto y largo plazo (Pubill, 2023)
- Carta de razones (Pubill, 2023)

En la sesión anterior ya se trabajó con qué “plantas deseaba regar”; ahora, necesitamos conocer cómo quiere hacer crecer ese jardín.

Se comienza con la “**pregunta milagro**”, donde se pone a Anya en una situación milagrosa donde se despierta y ya está recuperada, mágicamente. Se le pide que describa cómo se siente en este contexto hipotético, cómo ha conseguido llegar hasta allí, cómo es ella (cómo viste, qué piensa) y qué va a hacer durante el día.

Una vez ha conseguido imaginar su “día perfecto” y su “yo ideal”, planteamos juntas una **lista de metas a corto y medio plazo** para conseguir llegar hasta ese punto. Exploramos qué técnicas de la terapia realizadas hasta el momento pueden servir o han servido a esos objetivos. Se le hace ver su progreso.

Como tarea, se propone escribir una “carta de razones para seguir avanzando” un día que tenga ánimos, para poder leerla cuando se sienta decaída o desesperanzada.

SESIÓN 17.

Objetivo:

- Cierre de la fase 2
- Preparación para la fase 3

Procedimiento:

- Kit de herramientas (Pubill, 2023)
- Explicación de la fase 3

Durante las sesiones, se han trabajado muchas técnicas para abordar la sintomatología de Anya. Juntas, creamos un **cofre o kit simbólico** para recopilar las técnicas trabajadas, abrazando y reconociendo el proceso realizado. Se aplauden y retratan los avances que ha conseguido, y se la anima a continuar el proceso de la forma en que desee y con los tiempos que necesite marcarse.

Para finalizar, se explica el **funcionamiento de la fase 3** y en qué consistirá, escuchando su opinión.

FASE 3. RECONEXIÓN CON LA VIDA

Objetivos principales:

- Fortalecimiento de su identidad
- Búsqueda de futuro; reconstrucción
- Consolidar la autonomía

Justificación:

Una vez que Anya haya conseguido conectar consigo misma, deberá reaprender a conectar con el resto del mundo, crear nuevas creencias, significados y conexiones que sustituirán a las distorsionadas por el trauma. Es crucial pasar de la identidad de “víctima” a “superviviente”, para que el trauma deje de constituir un eje central.

El objetivo se desplaza a la reconstrucción de la vida de Anya, integrar el trauma como un recuerdo y parte de sí misma, pero no lo que decide quién es y qué hace. Al finalizar esta fase, la usuaria habrá desarrollado un kit de herramientas para poder vivir su vida y construir nuevos caminos de forma autónoma.

Durante la Fase 3, las sesiones serán más cortas. No se planea llegar a los 60 minutos, pero no habrá un tiempo establecido. Se trabajará de acuerdo a las necesidades de Anya.

Para finalizar la sesión de esta fase, se ofrecerá una devolución de lo trabajado, se agradecerá que haya venido y se esté esforzando, y se propondrá respirar juntas, hacer algún ejercicio de relajación o acceder al lugar seguro. Se concluirá con un mantra: “he hecho un proceso duro, pero he avanzado y estoy progresando, me lo demostraré”.

SESIÓN 18.

Objetivo:

- Sensación de ser capaz, útil y válida
- Conectar con el día a día

Procedimiento:

- Realización de rutina

Ha llegado el momento de mirar a futuro, proponerse metas a corto plazo y cumplirlas, en concordancia con lo planteado en la fase 2.

Para ello, realizamos juntas una **rutina sin horarios**, con metas diarias o semanales; sencillas pero que provoquen que se sienta capaz y válida, en conexión con la vida y el día a día (caminar un rato más, estudiar, limpiar, etc.).

SESIÓN 19.

Objetivo:

- Identidad y autocomunicación
- Visión de superviviente

Procedimiento:

- Autocaracterización (Pubill, 2023)
- Mesa de colaboración (Pubill, 2023)

Durante la Fase 2, Anya redactó **autocaracterizaciones** desde el punto de vista de personas cercanas a ella. Esta vez, se hará en tercera persona, como un observador de su vida y proceso.

Además, se plantea la actividad de **mesa de colaboración**, donde la adulta Anya agradece a las diferentes partes de sí misma y a sus etapas vitales haberla protegido, pero declarándoles ahora es ella quien tiene el mando.

SESIÓN 20.

Objetivo:

- Recuperación de relaciones o creación de nuevos vínculos

Procedimiento:

- Entrenamiento en asertividad, límites y comunicación
- Sugerir el voluntariado (Pubill, 2023)

Para que Anya se sienta más capaz de afrontar las relaciones y los vínculos, se hace una sesión de **psicoeducación** interactiva enfocada en la comunicación con otros, los límites y la asertividad.

Para concluir, se plantea la posibilidad de abordar de nuevo algún tipo de relación o actividad; se sugiere el **voluntariado** en alguna asociación cercana donde pueda actuar de forma individual (o desde casa, telemáticos) para sentirse útil.

SESIÓN 21.

Objetivo:

- Visualizar el proceso vivido
- Cierre terapéutico

Procedimiento:

- Dibujo externalizador (Pubill, 2023)

Se pide que repita el **dibujo externalizador**, con la misma consigna: retratar cualquier elemento que sienta que la representa, para analizar por qué se siente identificada con ello. Se compara con el realizado a principios de la fase 2 para que pueda visualizar sus avances, camino y evolución. Cómo comenzó y cómo está ahora, que vea que hay una salida, una luz al final del camino.

Con esta última sesión, no se pretende cerrar una puerta ni dar por finalizada la recuperación. Se explica que los procesos no son lineales, hay baches y pasos hacia atrás. Lo importante es no olvidar nunca la meta y tener o buscar herramientas para llegar a ella. Es importante que entienda que su cambio no es "mágico" o externo, sino que lo ha conseguido ella, con su esfuerzo y compromiso. Se anima a que siga avanzando y progresando, recordándole que no está sola.

No se enfoca el **cierre del proceso terapéutico** como un final sino como el inicio de un camino largo y duro, pero por el que ya está transitando.

Se recuerdan los avances que ha hecho y se repasa la “caja de herramientas” que se lleva con ella. Se hace una última respiración para terminar desde la calma, y entonces, da por finalizada la terapia, repitiendo una vez más el mantra: “he hecho un proceso duro, pero he avanzado y estoy progresando, me lo demostraré”.