Universitat Oberta de Catalunya uoc.edu

La mentalización como abordaje del trauma complejo. Análisis comparativo en relación con la terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma (TCC-FT)

Trabajo Final de Grado: Proyecto de Investigación en Psicología Clínica y de la Salud

Nombre Estudiante: Isabel Valero Iglesias
Plan de estudios: Grado en Psicología

Nombre Consultor/a: Silvia Monzón Reviejo

Fecha de entrega: 6/6/22

A) Creative Commons:

Esta obra está sujeta a una licencia de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 3.0 Espanya de Creative Commons

B) GNU Free Documentation License (GNU FDL)

Copyright © 2022Isabel

Permission is granted to copy, distribute and/or modify this document under the terms of the GNU Free Documentation License, Version 1.3 or any later version published by the Free Software Foundation; with no Invariant Sections, no Front-Cover Texts, and no Back-Cover Texts.
A copy of the license is included in the section entitled "GNU Free Documentation License".

C) Copyright

© (Isabel Valero Iglesias)
Reservados todos los derechos. Está prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la impresión, la reprografía, el microfilm, el tratamiento informático o cualquier otro sistema, así como la distribución de ejemplares mediante alquiler y préstamo, sin la autorización escrita del autor o de los límites que autorice la Ley de Propiedad Intelectual.

FICHA DEL TRABAJO FINAL DE GRADO EN PSICOLOGÍA

Título del trabajo:	La mentalización como abordaje del trauma complejo. Análisis comparativo en relación con la terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma (TCC-FT)
Nombre del autor:	Isabel Valero Iglesias
Nombre del consultor:	Silvia Monzón Reviejo
Fecha de entrega	*MM/AAAA*
Ámbito del Trabajo Final:	*Psicología Clínica y de la Salud: abordaje del trauma complejo o TEPTC.*
Titulación:	*Grado en Psicología*

Resumen del Trabajo (máximo 250 palabras):

El presente trabajo analiza la mentalización como posible tratamiento basado en la evidencia (TBE) de un trastorno poco conocido, el trauma complejo, especialmente en la población infantojuvenil. El trauma complejo o Trastorno de Estrés Post Traumático Complejo (TEPTC) no está tipificado en el DSM-V como entidad nosológica independiente, si en el CIE 11. La falta de consenso sobre este trastorno con ramificaciones transgeneracionales dificulta su conocimiento, diagnóstico y tratamiento. Actualmente, se considera la terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma (TCC-FT) como un TBE para el abordaje del trauma (no complejo) y por extensión al trauma complejo. Sin embargo, existen sólidos indicios de que la mentalización puede ser más prometedora y específica, dado que uno de los factores más dañados tras el trauma complejo, es la mentalización. El objetivo del trabajo es determinar si estamos en lo cierto, validando la mentalización como TBE ya sea de forma aislada y/o conjunta con el TCC-FT, además de revisar la disminución de la transmisión transgeneracional del trauma. Para tal efecto, se define un estudio clínico controlado aleatorizado (ECCA) sobre una muestra de jóvenes entre 15 y 18 años con trauma complejo, divididos en 3 grupos. Se les aplica: TCC-FT (control), MZ y MZ+TCC-FT. Se analiza la disminución de sintomatología internalizante, externalizante y somática e incremento de la mentalización. Se espera un resultado favorable para la hipótesis alternativa (MZ y/o MZ+TCC-FT) a expensas de una correcta selección de las variables dependientes, un nivel bajo de abandono del estudio y recursos para los siguientes hitos.

Palabras clave (entre 4 i 8):

Trauma complejo, TEPTC, mentalización, TCC-FT, transmisión transgeneracional.

Abstract (in English, 250 words or less):

This paper analyzes mentalization as a possible evidence-based treatment (EBT) of a little-known disorder, complex trauma, especially in the child and adolescent population. Complex trauma or Complex Post Traumatic Stress Disorder (CPSTD) is not typified in the DSM-V as an independent nosological entity, but it is in the ICD-11. The lack of consensus on this disorder with transgenerational ramifications hinders its knowledge, diagnosis and treatment. Currently, trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) is considered as an EBT for addressing (non-complex) trauma and by extension complex trauma. However, there are strong indications that mentalization may be more promising and specific, given that one of the most damaged factors after complex trauma is mentalization. The aim of the paper is to determine whether we are right, validating mentalization as an EBT either in isolation and/or in conjunction with TF-CBT, as well as to review the decrease of transgenerational transmission of trauma. For this purpose, a randomized controlled clinical trial (RCT) is defined on a sample of young people between 15 and 18 years old with complex trauma, divided into 3 groups. TF-CBT (control), MZ and MZ+ TF-CBT. The decrease of internalizing, externalizing and somatic symptomatology and the increase of mentalization are analyzed. A favorable result is expected for the alternative hypothesis (MZ and/or MZ+ TF-CBT) at the expense of a correct selection of the dependent variables, a low level of abandonment of the study and resources for the following milestones.

Key words (in English, 4 - 8 words):

Complex trauma, CPSTD, mentalization, TF-CBT, transgenerational transmission.

Índice

0. Introducción 3
1. Contexto y Justificación 4
2. Revisión teórica 6
   2.1. Prevalencia 6
   2.2. Desarrollo conceptual del trauma complejo 7
   2.3. Revisión de los abordajes del trauma complejo 10
   2.4. Terapia Cognitivo Conductual Focalizada en el Trauma, TBE 11
      2.4.1. Bases teóricas de la TCC-FT 12
   2.5. La mentalización 15
      2.5.1. Transmisión transgeneracional 16
      2.5.2. La mentalización para el abordaje del trauma complejo 17
      2.5.3. Evaluación de la mentalización 18
      2.5.4. La mentalización según APA y NICE 19
3. Problema 25
4. Pregunta de investigación, objetivos y las hipótesis 26
5. Propósito investigación 27
6. Método 27
   6.1. Diseño investigación 27
      6.1.1. Investigación para validar la mentalización como TBE 27
         6.1.1.1. Variables 29
         6.1.1.2. Participantes 30
         6.1.1.3. Instrumentos 32
         6.1.1.4. Procedimiento 34
7. Análisis planteados 36
8. Discusión 38
9. Conclusiones 40
10. Referencias bibliográficas 41
11. Anexos 45

Lista de figuras

Figura 1. Síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático Complejo…….9
Figura 2. Áreas afectadas y alteraciones en menores expuestos a trauma complejo ……10
Figura 3. Criterios de validez de los tratamientos psicológicos ……...12
Figura 4. Componentes modelo TCC-FT ……13
Figura 5. Modelo de intervención TCC-FT……...14
Figura 6. Criterios clasificación de tratamientos……19
Figura 7. Revisión estudios significativos sobre mentalización……21
Figura 8. Clasificación evidencia según sistema GRADE…….24
Figura 9. Análisis de los estudios bajo categorización GRADE……...24
Figura 10. Esquema del diseño de la investigación……...29
Figura 11. Elementos para el cálculo del tamaño de muestra en estudios por contraste de hipótesis……..30
Figura 12. Cálculo tamaño de muestra en comparación de proporciones para estudios por contraste de hipótesis……...30
Figura 13. Esquema análisis de datos estadísticos……37

0. Introducción

El trauma complejo es una entidad nosológica con un recorrido relativamente corto dentro de las diversas categorizaciones diagnósticas. Hace referencia a la exposición recurrente y prolongada a una o varias experiencias traumáticas. Usualmente estas tienen una naturaleza interpersonal y su impacto repercute en elementos fundamentales como la identidad, la personalidad, las relaciones interpersonales y la regulación emocional (Gissi, 2021).

El concepto de trauma complejo, también denominado trastorno de estrés post traumático complejo, es acuñado por Judith Lewis Herman (1992) mencionado por Serrat et al. (2018). Herman señala este tipo de trastorno como una versión insidiosa y progresiva del trastorno de estrés post traumático debido a la exposición continuada a situaciones de maltrato, negligencia, abuso emocional y/o físico (López-Soler, 2008), especialmente en etapas tempranas del desarrollo y ejecutado habitualmente en el seno de la familia primaria o las figuras de apego. Es en estas fases en las que nos centraremos a lo largo de trabajo. El trauma complejo también puede desarrollarse en adultos y producirse en contextos de otra índole. Situaciones como guerras, cautiverios, campos de concentración, migraciones con alto nivel de desarraigo, situaciones de explotación sexual y/o comercial, trabajos forzosos, violencia de género y en general cualquier experiencia que mantenga al sujeto en una constante traumatización durante un tiempo prolongado, tiene potencial instigador para el desarrollo de este trastorno. Sin embargo, tal y como se ha señalado anteriormente, el alcance de este estudio únicamente versará sobre la población infantojuvenil, no solo por delimitar el rango de acción sino por el impacto determinante en ulteriores fases vitales de la vivencia del trauma complejo en estas etapas.

Respecto a la clasificación de esta entidad en los diferentes sistemas de categorización diagnóstica, no existe consenso internacional. Fue recogido como Trastorno de Estrés Extremo no Especificado (Disorders of extreme stress not otherwise specified, DESNOS) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2000) (Serrat et al., 2018), sin embargo no queda reflejado en el actual DSM-V ya que no se ha validado su independencia etiológica del TEPT. Sí es el caso en el CIE 11 como TEPT complejo [6B41].

Siendo un trastorno con una evidente complejidad en cuanto al consenso sobre su clasificación no lo es menos el abordaje sobre el mismo y es aquí donde surge el impulso para la realización de este trabajo. Particularmente nos va a interesar el análisis comparativo entre un tratamiento con mayor reconocimiento y recorrido en el abordaje del trauma (no complejo) como es el TCC-FT (Terapia Cognitivo Conductual Focaliza en el Trauma) y la mentalización (MZ) con resultados muy satisfactorios en otros trastornos como el TLP y siendo un elemento fundamental en la preservación de la salud mental general. Por lo que además del cotejo entre ambos, se pretende dilucidar si puede ser un tratamiento susceptible de ser validado como tratamiento basado en la evidencia.

1. Contexto y justificación

El trauma sostenido en el tiempo, severo y cronificado, es doloroso para el que lo recibe y también para la sociedad que lo alberga. Es algo de magnitudes difícilmente abarcables que nos exponen a lo más terrorífico del ser humano y que además se engrana perfectamente en la genealogía de las civilizaciones, los países y las familias. Tanto es así que se ha tendido a su invisibilización, incluso por los que deben darle nombre.

No se le ha dotado de relevancia hasta bien entrado el s. XX a la luz de un mayor conocimiento sobre las etapas del desarrollo infantil y de los derechos del niño.

Como datos relevantes, la OMS señala que 1 de cada 4 adultos aseveran haber sufrido maltrato físico en la infancia y 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres haber sufrido abusos sexuales en la niñez. (OMS, 2020).

Recientes investigaciones reconocen que el trauma extendido en el tiempo puede ser un factor determinante en el menoscabo del crecimiento físico, cognitivo, emocional y social del menor (Butchart, Phinney, Harvey, y Fürniss, 2009 mencionado por Sánchez, 2018).

A pesar de las evidencias, el trauma complejo no queda capturado en el último DSM-V y en general resulta un tema soslayado por parte de los profesionales de la salud. Incluso es raramente estudiado en las ofertas curriculares a pesar de su gravísimo impacto, no solo en las personas que lo sufren, sino en el entorno inmediato y las generaciones futuras. Por ello, resulta crucial ahondar en su comprensión. No solo aportar mayor conocimiento sobre las características de este trastorno sino respecto a las investigaciones sobre su tratamiento y formas alternativas de abordaje.

Aun habiendo esta opacidad en el reconocimiento del trauma complejo, existen algunas instituciones como la National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) o el *Grupo Tarea* a los que nos referiremos más adelante, que recomienda la Terapia Cognitivo Conductual Focalizada en el Trauma (TCC-FT) como un tratamiento eficaz y válido para este trastorno.

En el presente trabajo, además de presentar con mayor amplitud el alcance del TCC-FT, lo utilizaremos como elemento de comparación para investigar la eficacia de un tratamiento con menor reconocimiento en este ámbito como es el trabajo terapéutico sobre la mentalización (MZ) o función reflexiva (FR). A modo meramente introductorio, la mentalización se refiere a:

> "*La capacidad para percibir estados mentales que subyacen al comportamiento humano*" (Fonagy y Target, 1997 mencionado por Ballespí,2017, p.29)

Esta capacidad nos permite tener un *insight* rico y también nos dota para interpretar el de los otros. El mundo emocional y social deviene un ecosistema más comprensible y navegable.

Fonagy y Target, indican precisamente que el subdesarrollo de la mentalización puede estar perfectamente ligado a la experiencia del trauma complejo como una forma de proteger el vínculo y/o evitar pensar en las motivaciones reales del ejecutor del maltrato. El impacto en la mentalización se incrementa cuando el trauma es infringido por cuidadores (Mitchell & Steele, 2020 mencionado por Ballespí, 2017).

La capacidad de mentalización mermada y no tratada a lo largo de la vida conduce a una incapacidad manifiesta para presentarse como un cuidador empático y dotado de estrategias de contención y regulación de los niños y/o adolescentes al cargo. El trauma se transmite de forma transgeneracional.

Desde el punto de vista terapéutico y a diferencia de la TCC-FT, la mentalización pone el foco en el conocimiento y reconocimiento de los estados emocionales, creencias y necesidades propios y ajenos, siendo esencial para el desarrollo emocional y socio-cognitivo del individuo (Riff et al., 2021) . Además, resulta interesante el enfoque que ofrece la mentalización pues pivota no solo en el reconocimiento de los estados propios (*Insight*) sino también de los estados ajenos (empatía). Añadir que la formalización de la mentalización ha sido promovida por los últimos estudios en neurociencias que han sido capaces de correlacionar el desarrollo de esta capacidad multidimensional en conjunción con las relaciones de apego tempranas (Ballespí, 2017).

De esta forma, la novedad que se persigue a través de este proyecto de investigación es el análisis en profundidad de la mentalización como abordaje alternativo y/o complementario a la TCC-FT en base a criterios cuantitativos que nos permitan evaluar la mejoría de los síntomas asociados a trauma complejo y en particular en el caso de niños y adolescentes.

Habiendo indicios en los estudios existentes sobre la mentalización como factor promotor de la salud mental general y de las personas afectadas por el trauma complejo en particular, nos interesa analizar si puede ayudar, no solo al individuo que ha sufrido trauma complejo, sino a evitar la transmisión de patrones transgeneracionales.

Por último, con este proyecto de investigación se espera obtener una visión más amplia sobre el trauma complejo y favorecer la exploración de la mentalización en este campo de estudio.

2. Revisión teórica

2.1 Prevalencia

En la introducción del presente trabajo mencionamos que el trauma complejo puede desarrollarse no solo en la infancia y/o adolescencia sino también a lo largo de la vida adulta. Sin embargo y para el desarrollo de esta investigación, nos centraremos en el trauma complejo derivado de las formas de maltrato, negligencia, explotación y demás vejaciones continúas ejercidas en niños y adolescentes con consecuencias profundas a lo largo de sus vidas.

Para empezar, es importante poner en consideración la magnitud social que el maltrato supone. Esta *práctica*, no es exclusiva de nuestro tiempo sino consustancial a la historia de la humanidad. En muchas ocasiones ha tenido que ver no solo con las casuísticas del entorno inmediato del menor sino también con el valor sociocultural atribuido a los niños en un contexto concreto. Como Aristóteles decía, citado por De Bonis (1998): "un hijo o esclavo son propiedad…" (p .1)

Los niños han sido explotados, han supuesto moneda de cambio, han sido objeto de infanticidio en caso de presentar algún tipo de malformación o defecto o no ser del sexo deseado e incluso han sido ofrendados en civilizaciones antiguas como la precolombina (De Bonis, 1998) entre otras circunstancias.

Los primeros atisbos de reconocimiento del maltrato infantil son sorprendentemente tardíos y datan de finales del siglo XIX. En particular, no es hasta finales a del siglo XX cuando se toma conciencia de la intolerabilidad de ciertas prácticas y como la violencia familiar queda engranada en una forma de educación que atenta, en muchos casos, con la dignidad de los niños con consecuencias psicológicas y físicas graves y complejas.

Para más concreción, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica: "*El maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder*" (OMS, 2020, p.1)

La prevalencia de maltrato infantil bajo el paraguas de esta definición no es halagüeña. Sánchez (2018) cita la exhaustiva revisión de Stoltenborgh y cols. (2015) al respecto de los porcentajes de abuso sexual, físico y emocional infantil, y el abandono físico y emocional. Según este estudio hay una prevalencia general estimada de 12,7% para abuso sexual (en niñas el doble que en niños), 22,6% abuso físico, 36,3% abuso emocional, 16,3% negligencia física y 18,4% negligencia emocional.

Según las OMS, existen entornos con mayor probabilidad de que sucedan situaciones de maltrato. Según una infografía de Organización Panamericana de la Salud (2017) existe mayor incidencia si las madres, padres y/o cuidadores ya han sufrido violencia en la infancia (trauma transgeneracional), consumen drogas o alcohol en exceso o se dan situaciones violencia de género. También influye negativamente el pertenecer a comunidades con altos niveles de precariedad laboral, falta de servicios de apoyo y tolerancia en relación con la violencia. A nivel social, supone mayor peligrosidad si no hay legislaciones que trabajen sobre la erradicación del maltrato infantil, o que tengan normas que de alguna forma promuevan el maltrato además de falta de políticas socio sanitarias adecuadas o con altos grados de desigualdad.

El impacto del maltrato infantil en los niños y adolescentes tiene implicaciones complejas y no siempre predecibles ni lineales sobre los menores que las sufren. Sin embargo, existe una fuerte evidencia de que el maltrato infantil está ligado con trastornos psicológicos entre los que destacan trastorno por estrés postraumático, trastornos del vínculo (falta de empatía, de confianza, de cuidado del otro, indiferencia por los adultos etc.), trastornos de conducta (ira, agresividad, abuso de sustancias, conductas antisociales) y trastornos del humor (depresión, ansiedad y retraimiento). (Higgins & McCabe, 2003) citado por (Prieto, 2015).

2.2 Desarrollo conceptual del trauma complejo

La formulación del concepto de trauma complejo se origina a partir del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Este se caracteriza por desarrollarse tras sufrir un evento traumático agudo (o discreto) como pueden ser muertes repentinas de seres queridos, desastres naturales, accidentes de tráfico, lesiones graves, violencia sexual (puntual), ataques terroristas etc.

El TEPT ha quedado categorizado en el DSM-V bajo la tipología de Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés e incluye la siguiente sintomatología (DSM-V; APA, 2014):

- Síntomas intrusivos.
- Evitación de estímulos relacionados con los sucesos.
- Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo relacionadas con el suceso traumático.
- Alerta y reactividad asociada al suceso traumático que puede cursar con irritabilidad, hipervigilancia, respuesta extrema al sobresalto, problemas de concentración y de sueño.
- Puede cursar con síntomas disociativos de despersonalización y desrealización y/o con expresión retardada.

Sin embargo, esta entidad nosológica no puede captar la complejidad, extensión, gravedad y profundidad del trauma que se desarrolla bajo la

exposición recurrente y crónica a una o varias formas de maltrato (usualmente perpetrado por figuras con algún vínculo afectivo). Es por ello por lo que se propone la creación de un trastorno específico para tal efecto como el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo o TEPTC (Cook et al., 2005; van der Kolk, 2005) citado por (Sánchez, 2018).

Prieto (2015a) cita los estudios de (Oswald, Fegert y Goldbeck, 2010; van der Kolk, 2001) en los que la evaluación de menores tutelados (víctimas de múltiples formas de maltrato) permitía observar una miríada de síntomas que no eran fácilmente explicables por diagnósticos aislados, es decir, una alta comorbilidad asociada a TEPT simple que obligaba a definir un trastorno diferente.

El TEPTC nace para englobar la sintomatología asociada al TEPT a la que se suma, como indica Herman (1992) citada por (Dell'Omo, 2016), posibles estados alterados de conciencia (o falta de sentido de coherencia sobre sí mismo) en forma de personalidad múltiple, amnesia, sonambulismo, también disociación, relaciones inestables, comportamiento peligrosos etc. Todos estos síntomas, según Herman, se deben principalmente a la ruptura de "esquemas internos" en cuanto a elementos tan básicos como la seguridad, la protección y la confianza en las personas que debieran haberlo cuidado y por ende el mundo exterior.

Los niños o adolescentes con TEPTC se encuentran en una suerte de limbo, ya que su desarrollo físico, psíquico y emocional ha quedado comprometido no solo por el maltrato sistémico, sino por la respuesta habitualmente no adecuada del entorno que lo niega, relativiza, o incluso promocionan (ej. relaciones de incesto). Se desarrollan modelos de apego inseguros con frecuentes asimilaciones del sistema de creencias del perpetrador (Hervías et al., 2017).

Más detalladamente, Herman (1992) citada por (Sánchez, 2018), propone las siguientes alteraciones:

- Alteraciones en la regulación de los impulsos afectivos como reactividad emocional, problemas de regulación de la ira y posibles conductas autodestructivas.
- Alteraciones en la atención y la conciencia que implican disminución de la capacidad de concentración, amnesias, disociaciones, despersonalización, lentitud en la gestión de la información y/o embotamiento.
- Alteraciones en la autopercepción que implican auto creencias negativas incluyendo culpa crónica, sentido de la responsabilidad excesiva, vergüenza e incluso permisividad y aceptación del perpetrador del daño, posibilitando aún más la continuidad del maltrato.
- Alteraciones en la relación con los demás debido a las dificultades en establecer lazos de confianza e intimidad. Miedo a ser dañados.
- Somatización y/o problemas médicos ya sea directamente relaciones

con la forma de abuso o somatizadas por el trauma.

- Alteraciones en los sistemas de significado en forma de una visión fatalista de la vida y de no ser entendidos.

A pesar de esta sintomatología y las evidencias sobre su particularidad en relación con el TEPT, el trauma complejo o TEPTC no queda recogido como tal en el DSM-V. Si que se incluye en el CIE 11 como TEPT complejo [6B41] bajo la categorización general de "Trastornos específicamente asociados con el estrés" y sobre el que se indica que además de la sintomatología propia del TEPT presenta:

> *"1) problemas graves y generalizados en la regulación del afecto; 2) creencias persistentes sobre uno mismo como disminuido, derrotado o inútil, acompañado por sentimientos profundos y penetrantes de vergüenza, culpa o fracaso relacionado con el evento traumático; y 3) dificultades persistentes para mantener las relaciones y sentirse cerca de los demás. La perturbación causa un deterioro significativo en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes" (WHO, 2018) citado por* (Sánchez, 2018, p 16)

A continuación, la lista correspondiente al compendio de síntomas asociados al DESNOS (Disorders of extreme stress not otherwise specified), englobados dentro del (DSM-IV-TR) del año 2000.

Figura 1: Síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático Complejo

AFECTOS E IMPULSOS	Regulación del afecto
	Modulación de la Ira
	Autodestructividad
	Preocupación suicida
	Dificultad en la modulación de la sexualidad
	Conductas de riesgo
ATENCIÓN Y CONCIENCIA	Amnesia
	Episodios disociativos transitorios
	Despersonalización
AUTOPERCEPCIÓN	Ineficacia
	Culpa y responsabilidad
	Vergüenza
	Incomprensión
	Minimización personal
RELACIONES INTERPERSONALES	Inhabilidad para las relaciones íntimas
	Revictimización
	Victimizar a otros
SOMATIZACIONES	Sistema digestivo
	Dolor crónico
	Síntomas de conversión
	Sistema reproductor
SISTEMA DE SIGNIFICADO	Infelicidad
	Pérdida de sistema previo de creencias
	Desesperanza

Fuente: Extraído de López et al. (2008)

También es relevante la lista elaborada por Cook y cols. (2005) citada por López-Soler (2008):

Figura 2. Áreas afectadas y alteraciones en menores expuestos a trauma complejo

I. APEGO
- Problemas con límites
- Desconfianza, suspicacia
- Aislamiento social
- Dificultades Interpersonales
- Dif. estados emocionales otros
- Dificultad toma perspectiva

II. BIOLOGÍA
- Probabilidad desarrollo psicomotor
- Analgesia
- Probabilidad tono/balance, coordinación
- Somatizaciones
- Problemas médicos aumentados

III. REGULACIÓN AFECTO
- Dificultades autorregulación emocional
- Dificultades reconocer/expresar sentimientos
- Probabilidad reconocer estados internos
- Dificultades comunicar deseos y necesidades

IV. DISOCIACIÓN
- Estado consciencia alterado
- Amnesia
- Despersonalización, desrealización
- Dos o más estados de consciencia
- Fallos de memoria sucesos

V. CONTROL
- Pobre regulación impulsos
- Conducta autodestructiva
- Agresividad hacia otros
- Prob. patológicos auto-calma
- Problemas sueño
- Sumisión excesiva
- Conducta oposicionista
- Dificultades comprender/aceptar normas
- Representa trauma conductas/juegos

VI. COGNICIÓN
- Dificultades regulación atención y FE*
- Lack of sustained curiosity
- Probabilidad procesamiento información nueva
- Probabilidad concentración tareas complejas
- Probabilidad constancia objetivos
- Dificultades planificación/ anticipación
- Probabilidad comprensión responsabilidades
- Dificultades aprendizaje
- Probabilidad desarrollo lenguaje
- Probabilidad orientación tiempo/espacio

VII. AUTOCONCEPTO
- Continuidad/predictibilidad self alterado
- Pobre sentido separación
- Alteración imagen corporal
- Baja autoestima
- Vergüenza y culpa

Fuente: Extraído de (López-Soler, 2008)

2.3 Revisión de los abordajes del trauma complejo

Como se comentó someramente en el contexto, al respecto de este trastorno, existen una serie de abordajes recomendados. En particular, tal como detalla Sánchez (2018), la Red Nacional para el Estrés Traumático Infantil (National Child Traumatic Stress Network, NCTSN) recomienda para la población infantojuvenil:

- Apego, Autorregulación y Competencia (The Attachment, Self Regulation, and Competency, ARC; Arvidson et al., 2011).
- Tratamiento Integrador de Trauma Complejo (Integrative Treatment of Complex Trauma, ITCT; Lanktree y Briere, 2008b; Brier y Lanktree, 2008).
- Terapia Cognitivo Conductual-Focalizada en el Trauma CC-FT (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy, TF-CBT; Cohen, Mannarino, y Deblinger, 2006).

Por otro lado, y a través del *Grupo Tarea para la promoción y diseminación de procedimientos psicológicos* creado por el APA en 1993, se desarrollaron guías para evaluar la eficacia de los tratamientos (Prieto, 2015). Esta institución calificó únicamente como “tratamiento eficaz” la Terapia Cognitivo Conductual-Focalizada en el Trauma TCC-FT entre 24 consideradas para el trauma complejo (Prieto, 2015).

En los siguientes apartados, realizaremos un análisis del marco teórico que versa sobre la TCC-FT y su catalogación como tratamiento basado en la evidencia, y los estudios en la misma línea sobre la mentalización. Mediante este análisis, confirmaremos la necesidad de la presente investigación cuyo objeto

primordial es homologar la mentalización como tratamiento con mejores prestaciones (potenciales) que el TCC-FT y promocionar su validación como tratamiento basado en la evidencia.

2.4 Terapia Cognitivo Conductual Focalizada en el Trauma, TBE.

Según las políticas actuales, a nivel sociosanitario, se promociona el uso de prácticas cuyos resultados tengan la mejor evidencia científica (Prieto, 2015), en concreto, el denominado enfoque de la *Práctica Basada en la Evidencia.*

A principios de los años 90, Estados Unidos quiso dar un paso adelante en la determinación de los mejores tratamientos para cada tipo de trastorno y para ello, solicitó a la APA (American Psychological Asociation) el desarrollo de guías de evaluación. Se creó una comisión de la que surgieron los denominados (TAEs) (empirically supported treatments - EST) o Tratamientos con Apoyo Empírico.

En particular, los tratamientos para niños y adolescentes víctimas de maltrato infantil quedaron regidos a través Oficina para Víctimas del Crimen (Office for Victims of Crime, OVC) (Saunders et al., 2004 citado por Prieto, 2015). De 24 intervenciones evaluadas bajo las siguientes seis categorías:

- (1) tratamientos eficaces bien establecidos.
- (2) tratamientos establecidos probablemente eficaces.
- (3) tratamientos establecidos aceptables.
- (4) tratamiento prometedor aceptable
- (5) tratamiento innovador o novel y
- (6) basado en el tratamiento

Solamente fue catalogado bajo la premisa 1 (tratamiento eficaz y bien establecido) la Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma (TCC-FT; Trauma Focused-Cognitive Behavioral Therapy, TF-CBT; Cohen y Mannarino, 1997; Deblinger, Lippmann, y Steer, 1996) citada por (Prieto, 2015)

Indicar que el 1998 la APA refina la lista a tres categorías: tratamientos bien establecidos, tratamientos probablemente eficaces y tratamientos experimentales (Mustaca, 2004, citado por Ybarra et al., 2015). La eficacia de estos se evalúa en base a tres criterios:

- Existencia de un mínimo de dos estudios elaborados por diferentes investigadores y bajo parámetros de rigurosidad, en los que debe quedar patente la superioridad del tratamiento en evaluación en comparación con tratamiento farmacológico, placebo u otro. Diseño intergrupal de N=30 mínimo por grupo o nueve estudios de caso único como mínimo.
- Existencia de un manual de tratamiento.

- Los individuos a prueba deben ser identificados perfectamente en función de un manual.

En la figura siguiente queda detallado el gradiente de criterios para las tres categorías de mayor a menor validez.

Figura 3. Criterios de validez de los tratamientos psicológicos

Tratamientos bien establecidos	Tratamientos probablemente eficaces	Tratamientos experimentales
1. Al menos dos experimentos con diseños intergrupo: a) superioridad al placebo o a otro tratamiento; b) equivalencia con un tratamiento ya establecido, con tamaños de la muestra adecuados o **2.** Gran cantidad de experimentos con diseños de caso único ($n \geq 9$). Deben demostrar eficacia con: a) uso de un buen diseño experimental; b) comparación de la intervención con otro tratamiento **3.** Manuales claros y comprensibles de los tratamientos **4.** Especificar las características de las muestras de pacientes que se usaron **5.** Los efectos de un tratamiento deben ser demostrados como mínimo por dos investigadores o equipos independientes	**1.** Deben existir al menos dos experimentos que muestren que el tratamiento es superior al grupo control de lista de espera o **2.** Deben existir uno o más experimentos que cumplan los criterios de los tratamientos bien establecidos, pero no se cumple el criterio 5 o bien **3.** Debe existir una pequeña cantidad de experimentos de diseño de caso único que cumpla los criterios del tratamiento bien establecido ($n \leq 3$)	No cumplen los criterios metodológicos, pero son prometedores

Fuente: Extraído de Mustaca (2004) citado por Ybarra et al.(2015)

2.4.1 Bases teóricas de la TCC-FT

Habiendo planteado la Terapia Cognitivo Conductual Focalizada en el Trauma como una de las que presenta mayores evidencias de efectividad en el tratamiento del TEPTC o trauma complejo, nos adentramos en bases teóricas de su desarrollo y sus características.

Como queda patente en el apartado anterior, la TCC-FT es un tipo de terapia basada en la evidencia de su validez empírica. Este abordaje, parte de la combinación de intervenciones cognitivas y conductuales con el objeto de tratar las problemáticas que surgen de la cristalización del trauma complejo (Cohen et al., 2006 citado por Sánchez, 2018).

La misma autora indica que este modelo se desarrolla desde la conjunción de dos líneas de investigación a lo largo de los años 80. Por un lado, Judith Cohen y Anthony Mannarino, por el otro Esther Deblinger. En ambos casos, el nicho de trabajo no fue el trauma complejo en todas sus génesis, pero si enfocado al trauma resultante del abuso sexual sistémico en niños y adolescentes. La similitud tanto en objetivos como en metodología dieron lugar

a la conjunción de la TCC-FT enfocado a niños entre 5 y 17 años que han sufrido abuso sexual continuado.

Desde la óptica cognitiva de la TCC-FT, se pretende poner el foco en los pensamientos desadaptativos o distorsionados que se instalan tras el trauma, y que en muchas ocasiones tienen que ver con sentimientos de culpa, inadecuación, merecimiento de lo sucedido. La terapia tiene el objetivo de su identificación, evaluación del impacto y reestructuración cognitiva.

La vertiente conductual de la TCC-FT se basa en la minimización o incluso extinción de las conductas evitativas que se pone en marcha para no revivir los recuerdos del trauma (evitar lugares, personas, actividades etc.) o las respuestas emocionales disfuncionales en forma de ira y miedo (hiperactivación fisiológica). La TCC-FT pretende dotar al niño de mejores estrategias de afrontamiento y obtener una desensibilización gradual mediante la exposición progresiva a los recuerdos del trauma.

La TCC-FT integra otras aproximaciones como la teoría del apego en la que se introduce la figura de un cuidador (no perpetrador del maltrato) como forma de mejora de la relación entre ellos, enfoques humanistas mediante los que se hace hincapié en la relación terapeuta-niño como parte de la implementación exitosa de la terapia(Prieto, 2015), neurobiología del desarrollo, empoderamiento etc. (Cohen, Mannarino y Deblinger, 2017 citado por (Kanter & Pereda, 2020). La estructuración de la TCC-FT se basa en un protocolo de tipo secuencial siempre adaptable a las necesidades concretas del niño o adolescente. Se resumen en una secuencia bajo el acrónimo en inglés PRACTICE,

"*P: Psychoeducation & Parenting skills, R: Relaxation skills, A: Affective modulation skills, C: Cognitive coping skills, T: Trauma narration and processing, I: In vivo mastering of trauma reminders, C: Conjoint child-parent sessions, E: Enhancing safety"* (Kanter & Pereda, 2020, p.203)

Traducido como PRACTICA al español y que contiene los siguientes elementos indicados en la Figura 4.

Figura 4. Componentes modelo TCC-FT

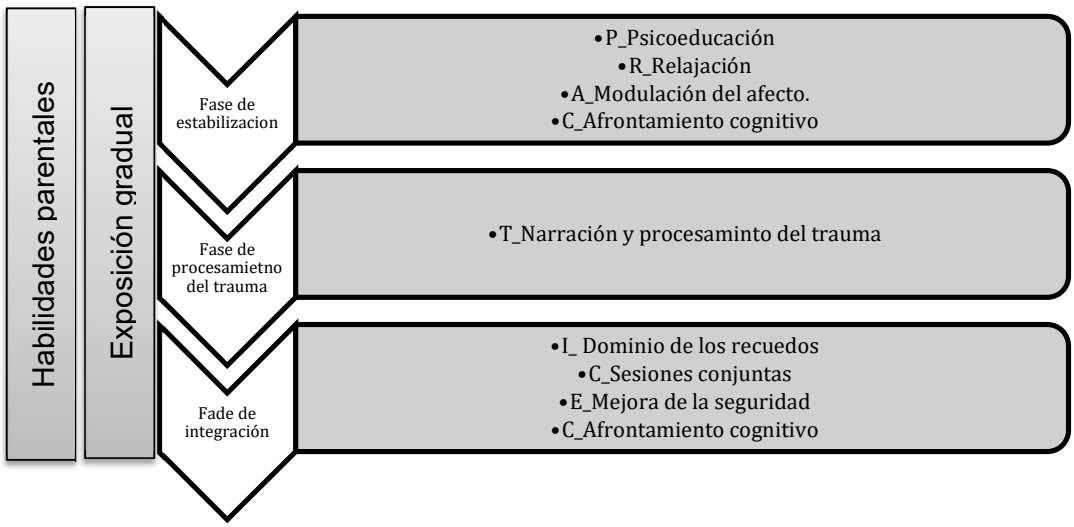
P	Psicoeducación – sobre el trauma y las reacciones al mismo.
P	Habilidades parentales – para el manejo de conductas problema.
R	Técnicas de relajación – gestión de reacciones fisiológicas.
A	Aprender a identificar, expresar y modular emociones.
C	Conectar pensamientos, emociones y comportamientos.
T	Narración y procesamiento del trauma – corrección de distorsiones cognitivas.
I	Dominio sobre recuerdos traumáticos – superación del miedo.
C	Sesiones conjuntas con la familia.
E	Mejora de la seguridad y el desarrollo futuro.

Fuente: Extraído de (Kanter & Pereda, 2020)

Para poder hacerse extensible el modelo de TCC-FT a cualquier tipo de

trauma complejo y no únicamente al desarrollado desde los abusos sexuales infantiles, se realizaron una seria de adaptaciones a través de tres fases (Cohen, Mannarino, Kliethermes y Murray 2012; Kliethermes y Wamser, 2012, citado por Sánchez, 2018). Estas fases se denominan: de estabilización, de procesamiento del trauma y de integración.

Figura 5: Modelo de intervención TCC-FT



Fuente: Extraído de (Kanter & Pereda, 2020)

Además de la estructuración por fases, se recomienda el aumento en el número de semanas, de 8-16 a 25-30 y una distribución asimétrica focalizando la mitad de ellas en habilidades de afrontamiento, especialmente antes de la realización de ningún tipo de exposición (en imaginación o en vivo).

Según Sánchez (2018), otros aspectos fundamentales a considerar a lo largo de estas sesiones son:

- La importancia de una buena alianza terapéutica cuya consecución puede ser desafiante debido a la desconfianza integrada en los menores con trauma complejo. Para ello es necesario poner cierto énfasis en la fase inicial y las bases de la seguridad y estabilidad del paciente.
- Permitir un relato integrador del trauma más allá de las experiencias concretas o específicas del mismo que muchas veces se presentan de forma fragmentada y no lineal. En esta narrativa de vida se incluyen también elementos positivos como recursos disponibles y fortalezas.
- En caso de no haber un cuidador directo (no perpetrador) que pueda participar en la terapia, el terapeuta puede investigar la existencia de alguna otra figura de apego que resultase ser valiosa para la terapia.

2.5 La mentalización

Como parte del marco teórico de este trabajo de investigación, emprendemos el análisis de la mentalización (MZ) o Función Reflexiva (RF) como potencial vía alternativa, transversal y/o complementaria al abordaje mediante la TCC-FC.

Para empezar, es perentorio situarse en el marco de las teorías de apego en las que se constata que las relaciones que se establecen en la primera infancia son fundamentales. A través de estas primeras dinámicas relacionales los niños aprenden el reconocimiento de las respuestas de sus cuidadores, su anticipación y su regulación al respecto. Experiencias iniciáticas marcadas por la pérdida, la separación, el miedo y/o la inseguridad tienen un impacto directo en las representaciones propias y ajenas del niño. (Dangerfield, 2020)

El estilo de apego y las potenciales alteraciones influyen enormemente en el desarrollo de los menores y en su estilo relacional futuro, tanto con sus iguales como con sus potenciales hijos (transmisión transgeneracional).

Dangerfield cita a Fonagy, Steel, Steel, Moran y Higgitt son los artífices en 1991 del concepto de Función Reflexiva (RF) que da nombre a la capacidad inherente que posee el hombre para comprender el comportamiento propio y ajeno, siendo capaz de interpretar las emociones, creencias, necesidades y deseos de las personas (Riff et al., 2021). La organización del *self* en base a la asimilación de los estado del otro mediante una función reflexiva, es lo que se denomina mentalización (Toganrelli, 2007) considerándose conceptos equivalentes.

Fonagy y su equipo proponen la mentalización como una "*actividad mental imaginativa*" que es esencial como cuerda de transmisión de la relaciones sociales y afectivas. La mentalización abarca la introspección o *insight* y la función empática.

Si se da una desregulación por parte de los padres o cuidadores sobre las necesidades del niño pueden desencadenarse errores en el desarrollo de la función reflexiva y por tanto la organización del *self* y darse "*internalizaciones falsas sobre lo que siente, e incluso no poder identificar claramente lo que siente*" (Toganrelli, 2007). Por lo que los procesos de mentalización quedan dañados.

Toganrelli insiste que el problema se acusa cuando existe re-victimización o re-trauma (que asimilamos como trauma sistémico). Además, la gravedad va a depender de factores como: la magnitud, la edad de inicio del trauma sistémico, la participación del menor en ese abuso, la conflictividad moral y ética del mismo y la posición de las figuras de apego en el mismo ya sea por acción u omisión.

Déficits en la adquisición de función reflexiva o de metalización debido al trauma sistémico, tiene efectos sobre la salud mental general del individuo. Ballespí (2017) sugiere precisamente que la mentalización como capacidad de

“darse cuenta” de los fenómenos psicológicos internos y externos supone un factor clave tanto para conservar la salud como para recuperarla. Además, la capacidad de lectura y anticipación del posible *insight* del otro también facilita una vida social más plena y gratificante. El mismo autor señala que la mentalización es una capacidad no solo dañada tras el trauma complejo, sino que también está asociado a otros trastornos psicopatológicos (Katznelson, 2014, citado por Ballespí, 2017): trastornos de espectro autista, psicosis, adicciones, ansiedad, TCA, trastornos de personalidad etc.

Concretamente Lawson & Akay-Sullivan (2020) explican que uno de los motivos principales de porque las alternaciones en la mentalización favorecen el desarrollo psicopatológico tiene que ver con la capacidad de entender la información del entorno. De manera que el propio trauma debilita las bases que podrían hacerle frente ya que dificulta la adquisición de confianza en la información que se recibe del “otro”, también denominada como “confianza epistémica” (Fonagy & Campbell, 2020)

Desde la vertiente neuropsicológica, Teicher et al. (2016) evidencia alteraciones en el córtex prefrontal (donde se localiza la capacidad de mentalización) en pacientes que han sufrido maltrato infantil. También señala marcadores de respuesta aumentada por parte de la amígdala ante estímulos amenazantes, respuesta disminuida en relación anticipación o recepción de recompensa por parte del ventrículo ventral entre otros marcadores alterados. En general Teicher, señala la afectación que se producen en el cerebro debido a una exposición prolongada y prematura al estrés siendo la psicopatología una consecuencia esperable del mismo.

2.5.1 Transmisión transgeneracional

Este concepto hace referencia a la repetición y perpetuación de patrones relacionales de una generación a otra, situación notablemente frecuente en el caso del trauma complejo como veremos a continuación.

Un niño o adolescente que ha crecido sin la seguridad, acompañamiento, protección y confianza de las figuras de apego, se ve inmerso en un escenario perfecto para la incorporación de dinámicas muy patogénicas (Dangerfield, 2020), dado que ha estado en la tesitura de tener que protegerse del propio cuidador o cuidadores.

El mismo autor insiste en que estos menores serán futuros adultos cuyas fallas en el proceso de mentalización se van a transmitir a sus hijos de la misma forma. Es decir, las dificultades en la transmisión de unas relaciones de seguridad, mutualidad, curiosidad etc. debido a la menor capacidad de los padres de gestionar sus estados afectivos, generan un ambiente inseguro, impredecible e inconsistente para sus hijos perpetuando así la transmisión del trauma.

Además, resulta muy interesante la denominación y consecuencias que hace Mészáros (2012) sobre el concepto de trauma *persona-contra-persona* y el

impacto o consecuencias que se produce en la familia inmediata y la comunidad. A diferencia de lo que puede ocurrir a raíz de eventos como desastres naturales, accidentes u otro de tipo de sucesos de la misma índole, en los que el entorno suele responder con muestras de ayuda y solidaridad, en el caso de trauma *persona-contra-persona*, se suele dar la anomalía del silencio, el encubrimiento, la vergüenza etc. por lo que la persona víctima del trauma complejo pierde cualquier asidero posible, ahondado en la soledad y el aislamiento. Este entorno favorece la repetición y el trauma transgeneracional.

2.5.2 La mentalización para el abordaje del trauma complejo

Las intervenciones basadas en la mentalización tienen como base el trabajo con los menores y sus cuidadores (no perpetradores) con el objeto de restablecer y mejorar la capacidad de mentalización o función reflexiva.

Trabajar la mentalización con los cuidadores, permite que estos sepan cómo responder, contener y no revictimizar al menor con trauma complejo. Algunos beneficios del trabajo con los cuidadores son:

- Reorganización de funcionamiento fisiológico hiperactivo del menor cuando este revive el trauma. (Schore, 2001 citado por Riff et al., 2021) mediante el reconocimiento y aceptación por parte del adulto cuidador.
- Facilitar el abandono progresivo de las estrategias de afrontamiento disfuncionales (aislamiento, huida, lucha, disociación…). (Silberg, 2020 citado por citado por Riff et al., 2021) gracias a la contención del adulto.

Por otro lado, el trabajo de mentalización sobre el propio menor, víctima del trauma complejo, vehicula la incorporación de mayor control propio, mayor seguridad y, por lo tanto, facilita la exploración menos temerosa del entorno, promoviendo la exposición a nuevas experiencias potencialmente positivas.

También mencionar que el trabajo sobre la función reflexiva permite que la víctima sea capaz de comprender mejor sus propias reacciones emocionales, ante el trauma y por lo tanto resignificarlas.

En conclusión, la mentalización supone un enfoque innovador sobre el que es interesante ahondar, no solo para corroborar el estado del arte de este y analizar su viabilidad como abordaje del trauma complejo, sino también para diseñar líneas de investigación mejora, reconocimiento e implementación de este.

2.5.3 Evaluación de la mentalización

En el análisis del marco teórico de esta investigación, es importante conocer los estudios existentes sobre mentalización como posible terapia del trauma complejo y su nivel de validez empírica según los diferentes sistemas de

evaluación homologados. En concreto, escogemos diversos métodos de evaluación contrastados como son los sugeridos por (Gálvez, 2019):

- TAE's (Tratamientos basados en la evidencia) de los que contamos con los siguientes sistemas de clasificación:

    - División 12 (Society of Clinical Psychology) de la American Psychological Association (APA). De las 54 divisiones que componen el APA en base a las diferentes disciplinas de la psicología, la 12, entre otras cosas, se encarga de mantener actualizada la lista de TBE's según la clasificación referenciada en la figura 3.

    - División 53 (Society of Clinical Child and Adolescent Psychology) de la American Psychological Association (APA) 53 (Society of Clinical Child and Adolescent Psychology). Como su nombre indica y detalla (Gálvez, 2019), está compuesto por profesionales en el ámbito de la psicología clínica infantil y adolescente y promueve, al igual que la división 12, la utilización de tratamientos basados en la evidencia, por lo que mantiene actualizados listados de intervenciones bajo los mismos criterios.

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Organización radicada en el Reino Unido que tiene como uno de sus cometidos, suministrar información sobre enfermedades, tratamientos y guías en base a la evidencia en todo el espectro de la salud pública y la atención social (Moriana & Martínez, 2011). Hasta el 2004, NICE estaba usando el sistema de clasificación de Mann (1996) y Eccles y Mason (2001) citados por Gálvez (2019). Sin embargo, desde 2004, incorpora el sistema GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation). Aunque lo detallaremos más adelante, GRADE, tal y como detalla Aguayo et al.(2014), se basa en las siguientes premisas:

    - Pondera la importancia de las variables resultado escogiendo las que son más importantes.
    - Suministra criterios de calidad muy detallados respecto a los resultados obtenidos.
    - Delimita la calidad de la evidencia de la inercia de las recomendaciones.
    - Pone en valor la ecuación riesgo-beneficio, los valores de los pacientes y la potencial utilización de recursos/costes.

- Existen muchos otros sistemas de clasificación, sin embargo y para el cometido del presente trabajo solo referenciaremos algunos más.

    - *Cochrane Collaboration* iniciada en los años 90 desde en la Universidad de Oxford y que a modo de organización colaborativa también facilita información sobre tratamiento basados en la evidencia. En particular, revisiones sistemáticas (Gálvez, 2019)

sobre enfermedades y sus tratamientos y en especial de estudios ECA (ensayo controlado aleatorizado) con información sobre la efectividad de los tratamientos. Como indica Gálvez (2019), desde el 2010 también utilizan el sistema GRADE de clasificación.

- APS (Australian Psychological Society), organización profesional de psicólogos en Australia, que utiliza el sistema de clasificación de National Health and Medical Research Council (NHMRC) de Australia (NHMRC, 1999 citado por (Gálvez, 2019).

2.5.4 La mentalización según APA y NICE.

Tal y como bien señala Moriana & Martínez (2011), los mejores tratamientos son aquellos que han podido superar comprobaciones empíricas con éxito y presentan suficiente evidencia científica que asegure su eficacia, eficiencia y efectividad. Para ser más exactos, Turner, Beidel, Spaulding y Brown (1995) citados por Moriana et al. (2011) definen estos términos en base a los tratamientos como:

Eficaces: con resultado positivos en base a ECA's.
Efectivos: en cuanto su utilidad en la práctica clínica.
Eficientes: si su aplicación mejora los resultados a menor coste en comparación con otros tratamientos.

En el caso del APA, consideramos los criterios citados en la figura 3 y que recordamos a continuación según las indicaciones de Moriana et al. (2011) junto al primer análisis sobre la mentalización.

Figura 6: Criterios clasificación de tratamientos.

Tipología de tratamientos	**Criterios**
(1) *Tratamientos bien establecidos*	1. Mínimo dos diseños experimentales entre grupos que demuestren su eficacia en alguna o más de estas premisas: a. Resultados superiores a un grupo que utilice placebo, o a otro grupo experimental (con otro tratamiento alternativo). b. Equivalente a un tratamiento ya establecido en experimentos solventes estadísticamente (N = ≥ 30; Kazdin y Bass, 1989) citado por Moriana et al. (2011) 2. En el caso de no cumplirse los criterios anteriores puede ser válida la existencia de un número destacable de diseños experimentales de caso único (N ≥ 9) que demuestren su eficacia. Estos deben cumplir que a. Uso de diseños experimentales adecuados. b. Comparado la intervención con otro tratamiento 3. Existencia de manuales claros y comprensibles de los tratamientos. Indicar que en este sentido la APA tiene a disposición un "proceso de

	evaluación estandarizado de las guías de tratamiento" Moriana et al. (2011) y que se denomina Treatment Guideline Checklist (TGC) (APA, 2000) 4. El detalle y características de las muestras de participantes deben estar claramente especificadas. 5. Los efectos deben ser demostrados por mínimo dos investigadores o equipos de investigación independientes.
(2) *Tratamientos probablemente eficaces*	1. Mínimo dos experimentos que demuestren que el tratamiento es superior a un grupo control de lista de espera. No es imprescindible el uso de manuales, especificación de la muestra, ni la participación de investigadores independientes. (Moriana et al. ,2011) II. O bien existe uno o más experimentos que cumplan con diseño experimental entre grupos con clara especificación de las características del grupo, uso de manual/es y demostración de su eficacia por cualquiera de las siguientes dos posibilidades: a. Resultados superiores a un grupo que utilice placebo, o a otro grupo experimental (con otro tratamiento alternativo). b. Equivalente a un tratamiento ya establecido en experimentos solventes estadísticamente (N = ≥ 30; Kazdin y Bass, 1989) citado por Moriana et al. (2011) 3. O también sería aceptable una pequeña serie de experimentos utilizando diseños de caso único (N ≥ 3) que sigan las especificaciones de un tratamiento bien establecido.
(3) Tratamientos experimentales	No cumplen criterios metodológicos, pero son prometedores (figura 3)

Fuente: Basado en Moriana et al. (2011) y Mustaca (2004) citado por Ybarra et al.(2015)

Si analizamos el estado del arte de la mentalización en base a los criterios arriba indicados por el APA, la mentalización estaría entre las opciones 2 y 3. Aseveramos esta hipótesis por varios motivos. En primer lugar y como se indica al inicio del presente trabajo, la APA no tiene incluido el trauma complejo o TEPT como entidad nosológica independiente. En segundo lugar, si revisamos la TEPT como diagnóstico más cercano, la APA no incluye la mentalización como tratamiento *bien establecido* basado en la evidencia. En concreto, la APA recomienda la siguiente lista de intervenciones para el TEPT (APA, 2020):

- CBT-Cognitive Behavioral Therapy (TCC)
- CPT- Cognitive Processing Therapy
- Cognitive Therapy (TC)
- Prolongued Exposure (Exposición prolongada)

Sin embargo, a pesar de este marco, y a través del análisis documental realizado se encuentran indicios prometedores al respecto de estudios sobre la mentalización como tratamiento para una miríada de psicopatologías y en general como elemento de mejora de amplio espectro de la salud mental.

A continuación, se detallan algunos estudios relevantes que se revisaran según los criterios arriba mencionados. De igual modo sintetizados según

Nathan, Gorman y Salkind (2002) citados por Moriana et al. (2011) en: selección de pacientes homogéneos con un trastornos concreto, dividir a los mismos de forma azarosa en un grupo experimental y otro de control y por último medir los resultados.

- The Resilience Program: preliminary evaluation of a mentalization-based education program (Bak et al., 2015)
- Mentalizing and Epistemic Trust: The work of Peter Fonagy and colleagues at the Anna Freud Centre. (Duschinsky & Foster, 2021)
- ¿Es la mentalización un factor general de salud mental? (Ballespí, 2017)
- The Role of Mentalization in Child Psychotherapy, Interpersonal Trauma, and Recovery: A Scoping Review (Oehlman et al., 2021)

Figura 7: Revisión estudios significativos sobre mentalización

Estudio	Autores /Año	Investigación	Muestra	Resultados
The Resilience Program: preliminary evaluation of a mentalization-based education program	Poul L. Bak Nick Midgley Jin L.Zhu Karen Wistoft Carsten Obel 2015	Evaluación de un programa de resiliencia basado en investigaciones sobre mentalización, cognitiva, neurociencia y teoría del aprendizaje social.	130 adolescentes de un club sito en un área deprimida de Dinamarca. 90% de estudiantes de Oriente Medio. Grupo de prueba N=12 se les aplican 3 días del programa y seguimiento de 3 meses	Variable 1: Incidentes físicos: 42% menos para el grupo de control. Variable 2: Días de baja/año por enfermedad de los empleados: 12 días menos de promedio.
Mentalizing and Epistemic Trust: The work of Peter Fonagy and colleagues at the Anna Freud Centre	Robbie Duschinsky Sarah Foster 2021	Análisis de los estudios iniciales llevados a cabo por Peter Fonagy and colleagues at the Anna Freud Centre sobre la validez de la Terapia Basada en la Mentalización (MBT). Recogemos en esta síntesis, el llevado a cabo en el caso de pacientes con Trastorno límite de la personalidad. También mención al manual desarrollado en el año 2000 por Bateman y Fonagy para la aplicación del MBT del que no se conoce evaluación como la propuesta	19 pacientes tratados con MBT en comparación con 19 de control tratados con el protocolo habitual del NHS.	Se realiza un análisis a los 6 y 18 meses tras la finalización del tratamiento. Se observa que los pacientes tratados con MBT presentan: menor sintomatología depresiva, menor proclividad a conductas suicidas y autolesivas, mejora de las relaciones sociales e interpersonales.

		por el APA.		
¿Es la mentalización un factor general de salud mental?	Sergi Ballespí 2017	Revisar si la mentalización (MZ) es un factor de salud mental y en particular 4 cuestiones (nos centraremos en el primero): 1.Relación del déficit en MZ con la ocurrencia de psicopatologías. 2. Relación ente una buena MZ y un buen funcionamiento personal, social etc., 3. Relación de los dos componentes de la MZ y la salud mental. 4. Impacto de la MZ de los padres en los hijos.	Estudio 1. 520 adolescentes. 12 a 18 años. Matriculados en Instituto de secundaria. Generación de grupos mediante la correlación de MZ tomada mediante Mentalizing Questionnaire (MZQ; Hausberg et al., 2012) citado por (Ballespí, 2017) Dos grupos: 71 participantes en con el percentil más alto de déficit en MZ 72 participantes con percentil más bajo en MZ	Los resultados evidencian que ciertamente el grupo con más déficit presentan un mayor grado de psicopatología en un grado significativo ($p < ,0005$)
The Role of Mentalization in Child Psychotherapy, Interpersonal Trauma, and Recovery: A Scoping Review	Deborah Oehlman Forbes, Megan Lee, Richard Lakeman 2021	Revisión de estudios sobre mentalización en base a los términos: “mentalization, mentalization-based therapy, child […], trauma, recovery”. (Oehlman et al., 2021) Estudios seleccionados por los autores: • Estudio de control de lista de espera cuasi experimental (n=1) • Estudios cualitativos exploratorios (n=2) • Estudios naturalistas (2)	El conjunto de los estudios estaba constituido por 719 participantes, 396 niñas y 323 niños. Los niños en cuestión no presentaban retrasos significativos en el desarrollo, síntomas psicóticos, riesgo inminente de suicidio ni sufriendo abusos en el momento de los estudios. (Oehlman et al., 2021)	Entre los resultados más relevantes obtenidos en estos estudios: La mentalización materna y el apego inseguro se asociaron con una mayor psicopatología en los niños que habían sufrido abusos sexuales, un nivel de FR reducido, sintomatología depresiva, dificultades en la externalización y comportamiento sexualizado inapropiado para la edad. (Ensink, Bégin,

		• Estudios de cohortes (1) • Estudios transversales (6) • Estudios Longitudinales (1) • Estudio de casos y controles (2) • Estudios de casos (3)		Normandin y Fonagy, 2016). Citado por Oehlman et al. (2021) La disociación se descubrió como una forma frecuente de mediación ante el abuso sexual. La disminución de la mentalización se asoció a un mecanismo defensivo para lidiar con el estrés y la angustia. (Ensink et al., 2017) citado por (Oehlman et al., 2021)

Fuente: Extraído y elaborado de Bak et al.(2015),Duschinsky & Foster (2021), Ballespí (2017), Oehlman et al. (2021)

Como vemos en esta primera selección, estamos ante una tipología de estudios con evidencia destacable, que apuntan en la dirección correcta (prometedora) para validar la mentalización como potencial TBE en el abordaje del trauma complejo. Sin embargo, es notorio que en ninguno de los estudios se cumplen todos los criterios que pertenecen a la aceptación de la mentalización como tratamiento *bien establecido*, que es uno de los objetivos del presente trabajo.

A continuación, realizamos la misma revisión sobre los estudios anteriores, en base a los criterios GRADE empleados por el National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

En particular, son relevantes los criterios respecto a la calidad de la evidencia. El sistema GRADE define claramente los elementos que bajan o suben su puntuación.

Figura 8. Clasificación evidencia según sistema GRADE

Tipo de estudio	Nivel de calidad inicial	Elementos que restan calidad	Elementos que suben calidad
Aleatorizados	Alta	Riesgo de sesgo (limitaciones en el diseño y la ejecución). Inconsistencia en los resultados. Incertidumbre que la evidencia sea directa. Imprecisión. Sesgos de publicación.	Fuerte o muy fuerte asociación. Existencia de gradiente dosis-respuesta. Evidencia de que los sesgos hayan reducido el efecto.
Observacionales (casos y controles, cohortes)	Baja		

Fuente: Extraído de Aguayo et al.(2014)

Bajo este prisma y analizando los estudios seleccionados detallamos en el siguiente análisis:

Figura 9. Análisis de los estudios bajo categorización GRADE

Estudio o screening de estudios	Elementos que restan	Elementos que suman
The Resilience Program: preliminary evaluation of a mentalization-based education program (Bak et al., 2015)	• Implementación sin la intención de tratar. • Muestra limitada (depende de la población del club). • No inclusión de otras variables relevantes que puedan afectar al resultado (ej. la existencia de psicopatologías previas).	• Estudio aleatorizado (alta calidad inicial) • Fuerte asociación entre los resultados y el programa implementado.
Mentalizing and Epistemic Trust: The work of Peter Fonagy and colleagues at the Anna Freud Centre. (Duschinsky & Foster, 2021)	• Estudios observacionales de cohortes (baja calidad inicial). • Muestra limitada, solo 19 individuos.	• Fuerte asociación entre los resultados y el programa implementado.
¿Es la mentalización un factor general de salud mental? (Ballespí, 2017)	• Estudios observacionales transversales (menor calidad inicial). • Autoselección de las muestras. • No inclusión de otras variables relevantes que puedan afectar al resultado.	• Evidencia de ocho hipótesis formuladas.

The Role of Mentalization in Child Psychotherapy, Interpersonal Trauma, and Recovery: A Scoping Review (Oehlman et al., 2021)	• Estudios principalmente observacionales de casos y cohortes (baja calidad inicial). • Falta de aleatorización de algunos estudios. • Falta de grupo de control en dos estudios. • Ausencia de métodos de medición en un estudio. • Validez interna limitada en un caso. • Número muy limitado de sujetos por muestras (vemos desde 1 a 168).	• En algún estudio se detecta fuerte asociación a la luz de los resultados indicados.

Fuente: Elaboración propia

Estos resultados, de nuevo, muestran un camino alentador de cara al trabajo mediante la mentalización, sin embargo, se requiere la mejora de ciertos aspectos en el diseño de las investigaciones que se proponen en los siguientes apartados.

3. Problema

La falta de cohesión en la catalogación de esta entidad nosológica con independencia del TEPT tiene múltiples consecuencias. A nivel académico, el hecho de que no aparezca reseñada el DSM-V dificulta que estudiantes en el ámbito de la salud mental tengan conocimiento de este o puedan desarrollar una sensibilidad para su detección temprana.

La ausencia de catalogación dificulta también la existencia de suficientes protocolos de evaluación que faciliten su diagnóstico. Como señala (López-Soler, 2008), no hay suficientes escalas e instrumentos específicos para la evaluación y gradación del trauma sistémico e insidioso en menores. Incluso, el propio TEPT que tiene una alta comorbilidad con el trauma complejo, no es siempre correctamente evaluado y se tiende a diagnosticar por separado la sintomatología externalizante de internalizante, no viendo los casos en su complejidad, extensión y gravedad.

La dificultad diagnóstica, tiene como primera derivada el reconocimiento tardío del trauma complejo. Esto supone un factor revictimizador del menor que incide en la falta sistémica de confianza en sus relaciones interpersonales y en especial con las figuras que debieran representar contención y cuidado. En segundo lugar, si existe dificultad diagnóstica, implica menor experiencia en el abordaje de menores con trauma complejo (diferente al de los adultos) y por tanto menor capacidad de implementarlos con efectividad.

Si conjugamos la falta de cohesión en su catalogación, la dificultad diagnóstica y la falta de protocolos específicos nos encontramos ante un

contexto con poca penetración y transversalidad de estudios teóricos y experimentales que permitan avanzar en el desarrollo de abordajes innovadores y efectivos.

Por lo tanto y considerando las dificultades mencionadas, la presente investigación pretende subsanar, en parte, dicha deficiencia en cuanto a la validación de un abordaje innovador en esta área como es la mentalización ya sea como tratamiento independiente o combinado con la TCC-FT.

4. Preguntas de investigación, objetivos y/o hipótesis

A la luz del problema planteado que estructura la presente investigación, consideramos las siguientes preguntas fundamentales y objetivos al respecto:

Preguntas

En base a la problemática descrita sobre la necesidad de poner el acento en una investigación adecuada sobre tratamientos innovadores y específicos para el trauma complejo, como puede ser la mentalización. Señalamos las siguientes preguntas:

- ¿Es la mentalización un abordaje válido para el TPTC o trauma complejo?
- ¿Supone una alternativa al TCC-FT o un complemento?

Objetivos

Mediante esta investigación se busca la consecución de los siguientes objetivos, tanto generales como específicos:

- Objetivos generales

Determinar la validez de la mentalización como abordaje del trauma complejo

- Objetivos Específicos

Evaluar la mentalización en base a los criterios determinados por el APA para la catalogación de Tratamientos con Apoyo Empírico (TAE's).

Identificar si la mentalización puede ser una alternativa al TCC-FT o si pueden coexistir como complementarios.

Identificar si la mentalización debilita la transmisión del trauma transgeneracional.

5. Propósito de la investigación

Resulta patente que el trauma complejo amerita una mirada especializada y un cuerpo teórico y experimental consistente que ayude a los profesionales de la salud a su detección temprana y la aplicación de los protocolos más eficientes y efectivos.

Así mismo, el impacto en los individuos y sus ramificaciones transgeneracionales requieren de un tratamiento con el mismo nivel de complejidad y transversalidad. La mentalización presenta un potencial notable, no solo por las bases teóricas en las que se asienta sino por las múltiples investigaciones y resultados empíricos, en ámbitos similares, con resultados notables.

Con el fin de contestar a los interrogantes enunciados, el propósito de la investigación es determinar si la mentalización es un abordaje adecuado y sentar los fundamentos para su posible validación como tratamiento basado en la evidencia.

6. Método

Tras la revisión de la mentalización según los criterios esgrimidos por los sistemas de evaluación APA y NICE, nos disponemos a plantear la metodología de la investigación sobre la mentalización aplicada al trauma complejo con el objeto de ser validado como TBE desde dos vertientes:

- Mentalización como tratamiento aislado del trauma complejo.
- Mentalización y TCC-FT abordaje integral.

En ambos casos, se incorporará en el estudio el análisis de la capacidad de contención de la transmisión del trauma transgeneracional.

6.1 Diseño de la investigación

6.1.1 Investigación para validar la mentalización como TBE.

Para la consecución de los objetivos planteados se propone la realización de un estudio clínico controlado aleatorizado (ECCA) enfocado en el uso del tratamiento de mentalización, aislado y en conjunción con la terapia TCC-FT. En concreto nos interesa plantear un estudio con las siguientes características tal y como detallan (Lazcano et al., n.d.).

- Estructura del tratamiento: paralelo (población en estudio y población de control).
- Enfoque de enfermedad: ensayo de tratamiento.
- Enfoque de tratamiento: ensayo de mentalización/ mentalización y TCC-FT/ TCC-FT (control).
- Tipo de aleatorización: existente.
- Tipo de asignación: fija.
- Tamaño de la muestra: fijo y en base a la población diana.
- Número de sedes: multicéntrico.

Para la realización de este ensayo se considera oportuno la evaluación de una población diana. En este caso adolescentes de 15 a 18 años que hayan sufrido alguna forma de trauma complejo a lo largo de un mínimo de 2 o más años (no en la actualidad) en forma de abuso sexual, maltrato físico y/o emocional.

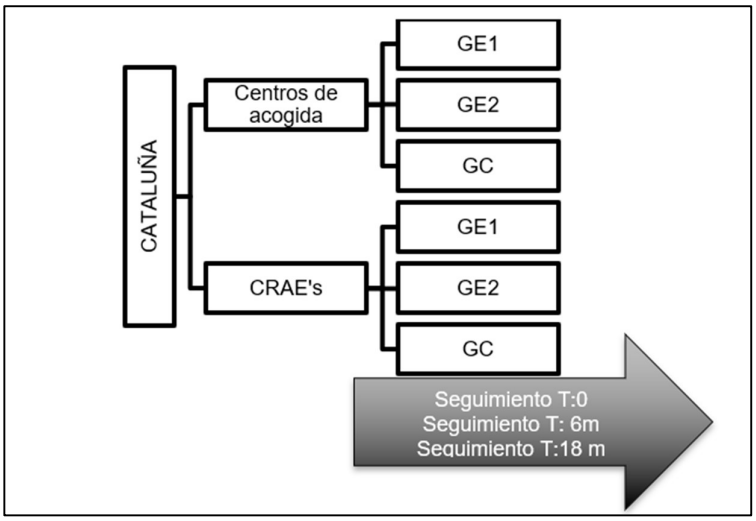
Para tal efecto, se realizará la selección de menores que vengan de centros de acogida y centros residenciales de acción educativa (CRAE) en Catalunya. Concretamente y según el Idescat (Instituto de estadística de Catalunya) en la comunidad existen 22 centros de acogida con 602 plazas y 115 CRAE's con 1992 plazas. (IDESCAT, 2021)

Las muestras seleccionadas, a concretar en el siguiente apartado, serán divididas de forma aleatoria en tres subgrupos a los que aplicaremos un tipo de tratamiento distinto:

- Grupo de estudio 1: Tratamiento de mentalización aplicado al menor con el soporte de un responsable del centro (tutor, educador etc.) a lo largo de tres meses en sesiones de 50 minutos, dos veces por semana (24 sesiones).
- Grupo de estudio 2: Tratamiento de mentalización + TCC-FT. Para la parte de mentalización y al igual que en el caso anterior, vamos a requerir una persona de referencia, sin embargo, las sesiones van a pivotar de forma alterna entre sesiones enfocadas a la mentalización y sesiones enfocadas a TCC-FT. Mismo número de sesiones y tiempo que en el anterior grupo.
- Grupo de control: Tratamiento habitual y recomendado TCC-FT. Mismo número de sesiones y tiempo, sin necesidad de una persona de referencia.

Tras la aplicación de los tratamientos se plantea un periodo de seguimiento con tres hitos, uno inmediato al finalizar las 24 sesiones, otro al cabo de 6 meses y finalmente a los 18 meses para determinar la reincidencia y también la potencial transmisión transgeneracional.

Figura 10: Esquema del diseño de la investigación



Fuente: Elaboración propia.

6.1.1.1 Variables

A continuación, se plantean las variables del estudio según la siguiente clasificación (Universidad de Jaen, n.d.):

<u>Variables de respuesta (dependientes VVDD)</u>

Para comprobar la bondad de los efectos de los distintos tratamientos se establecen las siguientes variables:

- Disminución de síntomas externalizantes: impulsividad, agresividad, ira, conductas antisociales, conductas autolíticas etc.
- Disminución de síntomas internalizantes: miedo, ansiedad, tristeza, pasividad, perfeccionismo, alternaciones del sueño y el apetito etc.
- Disminución de síntomas somáticos inespecíficos.
- Incremento de función reflexiva o mentalización (*insight* y empatía)

<u>Variables Independientes (VVII)</u>

Que son aquellas que pueden ser manipuladas directamente por el investigador o por medio de la selección:

- Variables independientes de estímulo: tratamiento psicológico aplicado (MZ/ MZ+TCC-FT /TCC-FT)

6.1.1.2 Participantes

Para seleccionar el tamaño de muestra de entre los posibles 2594 adolescentes de los centros de acogida y CRAE's de Cataluña, se utiliza la fórmula para el cálculo de estudios explicativos (Aguilar, 2005) y en concreto la que corresponde a estudios por contraste de hipótesis (Fernández, 1996).

Figura 11: Elementos para el cálculo del tamaño de muestra en estudios por contraste de hipótesis

a. Magnitud de la diferencia a detectar. Se pueden comparar dos proporciones o dos medias.
b. Tener una idea aproximada de los parámetros de la variable que se estudia (bibliografía, estudios previos).
c. Seguridad del estudio (riesgo de cometer un error a)
d. Poder estadístico (1 - b) (riesgo de cometer un error b)
e. Definir si la hipótesis va a ser unilateral o bilateral.

Fuente: Extraído de (Fernández, 1996)

Según esta formulación y el uso de la calculadora Excel proporcionanda por Fernández (1996) encontramos la siguiente propuesta:

Figura 12: Cálculo tamaño de muestra en comparación de proporciones para estudios por contraste de hipótesis

COMPARACIÓN DE DOS PROPORCIONES
(Se pretende comparar si las proporciones son diferentes)

	Indique número del tipo de test	
Tipo de test (1.unilateral o 2.bilateral)	2	BILATERAL
Nivel de confianza o seguridad (1-α)		95%
Poder estadístico		80%
P_1 (proporción en el grupo de referencia, placebo, control o tratamiento habitual)		70%
P_2 (proporción en el grupo del nuevo tratamiento, intervención o técnica)		90%
TAMAÑO MUESTRAL (n)		62

EL TAMAÑO MUESTRAL AJUSTADO A PÉRDIDAS

Proporcion esperada de pérdidas (R)	25%
MUESTRA AJUSTADA A LAS PÉRDIDAS	82

Beatriz López Calviño
Salvador Pita Fernández
Sonia Pértega Díaz
Teresa Seoane Pillado
Unidad de epidemiología clínica y bioestadística
Complexo Hospitalario Universitario A Coruña

Fuente: Extraído de (Fernández, 1996)

La muestra debe ser de 85 sujetos por grupo para un nivel de confianza del 95%, test bilateral (sin dirección), poder estadístico de 80% y una proporción de éxito del 90% respecto al 70% estimado sobre el grupo control.

La selección de la muestra se realizará con la ayuda de los tutores y responsables de los centros junto con psicólogos asociados a cada uno de ellos (es imprescindible el conocimiento sobre el trauma complejo o recibir una formación específica). Se aplicaran una serie de criterios de inclusión y exclusión establecidos (Soler, 2020):

Criterios de inclusión
Edad: de 15 a 18 años (adolescencia media y tardía).
Diagnóstico: compatible con Trauma complejo o TEPTC.
Exposición al trauma: superior o igual a dos años.
Consentimiento informado por los interesados y sus tutores legales.

Criterios de exclusión
Edad: menores de 15 años (por la tipología y complejidad de las pruebas).
Presencia de alguna enfermedad psiquiátrica destacable.
Presencia de enfermedades incapacitantes.
Riesgo de autolesión o suicidio importante.

El proceso de "reclutamiento" de los participantes se llevará a cabo de forma completamente aleatoria (muestreo aleatorio simple) y solo en base a los criterios arriba indicados. Para tal efecto y en aras de evitar favoritismos o selecciones sesgadas por parte de los centros, se solicitará un listado anónimo (con una numeración desconocida para los ejecutores del estudio) de todos los posibles participantes en base a los criterios arriba designados y mediante un programa de ordenador se realizará tanto la selección como la asignación a los grupos. También se incidirá en el no conocimiento (ciego) sobre el detalle del estudio de las personas encargadas del análisis de los sujetos para su potencial selección.

Por otro lado, y en cuanto a los aspectos éticos del estudio es fundamental tener en cuenta varios elementos en su consecución:

- La intencionalidad del estudio que se sustenta en los fundamentos de buenas prácticas que secunda el código deontológico del psicólogo.
- El consentimiento informado (CI) que será obtenido por parte del personal colaborador en la investigación perteneciente a los centros de acogida y CRAE's. Siendo los menores y sus tutores (o responsables legales) previamente informados del tipo de estudio participando de manera voluntaria y respetando las directrices éticas de la Declaración de Helsinki (Mundial, 2019) citado por (Rodriguez , Bongiardino, Aufenacker, Borensztein et al., 2020)
- Los procedimientos adecuados para la protección de datos y privacidad según la actualización de Reglamento (UE) 2016/679 del parlamento Europeo y del Consejo de "*relativo a la protección de las personas físicas*

en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos" (Parlamento Europeo Consejo de la Unión Europea, 2016)

6.1.1.3 Instrumentos

Habiendo detallado las variables dependientes o respuesta, es decir: sintomatología externalizante, internalizante, somática y función reflexiva; se enumera a continuación la batería de instrumentos para cada una de ellas.

Mejora de la función reflexiva (FR) o Mentalización (MZ)

Mentalizing Questionnaire (MZQ) (Hauseberg et al. 2012 citado por Ballespí, 2017) instrumento autoadministrado que consta de unos 15 elementos divididos en 4 subescalas: negación de autorreflexión, conciencia emocional, modo de equivalencia psíquica y regulación afectiva (Rodriguez et al., 2020). Cada elemento puede ser puntuado del 1 al 5, escala Likert, correspondiendo una mayor puntuación a una mayor capacidad de mentalización. Este instrumento se utilizan para la evaluación de déficits en mentalización y se aplica a pacientes con problemas clínicos (Ballespí, 2017).

La versión española, desarrollada por Ballespí, Pérez-Domingo, Doval y Barrantes-Vidal (2015) citado por Ballespí (2017) presenta las siguientes medidas que confirman su viabilidad según el mismo autor:

- Consistencia interna adecuada (α Cronbach = ,79)
- Buena fiabilidad test-retest en un intervalo de dos meses (ICC = ,65)
- Validez convergente, correlaciones positivas con medidas de psicopatología (r entre ,32 y ,55) y relación inversa con medidas de apego seguro (r = -,32)

Adolescent Mentalizing Interview (AMI) (Ballespí y Pérez-Domingo, 2015b) citado por (Ballespí, 2017) consiste en una entrevista semiestructurada a través de 7 ítems que pueden ser puntuados de 0 (menos MZ) a 4 (mayor MZ) de acuerdo a 3 dimensiones: cantidad de producción de cada ítem, calidad de producción y espontaneidad . La entrevista se divide en dos partes: en la primera se plantea una historia sentimental con 3 personajes adolescentes y sobre la que se realizan preguntas (1 por personaje) sobre qué harían y por qué. El segundo ejercicio consiste en 4 preguntas sobre los estados mentales de dos personas importantes y cercanas para el adolescente (excluyendo niños). En ambas partes el objetivo es evaluar la capacidad del adolescente de entender los estados mentales intencionales (EMI) de los otros. (Pérez, 2016). Esta entrevista y según indica Ballespí (2017), presenta las siguientes medidas que confirman su viabilidad:

- Consistencia interna excelente (αCronbach = ,90)
- Buena fiabilidad inter-jueces (correlaciones intraclase entre ,79 y ,88)
- Validez convergente (correlaciones entre ,21 a ,47 con otras me- didas del mismo constructo)

Tal y como detalla Pérez (2106) la aplicación de esta entrevista requiere de un entrenamiento previo de 5 partes: formación sobre mentalización, sus características y la utilización del instrumento, observación previa de 5 entrevistas realizadas por un experto, resolución de dudas, *role playing* y realización de 5 prácticas supervisadas.

Trait Meta-Mood Scale (TMMS). Es una medida de meta-cognición autoinformada (Salovey et al., 1995) citado por (Pérez, 2016). Indicar que usaríamos la versión española (TMMS-24; Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004) citado por la misma autora.

Esta herramienta es un cuestionario autoadministrado que consta de 24 ítems puntuables mediante escala Likert de 1 a 5 de menor a mayor acuerdo. Los distintos ítems se organizan en 3 bloques de 8 que evalúan: atención sobre sentimientos y estado emocionales, la claridad en su comprensión y reparación o capacidad de regulación. Presenta las siguientes medidas de bondad psicométricas:

- Consistencia interna adecuada (αCronbach entre ,82 y ,87), en la versión española (αCronbach entre ,86 y ,90) (Ballespí, 2017)
- Fiabilidad test-retest (r entre ,60 y ,83)

<u>Sintomatología internalizante</u>

Beck Depression Inventory-II (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 1996) citado por (Pérez, 2016). La versión española se desarrolla por Sanz, García-Vera, Espinosa y Vázquez (2005) citado por la misma autora. Es uno de los instrumentos más empleados para la medición de la depresión. Está compuesto por 21 ítems entre los que se pueden escoger 4 alternativas de menor a mayor gravedad. Presenta las siguientes medidas de bondad psicométricas para la versión española:

- Consistencia interna (αCronbach=,87).
- Fiabilidad test-retest adecuada (correlaciones entre ,73 y ,96).

Behavioral Inhibition Scale (BIS) (Muris, Merchelback, Wessel y Van de Ven 1999) citado por (Pérez, 2016). Consiste en una escala dividida en dos partes con el objeto de medir el grado de inhibición conductual (IC). En la primera parte se mide el grado de inhibición actual y en la segunda parte la inhibición conductual en retrospectiva. Presenta las siguientes medidas de bondad psicométricas:

- Consistencia interna entre ,88 y ,95 para αCronbach.
- Fiabilidad test-retest,77.

Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) (March, 1998) citado por (Ballespí, 2017). Instrumento destinado a medir ansiedad en jóvenes desde los 8 a los 19 años. Consta de 39 ítems puntuables según escala Likert hasta 4 puntos que se dividen en 4 escalas que responden a síntomas físicos,

evitación de daño, ansiedad social y ansiedad por separación. (Universidad de Lima, n.d.). Presenta la siguiente medida de bondad psicométrica:

- Consistencia interna entre ,88 para αCronbach.

Sintomatología externalizante

Youth Self Report (YSR) (Achenbach y Rescorla, 2001) citado por (Alarcón & Bárrig, 2015). Autorreporte ampliamente utilizado para la medición de conductas problemáticas y el funcionamiento adaptativo. Consta de 112 ítems, 105 relacionados con problemas y 7 a conductas socialmente deseables. Los ítems son puntuables con escala Likert de 0 a 2 (no es cierto, algunas veces y muy cierto o frecuente). Los ítems están divididos en 8 escalas que evalúan: ansiedad-depresión, retraimiento, quejas somáticas, problemas sociales problemas de pensamiento, problemas de atención, rompimiento de normas y conducta agresiva. Tal y como vemos los ítems cubren nos solo síntomas o problemas externalizantes, sino internalizantes y problemas somáticos. Presenta las siguientes medidas de bondad psicométricas.

- Consistencia interna aceptable en las dimensiones indicadas, ,59 a ,93 para αCronbach.

Sintomatología somática

Cuestionario de síntomas somáticos (Garber, van Slyke y Zeeman, 1991) citado por (Ballespí, 2017). Instrumento pensado para la evaluación de quejas somáticas más recurrentes en la infancia. Está compuesto por 6 ítems que evalúan la frecuencia de los síntomas y su deterioro.

Una vez determinados todos los instrumentos para cada una de las variables respuesta, se procede a describir el procedimiento para la realización de la investigación propiamente dicha.

6.1.1.4 Procedimiento

En el siguiente apartado se detalla el plan de acción deseable para la implementación del estudio.

Acuerdos previos y formación

Antes de proceder a una investigación, resulta esencial establecer los acuerdos convenientes y la preparación previa con los actores fundamentales en el desarrollo de esta. En particular, detallamos los siguientes elementos:

1) Contacto con todos los centros de acogida y CRAE'S con el objeto de presentar el estudio, su alcance y la participación conjunta deseada. Se vehicula idealmente a través de la **Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia, DGAIA.**

2) Firma de acuerdo de colaboración con todas las instituciones en las que se detalla pormenorizadamente los términos de la relación, el alcance del estudio el plan de acción, objetivos y seguimiento.
3) En caso de roles repetidos en alguna de las instituciones (tutores, psicólogos etc.) se realiza una selección aleatoria para su participación.
4) Formación previa de todo el equipo seleccionado sobre mentalización, conceptos generales, prevalencia, impacto, realización de pruebas etc.

Selección de participantes

La selección de la muestra de participantes debe ser exhaustiva a la vez que aleatoria de manera que respondamos a los criterios de inclusión y exclusión determinados, pero sin proceder a sesgos de ninguna tipología. Así mismo, es imprescindible que los participantes (y sus tutores legales) previamente hayan aceptado y consentido ser participantes del estudio además de firma los documentos de protección de datos pertinentes.

5) Cribado de los participantes en base a los criterios de inclusión y exclusión y codificación de estos mediante sistema automático de aleatorización.
6) Reunión con todos los participantes a través de los tutores responsables y un psicólogo perteneciente al equipo de estudio que proceder a la explicación del proceso y la firma del CI, documentos acreditativos de la protección de datos. En este proceso se esperan las primeras bajas.
7) Asignación aleatoria a los 3 grupos de muestra sobre los que se aplicaran los distintos tratamientos.

Inicio de la recogida de datos

Debemos establecer unos resultados iniciales de control sobre los que podremos comprobar la mejora comparativa de los distintos grupos y en particular el de control en el que solamente se aplica la TCC-FT. Al igual que realizaremos en la toma de datos tras el tratamiento, dedicaremos aproximadamente 4 semanas para la aplicación de los instrumentos, de manera que evaluamos una variable por semana a todos los sujetos de la muestra. En cualquier caso, es importante no saturar a los participantes, dado que estamos evaluando elementos sensibles que pueden suponer afectarles de algún modo y eventualmente provocar bajas innecesarias en caso de no ser los suficientemente prudentes y respetuosos.

8) Aplicación de los distintos instrumentos antes del proceso de tratamiento. Los datos iniciales son el punto de partida del análisis posterior.

Aplicación de los tratamientos

Como indicado anteriormente, el período de aplicación del tratamiento se prevé a la lo largo de 24 sesiones, 1 sesión por semana, por lo que consideramos una duración aproximada de unos 6 meses. Tras este período se procede al primer hito de toma de resultados que nos servirá para comparar el impacto inmediato de los tratamientos en comparación con el estado inicial de los participantes.

9) A lo largo de 24 semanas, a cada uno de los grupos se les realiza el tratamiento al que han sido asignado: MZ /MZ+TCC-FT/ TCC-FT (control)

Recogida de datos finales y seguimiento

En este punto se repite la evaluación de las 4 variables respuesta mediante la misma batería de instrumentos preseleccionados. Al igual que en el caso anterior, procedemos a realizar el proceso en un tiempo prudente para el desarrollo de la investigación manteniendo el respeto a los tiempos de los participantes.

10) Aplicación de toda la batería de instrumentos a lo largo de 4 semanas. Cada semana se aplica un bloque correspondiente a cada variable respuesta.
11) Recogida datos mediante un programa de base de datos con capacidad de volcado en un software de análisis estadístico. Por ejemplo: WinIDAMS (UNESCO, 2002), EpiInfo (CDC, 2000), OpenStat (Miller, 2003) o ViSta (Young, 1996a), citados por (Ledesma et al., 2007)
12) Realización del mismo procedimiento de toma de datos a los 6 y 18 meses con el objeto de analizar el mantenimiento de las mejoras y por tanto, la posible disminución de la trasmisión transgeneracional del trauma.

7. Análisis planteados

Con el objetivo de analizar el impacto de cada uno de los tratamientos en base las variables dependientes, disminución de la sintomatología internalizante, externalizante y somática y aumento de la función reflexiva, se plantea el uso de diversas técnicas de análisis cuantitativo. Se selecciona esta vertiente en base a varios enfoques propuestos por Salgado (2000):

- Investigador: uso de instrumentos para medición sistemática, controla y objetiva.
- Fenómeno: visión atomista mediante la sintetización.
- Lenguaje: visión de que el lenguaje puede explicar la realidad.
- Procedimiento: planeado con anterioridad.
- Técnicas: test, cuestionarios, registros etc.
- Confiabilidad: búsqueda de replicabilidad de la metodología.

- Validez: búsqueda de la generalización.
- Metodología: Modelo APA

Todas estas características convergen en el uso de un análisis de datos cuantitativo. Para la selección de la prueba estadística adecuada, se determinan las siguientes características del estudio tal y como detallan (Flores et al., 2017):

- Comparativo de 3 grupos.
- Estudio comparativo de valores antes y después del tratamiento, relacionado.
- Realización de 3 mediciones: antes, después, 6 meses y 18 meses.
- Tipología de datos ordinales (escalas Likert)
- No relación entre los grupos.

En base a este primer análisis se concluye la necesidad de aplicar pruebas estadísticas no paramétricas, y en concreto la prueba Kruskal-Wallis o test H junto con el Test de Mann-Whitney. Son los equivalentes no paramétricos de la prueba ANOVA y las condiciones para su uso son:

- Variable de respuesta ordinal o continua (Escala Likert)
- Independencia de las observaciones de cada grupo.
- Distribuciones similares por grupos.

El funcionamiento de esta prueba consiste en contrastar si varias muestras están equidistribuidas (Amat, 2016) y si pertenecen a la misma distribución mediante la comparación medianas o rangos promedio. Concretamente:

H0: Distribución de rangos igual para todas las muestras
H1: Existen diferencias ($p < 0,05$)

Como el número de observaciones es superiora a 5, el estadístico sigue la distribución $\chi 2$ con k-1 grados de libertad (k, es el número de grupos).

Una vez aplicado la prueba Kruskall-Wallis y dado que discrimina si 2 de las 3 muestras son diferentes (pero no cual), se aplica posteriormente el test de Mann-Whitney para compararlos en parejas. Abajo un resumen de las pruebas y objetivos.

Figura 13: Esquema análisis de datos estadísticos

Variables dependientes	Test Kruskal_Wallis y Mann Whitney	Objetivo
Mentalización o Función reflexiva	1. Mentalizing Questionnaire (MZQ) 2. Adolescent Mentalizing Interview (AMI) 3.Trait Meta-Mood Scale (TMMS)	Determinar el grupo con mejores resultados (MZ más alta) tras la primera aplicación y a reconfirmar en 6 y 18 meses.
Sintomatología internalizante	4. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)	Determinar el grupo con mejores resultados

(Miedo, ansiedad, tristeza, pasividad, perfeccionismo, alternaciones del sueño y el apetito etc.)	5. Behavioral Inhibition Scale (BIS) 6. Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) 7. Youth Self Report (YSR)	(disminución de sintomatología) tras la primera aplicación y a reconfirmar en 6 y 18 meses.
Sintomatología externalizante (Impulsividad, agresividad, ira, conductas antisociales, conductas autolíticas etc.)	8. Youth Self Report (YSR)	
Sintomatología somática inespecífica	9. Youth Self Report (YSR) 10. Cuestionario de síntomas somáticos	

Fuente: Elaboración propia.

Mediante la planificación de estos análisis se determina el grupo (o tratamiento) que presenta mayor número de objetivos conseguidos. Es decir, aquel que tiene un mejor resultado en la disminución de la sintomatología disfuncional (internalizante, externalizante y somática) y un aumento de la capacidad de mentalización.

La repetición de las pruebas a los 6 y 18 meses permite también analizar que método tiene mayor prevalencia (mantenimiento) en cuanto a la bondad de los resultados y, por tanto, mayor efecto protector, disminución de reincidencia y menor riesgo de transmisión del trauma transgeneracional.

Para terminar, reiteramos que resultados positivos y concluyentes en la realización de este protocolo de investigación nos conducirían al primer paso para la potencial aprobación de la mentalización como tratamiento basado en la evidencia del trauma complejo. A posteriori, sería necesaria la repetición de una investigación de características similares realizada por otro grupo independiente (con resultados positivos y concluyentes) y la realización de manuales específicos sobre el tratamiento la cuestión.

8. Discusión

En la presente investigación el objetivo principal responde a definir o no la mentalización como tratamiento eficaz, basado en la evidencia, capaz de mejorar la sintomatología asociada al trauma complejo, especialmente en el caso de niños y adolescentes.

Al plantear un estudio mediante 3 grupos sobre los que se aplican formas de tratamiento distinto, se pueden obtener varios resultados sobre los que se requerirían diversas soluciones y/o revisiones. Tras la primera toma de datos, se dilucidaría el primer impacto de los distintos tratamientos.

En el caso de que la hipótesis nula fuese la obtenida para todos las variables y grupos, supondría que no hay diferencias en la eficacia de los

tratamientos, por lo que contraintuivamente nos indicaría que la MZ es tan válida como la TCC-FT.

Si la hipótesis alternativa fuese la resultante, deberemos comprobar que grupo es más favorable en términos de número de variables mejoradas. En este punto tenemos 3 posibilidades:

- Mejor resultado aplicando TCC-FT (grupo control)
- Mejor resultado aplicando MZ.
- Mejor resultado aplicando MZ + TCC-FT.

Si los resultados indican que solo el grupo de control es favorable o igual al tratamiento combinado, indica que la MZ no tiene un valor añadido respecto al tratamiento base. Sin embargo, si la MZ aislada y/o la MZ + TCC-FT salen favorecidas, indica que se cumple el objetivo de la investigación en pro de iniciar el proceso de validación el MZ como tratamiento basado en la evidencia.

En cualquiera de los casos, tanto si la hipótesis nula como alternativa se cumplen, debemos hacer una revisión de la investigación para comprobar si ha habido fallos en su aplicación, y plantear, en caso de ser necesario, medidas correctivas (con un análisis pertinente de los recursos disponibles).

En caso de no haber fallos detectados y cumplirse la hipótesis nula o la alternativa favorable a MZ o MZ+TCC-FT debemos proceder con los siguientes pasos recomendados por el APA, de manera que el tratamiento pueda ser incorporado a las guías de TBE.

En concreto, tal y como queda plasmado en la figura 3, haría falta un segundo estudio experimental de la misma tipología (con mayor alcance idealmente) y realizado por un grupo independiente de investigadores.

Una vez realizada esta segunda investigación con resultados igualmente concluyentes, se debe proceder a la elaboración de manual/es detallados, claros y comprensibles, con la ayuda de la guía denominada Treatment Guideline Checklist (TGC) o Proceso de evaluación estandarizado de las guías de tratamiento, (APA, 2000) citada por (Moriana et al., 2011).

En cuanto a la aportación al problema, si la mentalización se validase como tratamiento efectivo, no solo se tendría a disposición una metodología con amplios efectos en la salud mental de los sujetos con trauma complejo, sino que se podría poner en evidencia la necesidad de darle una categoría diferencial y específica en relación del TEPT simple.

Poner de relieve un tipo de trastorno y tener un tratamiento homologado permite colocar el foco en el mismo, y por lo tanto facilitar no solo su detección y diagnóstico sino también establecer un camino para futuras líneas de investigación que den cuerpo teórico y experimental al concepto.

9. Conclusiones

El desarrollo del TFG ha supuesto el colofón de un aprendizaje gestado a lo largo de todo el grado con el añadido de la complejidad, rigor, cohesión y estructura. Resulta un ejercicio práctico importante para entender las claves de una investigación y como el seguimiento de los diferentes pasos resulta imprescindible para una correcta consecución.

En este caso, ha sido imprescindible el uso de varias herramientas. En primer lugar, el repositorio bibliográfico Mendeley que facilita no perder detalle de todos los recursos encontrados y seleccionados a la par que facilita enormemente la citación y la creación de una bibliografía correcta. Por otro lado, el uso de las distintas bases de datos académicas, que permiten discernir, con un correcto cribado, la información útil de la que además se deriva a otras fuentes secundarias de tanto o más calado.

En el presente TFG se han seguido las pautas acordadas en el calendario inicial, aunque tras la ejecución se considera que hubiese sido más productivo dedicar mayor tiempo a la selección previa de los recursos y a la investigación de las referencias secundarias para tener la base de discusión teórica previamente esquematizada.

Respecto al marco teórico, se han encontrado complicaciones a la hora de encontrar teoría cohesionada al respecto de la mentalización. Por un lado, la falta de reconocimiento del trastorno dificulta su investigación y por otro, la poca información sobre la mentalización como tratamiento para el trauma complejo. A excepción de un estudio específico realizado en Chile por la universidad Central y Valparaíso por Riff et al. (2021) que ha sido una de las claves en la elección del tema de este estudio.

Ante la atomización de información sobre la mentalización, se ha optado por hacer un breve análisis de varios estudios de investigación y un screening próximo a la temática diana, concluyendo en la ausencia de un cuerpo de investigación especifico y solvente (tratamiento basado en la evidencia según criterios APA o NICE). Siendo este el resultado, se ha procedido al diseño de una investigación experimental aleatorizada en base a la guía APA con el objeto de determinar las bondades reales de la mentalización en el abordaje del trauma complejo. Este debe completarse, tal y como se ha señalado en el apartado anterior, con la pertinente repetición por parte de otro grupo de investigadores y la elaboración de una manual de tratamiento validado.

Respecto a la puesta en práctica del diseño de investigación, se pueden proyectar problemas de implementación en el reclutamiento de las personas, no solo por la edad (y la complejidad del consentimiento informado) sino por la situación personal en la que se encuentran y su participación en un programa de esta tipología. De hecho, en caso de implementarse se considera oportuno que los sujetos no queden desatendidos, sino que prosigan con el acompañamiento necesario a lo largo de todo el proceso.

En general y según se ha incidido en el apartado anterior, este trabajo es un ejemplo de lo importante que es la tipificación de los trastornos y el poner luz sobre una casuística tremendamente inhabilitante y extendida a la que un abordaje sesgado, lleva a potenciales pacientes al ostracismo o a deambular por múltiples tratamientos parciales infructuosos. Posiblemente el trauma complejo tiene una prevalencia incluso mayor y transversal (con distintos grados de profundidad y comorbilidades) a las indicada por la OMS u otros organismos internaciones, por lo que su conocimiento es imprescindible en aras de un abordaje completo, complejo e integral.

10. Referencias bibliográficas

Aguayo, J. L., Flores, B., & Soria, V. (2014). Sistema GRADE: Clasificación de la calidad de la evidencia y graduación de la fuerza de la recomendación. *Cirugia Espanola*, *92*(2), 82–88. https://doi.org/10.1016/J.CIRESP.2013.08.002

Aguilar, S. (2005). *Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud*. *11*, 333–338. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48711206

Alarcón, D., & Bárrig, P. (2015). *Conductas internalizantes y externalizantes en adolescentes* [Universidad de San Martín de Porres]. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272015000200008

American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed. --.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

APA. (2000). *Treatment Guideline Checklist*. https://www.apa.org/practice/guidelines/treatment-checklist.pdf

APA. (2020). *Treatments for PTSD*. https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/index

Bak, P. L., Midgley, N., Zhu, J. L., Wistoft, K., & Obel, C. (2015). The Resilience Program: preliminary evaluation of a mentalization-based education program. *Frontiers in Psychology*, *6*. https://doi.org/10.3389/FPSYG.2015.00753

Ballespí, S. (2017). *¿Es la mentalización un factor general de salud mental? 30*, 29–52. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7614499

Dangerfield, M. P. (2020). Estudio de las consecuencias psicopatológicas de las adversidades relacionales en la infancia y de la transmisión del trauma transgeneracional. *TDX (Tesis Doctorals En Xarxa)*. http://www.tdx.cat/handle/10803/668739

De Bonis, M. C. (1998). *Evolución histórico-social del fenómeno maltrato (infantil) implicancias médico-legales actuales en nuestro país*. https://sistemadif.jalisco.gob.mx/cepavi/Material_didactico/Maltrato infantil/historia de maltrato infantil.pdf

Dell'Omo, A. (2016). *Trauma and Recovery, by Judith Herman (1992) - Not Even Past*. https://notevenpast.org/trauma-and-recovery-by-judith-herman-1992/

Duschinsky, R., & Foster, S. (2021). *Mentalising and Epistemic Trust: The work of Peter Fonagy*

and colleagues at the Anna Freud Centre Mentalization-based therapies. https://doi.org/10.1093/med-psych/9780198871187.001.0001

Fernández, P. (1996). *Metodología investigación: Determinación del tamaño muestral*. https://www.fisterra.com/formacion/metodologia-investigacion/determinacion-tamano-muestral/#23113

Flores, E., Guadalupe, M. M., & Villasís, M. Á. (2017). Metodología de la investigación. *Rev Alerg Mex*, *64*(3), 364–370. http://www.revistaalergia.mx

Fonagy, P., & Campbell, C. (2020). *Mentalizing, attachment and epistemic trust: how psychotherapy can promote resilience*.

Gálvez, M. (2019). *La elección de tratamientos psicológicos basados en la evidencia. Un análisis para integrar los datos científicos con la realidad asistencial* [Universidad de Cordoba]. https://helvia.uco.es/xmlui/handle/10396/18424

Gissi, S. (2021). *Que és el Trauma complejo*. https://www.newman.institute/blog/el-cie-11-incorporo-el-tept-complejo-como-un-trastorno-con-entidad-diagnostica-propia-reconociendo-asi-la-especificidad-clinica-del-trauma-complejo

Hervías, P., Maroto, L., & Benítez, M. (2017). *Trastorno de Estrés Postraumático Complejo*. www.interpsiquis.com

Higgins, D. J., & McCabe, M. P. (2003). Maltreatment and Family Dysfunction in Childhood and the Subsequent Adjustment of Children and Adults. *Journal of Family Violence 2003 18:2*, *18*(2), 107–120. https://doi.org/10.1023/A:1022841215113

IDESCAT. (2021). *Idescat. Anuario estadístico de Cataluña. Instalaciones para la infancia y la adolescencia. Centros y plazas. Por tipo. Comarcas y Aran*. https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=852&lang=es

Kanter, B., & Pereda, N. (2020). Victimización Sexual en la Infancia e Intervención Basada en la Evidencia: *Revista de Psicoterapia*, *31*(115), 197–212. https://doi.org/10.33898/RDP.V31I115.313

Lawson, D. M., & Akay-Sullivan, S. (2020). Considerations of Dissociation, Betrayal Trauma, and Complex Trauma in the Treatment of Incest. *Journal of Child Sexual Abuse*, *29*(6), 677–696. https://doi.org/10.1080/10538712.2020.1751369

Lazcano, E., Salazar, E., Gutierrez, P., Angeles, A., Hernández, A., & Viramontes, J. L. (n.d.). *Ensayos clínicos aleatorizados: variantes, métodos de aleatorización, análisis, consideraciones éticas y regulación*. Retrieved April 21, 2022, from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000600012

Ledesma, R. D., Molina, G. J., Valero Mora, P., & Poó, F. (2007). Software Estadístico de Libre Acceso en Psicología. Una Librería de Módulos para elSistema ViSta. *Revista Evaluar*, *7*(1). https://doi.org/10.35670/1667-4545.V7.N1.507

Lima, U. de. (n.d.). *MASC - Multidimensional Anxiety Scale for Children* |. Retrieved April 23, 2022, from https://www.ulima.edu.pe/pregrado/psicologia/gabinete-psicometrico/masc-multidimensional-anxiety-scale-children

López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y la adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *13*, 159–174. http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2008-13-3-10001/Documento.pdf

López, C., Castro, M., Daset, L. R., Alcántara, M., Fernández, V., Prieto, M., & Puerto, J. C. . (2008). Consecuencias del maltrato grave intrafamiliar en la infancia: conceptualización de las reacciones postraumáticas complejas. *Ciencias Psicológicas*, *II*(2), 103–118. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459545422001

Mészáros, J. (2012). Los pilares de la teoría contemporánea del trauma: el cambio de paradigma de Ferenczi. *Temas de Psicoanálisis*, *3*. https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2017/05/Pdf-Meszaros.pdf

Moriana, J., & Martínez, V. (2011). *Vista de La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces*. *16*, 81–100. https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/10353/9891

Oehlman, D., Lee, M., & Lakeman, R. (2021). The role of mentalization in child psychotherapy, interpersonal trauma, and recovery: A scoping review. *Psychotherapy*, *58*(1), 50. https://doi.org/10.1037/PST0000341

OMS. (2020). *Maltrato infantil*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment

Parlamento Europeo Consejo de la Unión Europea. (2016). *EUR-Lex - 32016R0679 - EN - EUR-Lex*. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/ALL/?uri=CELEX%3A32016R0679

Pérez, A. (2016). *Adolescència i mentalització: un estudi multidimensional en l'espectre de l'ansietat social.* https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/400074/apd1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Prieto, M. (2015). *Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y de la TCC-Focalizada en el Trauma en infancia maltratada.* Universidad de Murcia.

Riff, M., Morán-Kneer, J., & Romero, F. (2021). *El uso de la mentalización para el abordaje del trauma complejo del desarrollo: aportes para una práctica clínica basada en la evidencia en Chile*. https://www.researchgate.net/publication/356392819_El_uso_de_la_mentalizacion_para_el_abordaje_del_trauma_complejo_del_desarrollo_aportes_para_una_practica_clinica_basada_en_la_evidencia_en_Chile

Rodriguez , Andrea Bongiardino, Laura Aufenacker, Saskia Ivana Borensztein, L., Botero Rojas, M. C., Crawley, A., Scavone, K., & Vázquez, N. (2020). *(PDF) Capacidad de mentalización en los estudiantes de la carrera de psicología de la UCA*. https://www.researchgate.net/publication/346426519_Capacidad_de_mentalizacion_en_los_estudiantes_de_la_carrera_de_psicologia_de_la_UCA

Salgado, C. (2000). *(PDF) Análisis comparativo de la metodología cuantitativa y cualitativa. Revisión y análisis de la metodología cualitativa* [Universidad de San Martin de Porres].

https://www.researchgate.net/publication/274721441_Analisis_comparativo_de_la_metodologia_cuantitativa_y_cualitativa_Revision_y_analisis_de_la_metodologia_cualitativa

Sánchez, D. (2018). *EL TRASTORNO INVISIBLE: Revisión de la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma en población infantil y adolescente con sintomatología de trauma complejo.* http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/177289/TFM_2018_SanchezMiguelDavinia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Serrat, L., Kiskeri, A., Díaz, G., & Schlanger, K. (2018). *idUS - Terapia breve y trauma complejo a través de un caso clínico en el Centro de Terapia Breve del Mental Research Institute*. https://idus.us.es/handle/11441/88712

Soler, A. B. (2020). *Eficacia de una intervención psicológica breve basada en mindfulness aplicada a través de internet para el tratamiento de la depresión en atención primaria: un estudio controlado aleatorizado / Alberto Barceló Soler* [Universidad de Zaragoza]. http://zaguan.unizar.es

Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews. Neuroscience*, *17*(10), 652–666. https://doi.org/10.1038/NRN.2016.111

Toganrelli, A. (2007). *Consecuencias del déficit en la mentalización del trauma - Dialnet*. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2683218

Universidad de Jaen. (n.d.). *Introducción a la Psicología. El método experimental*. Retrieved April 21, 2022, from http://www4.ujaen.es/~eramirez/Descargas/tema6

Ybarra, J. L., Orozco, L. A., & Valencia, A. I. (2015). *Intervenciones con apoyo empírico : herramienta fundamental para el psicólogo clínico y de la salud*. 219. https://www.researchgate.net/publication/295551678_Intervenciones_con_apoyo_empirico_herramientas_fundamentales_para_el_psicologo_clinico_y_de_la_salud

11. Anexos

11.1 Calendario de trabajo

Etapas y Tareas/ Actividades de Seguimiento (PECs)	Febrero		Marzo					Abril				Mayo				Observaciones/ Comentarios estudiantes	Observaciones/ Comentarios consultor/a
Semanas	**S3**	**S4**	**S1**	**S2**	**S3**	**S4**	**S5**	**S1**	**S2**	**S3**	**S4**	**S1**	**S 2**	**S3**	**S4**		
0. Acordar conjuntamente con el consultor qué temática se abordará y la organización del proceso de desarrollo del TFG																	
1. Elección del tema																	
….1.1. Identificar un tema																	
… 1.2. Llevar a cabo una búsqueda documental sobre el tema escogido																	
....1.3. Establecer objetivos y plantear hipótesis de trabajo																	
2. Planificación del trabajo																	
….2.1. Identificar los elementos fundamentales del TFG																	Si identificas los elementos fundamentales un poco antes, podrás temporalizar mejor las fases del TFG. **Avanzado 1 sem.**
....2.2. Organizar elementos fundamentales del trabajo																	
....2.3. Temporalizar las diferentes fases del trabajo																	
3. Desarrollo del trabajo																	
….3.1. Seleccionar las fuentes fundamentales para la construcción																	La selección de fuentes y elaboración de marco teórico deberían terminar antes de la interpretación de resultados. Sugiero adelantarlos dos semanas. **Recortado 2 semanas**

del marco teórico de referencia del TFG																	
….3.2. Integrar el conocimiento para construir el marco teórico																	
….3.3. Interpretar los resultados esperados[1]																	
….3.4. Expresarse correctamente con dominio del lenguaje del campo científico en catalán, castellano o en una tercera lengua																	Se puede entender como tarea transversal del TFG. **Considerado como elemento de trabajo**
4. Entrega de la memoria																	

1 Dada la legislación actual de protección de datos personales, en el TFG no se recogerán ni tratarán datos. Tampoco está permitido hacer trabajos de caso único, ni revisiones bibliográficas, ni trabajos similares al prácticum. También hay que remarcar que no se pueden inventar datos.