



## ENSAYO SOBRE ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS ORIENTADAS A LA DISMINUCIÓN DE LAS CONDUCTAS DE EVITACIÓN AL REPROCESAMIENTO DEL TRAUMA COMPLEJO

### ASSAY REGARDING THERAPEUTIC STRATEGIES TO DECREASE THE AVOIDANCE BEHAVIORS TO COMPLEX TRAUMA REPROCCESING

Karina Jiménez García<sup>1</sup>

REVISIÓN  
BIBLIOGRÁFICA

#### Resumen:

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) tanto en la modalidad simple como compleja implica la reexperimentación de experiencias asociadas al trauma. Además, las personas con TEPT tienden a evitar las experiencias que les recuerden el trauma, pudiendo desarrollar importantes fobias hacia esta parte de su historia. Esto recrudece el malestar y afecta la resolución del trastorno, ya que implica la implementación de técnicas de exposición hacia aspectos cognitivos, emocionales y sensoriales asociados a la experiencia traumática. De esta manera, en personas con TEPT complejo es necesario ampliar la fase de estabilización incluyendo estrategias orientadas a disminuir la fobia al recuerdo. Los diferentes modelos orientados al trabajo de trauma, proponen estrategias efectivas para trabajar dichas fobias como la psicoeducación, desensibilización sistemática de la fobia al recuerdo, utilización de autoafirmaciones, así como metáforas

y cuentos específicos que incrementen la capacidad de recursos resilientes en las personas con TEPT complejo.

**Palabras claves:** conductas de evitación, exposición, fobias relacionadas a la historia de trauma, trastorno por estrés postraumático, trauma complejo.

#### Abstract:

Simple Posttraumatic Stress Disorder (PSTD) in simple and complex modalities involve the re-experiencing of occurrences associated with the trauma. Also, people with trauma history tends to avoid experiences that remind them of the trauma, therefore could develop significant phobias related to that part of their history. This exacerbates the discomfort and affects the resolution of the disorder, since it implies the use of exposure techniques of cognitive, emotional and sensory aspects related to the traumatic experience. Thus, in people with complex PSTD it is necessary

<sup>1</sup> Karina Jiménez García, Especialista en Psicología Clínica, Máster en Psicología de la Salud. Psicóloga Hospital Nacional Psiquiátrico y práctica privada, karina.jg2.@gmail.com



to extend the stabilization phase including strategies aimed at reducing memory phobia. The different models oriented to trauma work, propose effective strategies for these kinds of phobias, including psychoeducation, systematic desensitization of trauma phobia, use of self-affirmations, as well as metaphors and specific stories that increase the capacity of resilient resources in people with complex PTSD.

**Keywords:** behavioral avoidance, complex trauma, exposition, phobias related to trauma history, posttraumatic stress disorder.

## 1. Introducción

El término trauma proviene del griego y significa “Herida”, fue utilizado dentro de la psicología en el siglo XIX y se orientaba a la reacción que tenía una persona a un evento estresante, con el paso del tiempo, este concepto se ha extendido a los sistemas de clasificación de las enfermedades mentales, incluyéndose en el diagnóstico del Trastorno Estrés Posttraumático (TEPT) (Moskowitz y van der Hart, 2020).

El TEPT es un diagnóstico en donde la persona ha estado expuesta ya sea directa o indirectamente a eventos que implican la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual y que involucran la reexperimentación de estos a través de intrusiones, recuerdos, sueños, reacciones

fisiológicas, así como malestar emocional. Además, las personas tienden a implementar conductas de evitación, tanto de la experiencia interior como los elementos externos que estén relacionados con el evento traumático. Esta condición genera malestar emocional y disfuncionalidad en la cotidianidad (APA, 2013).

Williams y Poijula (2015) retoman a Terr (1994), quien realizó una subdivisión del trauma en tipo I y tipo II, siendo el tipo I relacionado con la capacidad para encontrar un recuerdo claro y detallado sobre el evento traumático, lo cual genera más facilidad hacia la elaboración y procesamiento de la experiencia traumática. Por otro lado, el tipo II hacía alusión a la presencia de una exposición prolongada y repetida a múltiples situaciones amenazantes, lo cual genera mayor dificultad para evocar la historia de trauma y elaborarla, afectando mayor cantidad de áreas emocionales, cognitivas, conductuales y sensoriales, por consiguiente conlleva a un mayor deterioro en el funcionamiento.

El trauma tipo II, fue ampliado y descrito en 1992 por Judith Herman, quien acuñó el término trauma complejo, que se caracteriza por la experimentación y exposición de múltiples experiencias traumáticas que han sido prolongadas y repetidas en el tiempo y que generan conductas



de reexperimentación, evitación y la sensación constante de amenaza, así como desregulación en el área afectiva, presencia de autoconcepto negativo y dificultades en el área interpersonal (Williams y Poijula, 2015).

En la actualidad, el Sistema de Clasificación Internacional de Diagnósticos versión 11 (CIE-11), incluye el TEPT complejo dentro de las clasificaciones. La propuesta de inclusión se realizó a partir de muchos estudios que buscaban la validez del concepto. Los resultados evidenciaron un sistema de seis factores que definen los síntomas más significativos: la intrusión, evitación, conductas hiperalertas, desregulación afectiva, autoconcepto negativo y problemas interpersonales (Böttche et al, 2018).

Nieto y López (2016), revisan varios autores que permiten conceptualizar el impacto que tiene el trauma en las diferentes dimensiones de una persona. Las esferas afectadas son: (1) el cuerpo, el cual genera una readaptación del sistema nervioso, quien activa el sistema de alerta y sensibiliza la identificación de estímulos amenazantes, lo cual conlleva la persistente utilización de reacciones fisiológicas y neuronales de sobrevivencia, como una manera de adaptación a la situación traumática; (2) memoria, la cual refleja una dificultad en la evocación y organización de la información semántica y episódica, mientras hay una automatización de patrones conductuales

producto de la presencia de activación de la memoria implícita o menos consciente, como una manera de economizar energía y evitar la reflexión, para potenciar reacciones defensivas ante cualquier estímulo interno o externo que sea similar a los amenazantes, llegando a generalizar estos disparadores en muchos elementos del presente que no tienen relación con el pasado; (3) desregulación emocional, la esfera emocional pendula entre puntos extremos de hiperactivación emocional y conductual e hipoactivación o congelamiento de la respuesta emocional.

La evitación es una respuesta refleja a situaciones, pensamientos, sentimientos o cualquier estímulo tanto interior o exterior que genere sensación de amenaza, algunos ejemplos que se pueden encontrar es el cambio de tema de conversación, alejar la conciencia de un recuerdo, llegadas tardías a la terapia o cancelación de citas cuando se sabe que se trabajarán esos temas, dejar de hacer tareas asociadas a las temáticas amenazantes, etc. (Knipe, 2018).

Steele, et al. (2017), hacen referencia a la evitación como una reacción fisiológica de sobrevivencia que forma parte de los mamíferos y tiene como objetivo facilitar la sobrevivencia en el animal a través de las reacciones de lucha, huida o congelamiento propias del sistema nervioso central, desarrollando reacciones emocionales de hiper o hipoactivación.



En el TEPT y el TEPT complejo el síntoma de evitación experiencial es de los más significativos (Miller et al., 2020; Hosseini Ramaghani, et al., 2019), inclusive se ha encontrado que entre más grave sea el evento traumático y mayor cantidad de tiempo en la exposición al mismo, el mecanismo de evitación selectiva se consolida más rígidamente, al punto de ser el parte del desarrollo de síntomas disociativos (Herzog, DePierro y D'Andrea, 2018; Knipe, 2018). Por esta razón, la conducta de evitación forma parte del repertorio de sobrevivencia que pone en marcha la persona, con la finalidad de evitar la reexperimentación de la sintomatología asociada a la experiencia traumática. Cuando hay una intrusión, reexperimentación o algún recuerdo que dispare emociones o sensaciones asociadas al trauma, se genera una experiencia de alta sobrecarga. En estos momentos, las conductas de evitación son la manera en que la persona evita todo los aspectos relacionados al trauma que generen malestar, volviéndose una estrategia de regulación emocional que utilizan continuamente y que se presenta en el abordaje terapéutico, especialmente cuando se construye la narrativa del trauma, porque se activan los recuerdos del emociones, sensaciones y creencias asociadas (Steele, Bom y van der Hart, 2017; Ross y Halpern, 2009).

Knipe (2018) conceptualiza las conductas de evitación, como defensas frente al

malestar, las cuales tienen una carga de afecto positivo disfuncional, al generar una sensación de alivio o contención, que se contraponen a la información perturbadora asociada a la experiencia de trauma, lo cual hace que las conductas de evitación puedan ser directas y conscientes, así como sutiles y/o automáticas.

Cuando se habla de fobia dentro del modelo de abordaje de trauma, se hace referencia a la presencia de reacciones fóbicas hacia las experiencias internas como pensamientos, sentimientos, fantasías y/o recuerdos. Dichos temores se observan más continuamente en personas crónicamente traumatizadas quienes tienen mucho temor hacia cualquier contenido externo o interno que dispare experiencias asociadas a la historia de trauma (González y Mosquera, 2012).

En la terapia del trauma el estímulo fóbico es interno, se relaciona con sentimientos y conflictos no resueltos, por lo que la exposición se realiza hacia los sentimientos y/o sensaciones no resueltas, lo cual hace que el trabajo sea más complejo, siendo común que emerjan las conductas de evitación (Ross y Halpern, 2009). En este sentido, la propuesta terapéutica, que se maneja en los enfoques orientados al trabajo con trauma involucran un trabajo en fases, siendo la primera fase orientada a comprensión del trauma, la estabilización de las emociones



y preparación para la exposición, en donde se incluye el abordaje de las conductas de evitación a la historia, la segunda fase se orienta al procesamiento de la historia traumática y finalmente, en la tercera fase, se busca consolidar la experiencia de recuperación, enfocándose en los retos del presente y los anhelos del futuro (Steele, Boom y van der Hart, 2017).

En cuanto al tratamiento del TEPT, se ha encontrado que las técnicas de exposición son las que han demostrado mayor eficacia en el procesamiento y resolución de las experiencias de trauma (Treanor y Barry, 2017), de esta manera es necesario fortalecer la capacidad de las personas para tolerar sensaciones intensas y que puedan sentir mayor deseo de experimentarlas (Rattel et al., 2020).

En conclusión, en el abordaje psicoterapéutico de personas con trauma complejo resulta un reto el realizar procedimientos de exposición a la historia de trauma, debido a la activación constante y automatizada de síntomas afectivos, sensoriales y cognitivos producto de los múltiples disparadores asociados al evento traumático. Igualmente, la tendencia a sobreutilizar las conductas de evitación como método para contrarrestar el malestar hacen que sea complicado alcanzar la resolución del trastorno. Por tanto, el objetivo planteado consiste en conocer los modelos y técnicas más efectivas para la intervención sobre las

conductas de evitación que presentan las personas con TEPT complejo cuando se enfrentan al procesamiento de memorias traumáticas, facilitando la posibilidad de procesar las memorias traumáticas, sin generar altos niveles de activación emocional, cognitiva y sensorial.

## **2. Revisión de enfoques y estrategias terapéuticos en el tratamiento del TEPT complejo:**

La revisión bibliográfica sobre el abordaje de la conducta de evitación asociada a la historia de trauma y el reprocesamiento de éste, permite conocer sobre diferentes propuestas de tratamiento desde distintos modelos terapéuticos que incluyen la evitación como parte del proceso durante las distintas fases.

Por lo tanto, se procede a conceptualizar estrategias de abordaje orientadas a la preparación de la persona con trauma complejo, a partir de los principales enfoques terapéuticos, así como la exposición de herramientas para realizar esta intervención a partir de la integración teórico – práctica.

### **2.1 Enfoques terapéuticos que incluyen el abordaje de las conductas de evitación:**

#### **2.1.1 DBT-PSTD:**

Este enfoque está basado en el modelo Terapia Dialéctica Conductual o DBT por





sus siglas en inglés (Dialectical Behavioral Therapy) pero con cambios específicos para el tratamiento del TEPT complejo. Fue desarrollado por Martin Bohus y Marsha Linehan y probado en estudios aleatorios con población con TEPT complejo con historia de experiencias de abuso sexual y/o violencia. En este enfoque se hace énfasis en tres retos que se presentan en las personas con TEPT complejo: (1) altos niveles de malestar y conductas disociativas definidas como maneras de evitar el malestar emocional, para lo cual incluyen el entrenamiento en estrategias de tolerancia al malestar con el objetivo que sean implementadas tanto durante el inicio de la terapia, así como en los momentos en que se trabaje la exposición a la narrativa de trauma; (2) presencia de alta intensidad emocional frente a emociones de vergüenza, culpa, disgusto y autodesprecio, lo cual incrementa la evitación; (3) múltiples problemas cotidianos que requieren de un manual para el abordaje progresivo y continuado de las temas que se van abordando en terapia. En este modelo se trabaja la evitación a través de psicoeducación, autoevaluaciones que se comentan con el terapeuta y se repiten a lo largo del tratamiento, metáforas, ejercicios de mindfulness e incremento de la autocompasión, así como psicoeducación sobre el trauma y las reacciones de evitación (Bohus, 2019, Bohus, et al., 2013).

### **2.1.2 Modelo progresivo de EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing):**

EMDR o terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares es un enfoque terapéutico que ha tenido reconocimiento científico en el abordaje del TEPT. Este modelo fue desarrollado en los años ochenta por la Dra. Francine Shapiro. Permite trabajar desde el pasado, presente y futuro, a través 8 fases en donde se realiza la historia clínica y conceptualización del caso, se prepara y estabiliza a la persona, posteriormente se trabaja en reprocesar los eventos traumáticos y finalmente se evalúa la capacidad que tiene la persona para hablar sobre los diferentes componentes del material perturbador experimentando menos malestar y mayor autocontrol.

Para realizar las fases de reprocesamiento, es necesario que la persona pueda exponerse a las imágenes, cogniciones, emociones y sensaciones asociadas al evento traumático, mientras el terapeuta realiza la estimulación bilateralizada, que puede ser a través del movimiento de los ojos, sensaciones táctiles o auditivas, lo cual permite activar el recuerdo y exponer a la persona al evento, conforme se avanza en el procesamiento, la persona logra ir integrando nuevos aprendizajes y va disminuyendo el nivel de perturbación asociada (González y Mosquera, 2012).

Dado que la exposición al material traumático puede generar importante malestar en la persona, diversos exponentes del mundo EMDR han trabajado en generar pautas específicas para el abordaje de



pacientes altamente traumatizados, ya que se ha encontrado que son personas que presentan mucha activación emocional, temor al procesamiento de las situaciones traumáticas e inclusive activación de sintomatología disociativa. De esta manera, se ha propuesto el modelo progresivo, el cual implica el abordaje paulatino de los eventos traumáticos, tomando en cuenta el papel de las fobias, e incluyéndolas como áreas de reprocesamiento o desensibilización, antes de empezar con los recuerdos traumáticos más significativos (González y Mosquera, 2012; Knipe, 2018 y Gómez, 2012)).

Desde esta perspectiva, resulta importante realizar una conceptualización inicial en donde se explore la presencia de fobias a la historia traumática y conductas de evitación, ayudando a la persona a comprender la función de las mismas dentro de su sistema interno, ya que fueron estrategias de afrontamiento y defensa que la persona utilizó en el pasado para sobrevivir a la situación adversa, por lo tanto son fuentes de información valiosa para el trabajo psicoterapéutico y resultan una antesala al procesamiento de los eventos más difíciles (Knipe, 2018; González y Mosquera, 2012).

Por esta razón, durante la fase 2 del tratamiento se trabaja en la exploración y fortalecimiento de la capacidad de regulación, hacer consciente y atenuar la activación de las defensas disociativas a través de técnicas de desensibilización con utilizando

la estimulación bilateralizada, fortalecimiento de recursos emocionales y patrones de autocuidado. Además, es importante continuamente utilizar la relación terapéutica como una herramienta del proceso y generar un ambiente de seguridad relacional desde este lugar. Finalmente es importante contemplar que puede haber elementos traumáticos asociados a los recursos que se van instalando, por lo que es necesario procesarlos, para facilitar la exposición al material de malestar. (González y Mosquera, 2012).

### **2.1.3 Terapia cognitivo conductual:**

Desde los modelos cognitivo – conductuales se incluye las técnicas de exposición como la principal estrategia. Entre las estrategias de preparación para la exposición sobresale la presencia de psicoeducación y autoafirmaciones positivas que se generan a partir de la reestructuración cognitiva por medio de estrategias como el abogado del diablo, realizar listas de pros y contras, y uso de metáforas las cuales se mantienen desde el inicio de la sesión (Zayfert y Black, 2007).

## **2.2 Técnicas específicas para el manejo de las fobias al reprocesamiento**

### **2.2.1 Psicoeducación sobre las fobias**

Zayfert y Black (2007), recopilan las principales técnicas para el manejo del TEPT desde la terapia cognitivo conductual. En su



revisión hacen énfasis sobre la importancia de educar a las personas en el TEPT, especialmente porque los componentes de exposición van a generar cierto malestar posterior a las sesiones. En este modelo se utilizan ejemplos cotidianos y metáforas desde la primera sesión para preparar a la persona ante la posibilidad de exponerse a su mayor miedo. Asimismo, enfatizan que la psicoeducación puede convertirse en un activador de malestar, lo cual hace que el terapeuta tenga que estar alerta de las reacciones y brindar herramientas para contener las mismas desde el inicio.

Hancock y Bryant (2018), realizaron un estudio sobre la importancia de la percepción de control en mujeres con TEPT, sus resultados evidenciaron que las experiencias de descontrol resaltan las vulnerabilidades implicadas en el TEPT. En ese sentido, al extrapolar dichos resultados a la intervención terapéutica, resulta necesario brindar información válida que normalice las respuestas de evitación, así como las estrategias que se utilizarán para manejar la activación emocional asociada, lo cual permite que la persona tenga mayor sensación de control frente a la historia de trauma que se requiere trabajar en la fase de procesamiento (Ross, 2009; Steele, 2017).

### **2.2.2 Validación:**

La conducta evitativa en la persona tiene un motivo y una función dentro de la historia personal, ha sido un recurso de afrontamiento

y protección que le ha permitido sobrevivir a momentos difíciles de su vida y evitar el malestar que le generó esta experiencia, por tanto tiene un sentido totalmente válido para esta persona, asimismo, es una reacción innata de sobrevivencia que pone en marcha el cerebro y que se activa automáticamente a nivel fisiológico (Steele, et al., 2017, Gómez, 2012; Van der hart, et. al, 2008).

Comprender y validar la parte funcional de dicha estrategia, permite modelar en la persona una actitud compasiva, así como incrementar la sensación de control saludable. Antes de realizar la validación, es importante comprender junto con la persona la manera en que esta estrategia le está ayudando en ese preciso momento, desde ahí se puede desplegar un comentario validante que englobe todo el procesamiento de la persona y active la voz compasiva (Ross, 2009, Steele, et. al., 2017; Van der hart, et al., 2008).

### **2.2.3 Exploración de disparadores asociados a la evitación:**

Cuando se trabaja a nivel terapéutico y se observa alguna reacción de evitación tal como silencio, cambio de tema, negatividad, etc., es importante que el/la terapeuta se detenga en ese momento, señale la reacción y la encuadre como una conducta de evitación, así como validar de forma general la reacción, posteriormente, se procede a explorar con curiosidad el proceso





interior y exterior que despertó la conducta de evitación, intentando conocer qué es lo que la persona está evitando y los motivos asociados a esta conducta. Por ejemplo *“Pareciera que algo acaba de pasar y se activó alguna sensación intensa, o malestar, tiene sentido que la conducta de evitación aparezca. Vamos a detenernos aquí para comprender lo que pasó”*.

Al explorar el proceso es posible revisar la metacomunicación, así como la capacidad de mentalización al reflejar lo que observamos. Se pregunta sobre aspectos emocionales, cogniciones o creencias que limitan la capacidad de vivir la experiencia, las sensaciones asociadas y las percepciones sobre las mismas, así como los disparadores internos y externos que precipitan estas reacciones de evitación. Con toda la experiencia, resulta más fácil trabajar sobre reestructuraciones cognitivas a través del diálogo socrático o experiencias de desensibilización que disminuyan la reactividad emocional. (Steele, et. al., 2017).

#### **2.2.4 Relación terapéutica:**

La actitud del terapeuta hacia la evitación cumple un rol importante, ya que cuando el terapeuta comprende esta conducta dentro de una serie de reacciones esperables, puede reaccionar con mayor compasión hacia la persona, ayudándole a activar la confianza tanto en sí misma como en las demás personas (Steele, et al., 2017)

Es importante que el terapeuta evite darle un significado hostil a la evitación, o bien, verla como una conducta que interfiere con la terapia producto de la negatividad del paciente hacia el procesamiento de sus dificultades. En este sentido, el terapeuta, trata de normalizar la reacción de evitación, así como contextualizarla como una estrategia de sobrevivencia para evitar el malestar propio de la situación difícil que le tocó vivir a la persona. El terapeuta ayuda a la persona a crear un nuevo significado alrededor de esta reacción, además de utilizar la psicoeducación, podrá modelar una conducta y pensamiento flexible, validar sus reacciones y función a lo largo de la vida, así como posteriormente trabajar en puntualizar los aspectos negativos de la defensa y generar nuevas habilidades para hacer frente a las situaciones difíciles de vida (Ross, 2009; Steele, et al., 2017).

#### **2.2.5 Uso de metáforas y cuentos:**

La mayor parte de exponentes en temáticas de trauma, dentro de los distintos modelos terapéuticos expuestos, hacen alusión al uso de la metáfora como un medio de generar la pendulación entre la desregulación emocional asociada al hecho de hablar de las emociones y el sobrecontrol que lleva a la utilización de estrategias de negación (Gómez, 2012).

En ese sentido, se desprenden diversos comentarios metafóricos o historias que



se despliegan de la creatividad de cada terapeuta. Por ejemplo, en el modelo de DBT-PSTD hay varios cuentos creados para generar este lenguaje metafórico que invita a enfrentar las emociones, tal como el llamado "Aliento", mientras que dentro del modelo de EMDR, muchas de las metáforas surgen a partir del procesamiento de cada persona, siendo éstas elaboradas de manera única. Por otra parte, la creatividad de cada terapeuta y el contacto continuo con las personas con TEPT complejo puede hacer que esta habilidad vaya creciendo, generando su propio banco de metáforas que facilitarán la comprensión de la evitación y generarán mayor cantidad de recursos de resiliencia en la persona (Bohen, 2021; Ross, 2009; Steele, et. Al, 2017).

## **2.2.6 Construcción de recursos internos para manejar las conductas de evitación**

### **2.2.6.1 Construcción de recursos internos**

Una vez que se ha trabajado con la persona en la comprensión de la conducta de evitación, así como la conceptualización en la función de esta conducta, es importante elaborar recursos o habilidades que le faciliten el afrontamiento de la evitación, así como prevenir reacciones desreguladas afectivamente cuando se enfrenta a la experiencia de trauma. Por esta razón, es necesario ayudar a la persona a sustituir las conductas de evitación con nuevas

habilidades que resulten más adaptativas (Bohus, 2021, Steele, et al., 2017, Van der hart, et al., 2008, Gómez; Sweeton, 2019).

Steele, et al. (2017) realiza una conceptualización integradora en el desarrollo de estos recursos, en donde recomienda la instalación de los mismos a través de diferentes enfoques como hipnosis, EMDR, técnicas de imaginación o enfoques somáticos. Entre los recursos que considera que se pueden desarrollar específicamente para afrontar la intensidad emocional, así como la evitación señala cualquier recurso positivo, que genere una sensación de apoyo, calma, seguridad, contención o experiencia positiva. El objetivo es que la persona pueda practicar estos recursos diariamente para que vaya logrando tener mayor capacidad de tolerar el malestar en el momento del procesamiento del trauma. Gómez (2012) y Steele, et al. (2017), desglosan algunos recursos tales como:

- Creación de lugar de calma
- Figuras afectivas o significativas de apoyo que puede ser reales o imaginarias y que brinden palabras de aliento, contención, apoyo.
- Figuras animales tanto reales como imaginarias que generen sensaciones de empoderamiento y apoyo
- Figuras que conecten con una sabiduría interior, ya sea un guía o sabio interior, símbolos espirituales, etc.



- Imaginación de un momento de calma como tomar una taza de té humeante, o la sensación del sol en la cara, o el pasto en los pies.
- Recordar experiencias de triunfo en donde se mostró sin evitación
- Ubicación de estas experiencias en el cuerpo y realización de un anclaje con la zona de su cuerpo a través de la respiración y el contacto con esa zona.
- Buscar sensaciones de agrado, fuerza y poder en el cuerpo.
- Buscar pequeños logros dentro de la terapia y mostrarlos a la persona.
- Imaginarse realizando la conducta sin mostrar evitación y evidenciando mayor sentido de competencia y logro.
- Elaboración de escudos de protección, mantas protectoras, escondites del interior y contenedores que le faciliten a la persona guardar partes de la historia, contener información que no desean trabajar ese día y protegerse de recuerdos de manera metafórica y generar pequeñas dosis de evitación pero con mayor capacidad adaptativa.
- Recursos de música, canciones, frases, fotografías y elementos externos que generen la sensación de capacidad de calma, tolerancia al

malestar y confianza en el proceso, en el terapeuta y en el futuro.

- Diálogo socrático para retar a las creencias limitantes, se busca encontrar las contradicciones y crear creencias más adaptativas.

#### **2.2.6.2 Estrategias de construcción de recursos y comprensión de la conducta de evitación desde EMDR**

Desde el modelo de EMDR, Knipe (2018) propone que la evitación sea procesada como un blanco, diana u objetivo terapéutico aparte. Desde su propuesta, señala la necesidad de desensibilizar la falsa sensación de seguridad y consolidar el recuerdo implícito asociado a la capacidad de tolerar la información de los recuerdos dolorosos. Sugiere que al señalar el impulso de evitación y utilizar tandas de estimulación bilateral, la persona puede frenar la activación del sistema simpático con respuestas de ansiedad intensas y mejorar la asociación que realiza entre el disparador de la evitación y la activación del pensamiento reflexivo y menos automatizado, pudiendo decidir la conveniencia en cuanto a la utilización de esta estrategia de acuerdo a sus metas a largo plazo. Se observan tres maneras de realizar este proceso:

**A) Disminuir el impulso de evitación:** Inicialmente se identifica el Nivel de Impulso de Evitación (NIE), a través de una pregunta directa sobre la conducta que está queriendo



evitar. Esto se realiza con la pregunta “*Ahora mismo, ¿Cuánto de 0 a 10, no quieres... (Conducta de evitación)?, siendo 10 el impulso más fuerte de no...(conducta de evitación) y 0 no hacer ningún impulso en absoluto*”. Posteriormente, se le pide a la persona que ubique ese impulso en el cuerpo. Seguidamente, se procede a utilizar estimulación bilateralizada en tandas más cortas, orientada la sensibilización, mientras la persona fija su atención, en la imagen que representa la conducta de evitación, la intensidad y sensación corporal asociada. Este procesamiento se repite volviendo después de cada tanda a la pregunta integradora, esperando que baje el nivel de intensidad y que la persona reconozca la sensación de cambio de este impulso.

**B) Beneficios de la conducta de evitación:** Otra variante de este método, es preguntar directamente sobre la condición agradable asociada al hecho de no recordar, no querer, no hacer o bien, evitar. Se recomienda realizar directamente la pregunta “¿Qué es lo bueno de no... (Conducta de evitación)?”, y con la respuesta que brinde la persona, se procede con la estimulación bilateral considerando que son tandas más cortas, es decir con menos movimientos. Continuamente se vuelve a la pregunta sobre el beneficio de mantener la evitación, hasta que la persona pueda identificar que dicha estrategia le está siendo contraproducente para sus objetivos. Cuando la persona

identifique el material negativo asociado a la evitación, se finaliza con la pregunta “¿Qué estás averiguando *aquí hoy que sea útil?*”, y esto se instala con estimulación bilateral.

**C) Imagen de futuro sin evitación:** Esta propuesta comparte algunos elementos con la técnica de la pregunta milagro, propia del modelo terapia centrada en soluciones propuesto por Steve de Shazer, así como el enfoque de procesamiento de impulsos no deseados de Popky (2005). Se le pregunta a la persona sobre la posibilidad de visualizar su futuro sin el problema, sin que hayan conductas de evitación y que narre lo que pasaría diferente ese día con respecto a la actualidad. Esto permite aumentar la cantidad de beneficios asociados al afrontamiento de la conducta de evitación. Posteriormente, se le pide a la persona que traiga a su mente la imagen visual que represente el problema que tiene en la actualidad al mantener la conducta de evitación y se hace la pregunta relacionada con el NIE “*Ahora, te imaginas frente a... (Imagen que representa la conducta de evitación) ¿Cuánto de 0 a 10, no quiere... (Conducta de evitación)?*”. Seguidamente se localiza ese NIE en el cuerpo de la persona, para continuar con la estimulación bilateral uniendo la imagen, la intensidad en que desea evitar y la sensación en el cuerpo. Se vuelve en a la imagen inicial y el NIE, esperando que la persona vaya notando el deseo de postergar la evitación y realizar la conducta deseada.



### 2.2.6.3 Estrategias de construcción de recursos para trabajar la conducta de evitación desde DBT-PSTD

De acuerdo a Bohus (2021), en la terapia DBT-PSTD, se incluyen varias sesiones para el trabajo con la evitación previo a las sesiones de exposición. La principal herramienta es la evaluación de la evitación, la psicoeducación y normalización de la misma.

Antes de iniciar el entrenamiento en recursos y posterior a la psicoeducación sobre la conducta de evitación, se utiliza un cuento llamado “Aliento” para generar en la persona la motivación al cambio y vencer la evitación. Posteriormente, se trabaja con el entrenamiento en habilidades para el manejo de la tolerancia al malestar y de autoregulación emocional, las cuales son similares a las que se trabajan en el enfoque tradicional de DBT (Terapia Dialéctica Conductual). Asimismo, se hace énfasis en la práctica de mindfulness especialmente para activar la capacidad de autocompasión en la persona, siendo esta una variante con respecto a la DBT tradicional (Bohus, 2021).

A manera resumida del manual de Bohus (2021) sobresalen las siguientes estrategias:

- Identificación de creencias que bloquean el deseo de cambio, las cuales se identifican con el nombre de “pequeños monstruos”

- Entrenamiento en habilidades de tolerancia al malestar: S.T.O.P, técnicas de distracción, técnicas de autocalma, de mejorar el momento, mindfulness y atención guiada.
- Reestructuración cognitiva de recuerdos para hacer la división entre pasado y presente, lo cual permite trabajar intrusiones y flashbacks
- A nivel de las emociones se trabaja en el reconocimiento, etiquetamiento, conocimiento de la función de ellas, reconocimiento de los pensamientos, reacciones corporales y postura asociada, así como en reconocer las diferentes maneras de percibir el ambiente a partir de las mismas y los impulsos de acción de cada una. Finalmente, se trabaja en estrategias de acción opuesta para cada emoción.

### 2.2.6.4 Estrategias para la construcción de recursos desde Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

Zayfert y Black (2007) identifican como estrategias propias de la TCC para generar sensación de competencia y capacidad para exponerse a la historia de trauma y bloquear las conductas de evitación, entre estas estrategias sobresale:

- Psicoeducación





- Validar las preocupaciones y temores
- Reestructuración cognitiva de las creencias limitantes que no permiten realizar la exposición
- Listas de pros y contras asociados a la exposición
- Técnicas de respiración diafragmática y entrenamiento en relajación progresiva
- Delinear segmentos de la historia para hacer menos invasiva la exposición
- Utilizar continuamente la motivación a partir de recordar las metas y los logros con el trabajo que va a realizar
- Realizar las sesiones de exposición junto a un familiar o persona que le genere seguridad
- Utilizar estrategias de enraizamiento: objetos con olores, texturas, sensaciones frías, pies descalzos
- Evitar reforzar conductas disfuncionales, por ejemplo si la persona coloca el cuerpo en forma de niño o se tapa los oídos, pedirle que regrese a la posición regular, desde una postura de adulto.

#### **2.2.6.5 Estrategias de construcción de recursos a partir de la experiencia clínica en el Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica**

A partir de la experiencia clínica recopilada en el abordaje de jóvenes con historia de TEPT complejo dentro del Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí Costa Rica, durante los años 2012 al 2020, la suscrita en calidad de psicóloga clínica de dicho centro hospitalario, ha venido desarrollando una estrategia que han permitido el abordaje de dichas conductas de evitación.

Esta estrategia se desarrolló a partir de la experiencia clínica, integrando las propuestas del trabajo expuestas anteriormente. Se desarrolló un cuento metafórico, llamado “Nace un buscadiamantes” (Jiménez, 2020), el cual está inspirado en el desarrollo de un diamante, siendo esta la metáfora que contempla las diferentes partes del proceso que tiene que enfrentar una persona con trauma complejo. En este cuento, se busca explicar de forma lúdica aspectos como psicoeducación, validación de las estrategias y desarrollo de recursos para la exposición a la historia. Además, al finalizar la historia, se brinda una piedrita que simbólicamente representa el diamante como objeto metafórico que permite a la persona anclarse hacia este recurso y reutilizar en momentos de reprocesamiento y exposición al material traumático.

Aunque no se cuenta con datos cuantitativos que comprueben con evidencia la utilidad de este recurso, la experiencia clínica ha permitido observar como la



utilización de este recurso ha sido un medio facilitador de disminución de las conductas de evitación en hombres y mujeres en la etapa de adolescencia y edad adulta que presentan trauma complejo, facilitando su participación en los procesos terapéuticos y generando mayor capacidad de procesamiento de las experiencias de trauma. De igual manera, se ha encontrado que las personas utilizan el objeto metafórico como un recurso de afrontamiento en diferentes momentos retadores de la vida o cuando hay disparadores que activan los recuerdos emocionales, sensoriales y/o cognitivos de sus experiencias traumáticas, facilitando el afrontamiento de las mismas de manera más adaptativa e incrementando la tolerancia al malestar.

### 3. Conclusiones

El trabajo terapéutico con personas con trauma complejo es uno de las experiencias terapéuticas más retadoras para los profesionales en salud mental.

Las personas que han sufrido experiencias de trauma complejo comúnmente visitan diferentes profesionales en busca de ayuda terapéutica, sin embargo, muchas veces sus conductas de evitación son malinterpretadas, pudiendo llegar a ser vistas con defensividad, desinterés o poca colaboración en el contexto de terapia.

La presencia de un sinnúmero de síntomas de desregulación emocional, dificultades interpersonales, autoconcepto negativo y constante sensación de amenaza, así como síntomas de evitación y de reexperimentación a través de flashback e intrusiones pueden generar dificultades en el tratamiento, viéndose afectada la relación terapéutica y la percepción sobre la colaboración, lo cual hace que las fases de exposición se vean retardadas inclusive por años (Williams y Poijula, 2015).

Algunos profesionales han conceptualizado estos obstáculos con el nombre de resistencia, lo cual, puede ser interpretado de manera errónea como una dificultad del paciente para adherirse al tratamiento terapéutico de manera voluntaria, es decir que muestra negatividad hacia el mismo. Esto deja de lado el hecho que la evitación es una conducta esperable en la persona que presenta TEPT complejo y que no responde a un estado voluntario, si no a una estrategia de sobrevivencia fisiológica que se automatizó en la persona. Esta malinterpretación, podría generar errores en el abordaje de esta población, en donde el terapeuta prescinde del uso de la validación y la exploración, o bien puede tender a quedarse en planos más superficiales, sin lograr elaborar la historia de trauma como tal (Steele, et al., 2017).

De esta manera, es necesario que el profesional en salud mental conozca sobre la presencia de la conducta de evitación y todos



los fenómenos asociados, lo cual permite que se brinden atenciones más adecuadas a las personas con TEPT complejo.

Se intentó sintetizar el tema e incluir varios modelos terapéuticos que han conceptualizado esta conducta y a la vez, han desarrollado técnicas que han mostrado evidencia empírica en los resultados, sin embargo, es claro que podrían haber otras perspectivas que estaban inaccesibles para este momento.

Por otra parte, al exponer el recurso terapéutico que se elaboró a partir de la experiencia y que ha resultado exitoso en la práctica clínica, puede llegar a ser un motivador para diferentes profesionales, puedan motivarse a elaborar material que facilite el abordaje de esta conducta, generando mayor cantidad de recursos para vencer estas conductas y encontrar soluciones al malestar más eficaces y prontas.

#### 4. Referencias bibliográficas:

1. Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Quinta edición. Editorial Médica Panamericana.
2. Böttche, M., Ehring, T., Krüger-Gottschalk, A., Rau, H., Schäfer, I., Schellong, J., Dyer, A., y Knaevelsrud, C. (2018). Testing the ICD-11 proposal for complex PTSD in trauma-exposed adults: factor structure and symptom profiles. *European journal of psychotraumatology*, 9(1), 1512264. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1512264>
3. Bohus, M., Dyer, A.S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedtfeld, I., Steil, R. (2013). Dialectical Behavioral Therapy for Post-Traumatic Stress disorder after childhood sexual abuse in Patients with and without Borderline Personality disorder: A randomised Controlled Trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 82, 221 – 223. DOI: 10.1159/000348451
4. Bohus, M. (2019). Revisión General: Fases y Módulos de DBT-PSTD.
5. Gómez, A.M. (2012). *Terapia EMDR y abordajes complementarios con niños. Trauma complejo, apego y disociación.* EMDR Biblioteca
6. González, A. y Mosquera, D. (2012). *EMDR y disociación. El abordaje progresivo.* Ediciones Pléyades
7. Hancock, L., y Bryant, R. A. (2018). Perceived control and avoidance in posttraumatic stress. *European journal of psychotraumatology*, 9(1), 1468708. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1468708>



8. Herzog, S., DePierro, J., y D'Andrea, W. (2018). Driven to distraction: Childhood trauma and dissociation, but not PTSD symptoms, are related to threat avoidance. *European Journal of Trauma and Dissociation* 2 (4),179 – 187. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.03.001>
9. Hosseini Ramaghani, N. A., Rezaei, F., Sepahvandi, M. A., Gholamrezaei, S., y Mirderikvand, F. (2019). The mediating role of the metacognition, time perspectives and experiential avoidance on the relationship between childhood trauma and post-traumatic stress disorder symptoms. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1648173. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.164817>
10. Jiménez, K., Vargas, P. (2020). Nace un buscadiamantes: metáfora que invita a conocer el proceso de crecimiento emocional después de haber experimentado situaciones difíciles. Autoedición.
11. Knipe, J. (2018). *Caja de Herramientas de EMDR*. Ediciones Pléyades
12. Miller, M. L., Gerhart, J. I., Maffett, A. J., Lorbeck, A., England, A. E., y O'Mahony, S. (2020). Experiential Avoidance and Post-traumatic Stress Symptoms Among Child Abuse Counselors and Service Workers: A Brief Report. *Journal of interpersonal violence*, 886260520976225. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/0886260520976225>
13. Moskowitz, A., y Van der Hart, O. (2020). Historical and contemporary conceptions of trauma – related dissociation: a neo – Janet critique of models divided personality. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 4 (2), 100101. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.02.004>
14. Nieto, I. y López, M.C. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica contemporánea*, 7(2), 87 – 104, <http://dx.doi.org/10.5093/cc2016a7>
15. Rattel, J. A., Miedl, S. F., Liedlgruber, M., Blechert, J., Seidl, E., y Wilhelm, F. H. (2020). Sensation seeking and neuroticism in fear conditioning and extinction: The role of avoidance behaviour. *Behaviour research and therapy*, 135, 103761. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103761>
16. Ross, C., y Halpern, N. (2009). *Trauma model therapy. A treatment approach for trauma, dissociation and complex comorbidity*. Manitou Communications
17. Steele, K., Boon, S., Van der Hart, O. (2017). *Treating trauma – related dissociation*. Norton.



18. Van der Hart, O., Nijenhuis E., Steele, K. (2008). *El Yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Desclée de Brouwer
19. Sweeton, J. (2019). *Trauma Treatment toolbox 165 brain changing tips, tools and handouts to move therapy forward*. PESI Publishing and Media.
20. Treanor, M., y Barry, T. J. (2017). Treatment of avoidance behavior as an adjunct to exposure therapy: Insights from modern learning theory. *Behaviour research and therapy*, 96, 30–36. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.04.009>
21. Williams, M.B y Poijula, S. (2015). *Manual de tratamiento del TEPT. Técnicas sencillas y eficaces para superar los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático*. Desclée de Brouwer.
22. Zayfert, C. y Black, C. (2007). *Terapia cognitivo conductual para el trastorno del estrés postraumático*. Manual Moderno.