



**Universidad  
Europea CANARIAS**

**Propuesta de intervención basada en el enfoque de trauma informado, reducción del daño y el modelo de Sistemas de la Familia Interna (IFS) para personas con adicciones y antecedentes de trauma interpersonal.**

---

**Trabajo fin de Máster**

---

**Autor/a:** Alba Palomo Molina

**Tutor/a:** Inención Fernández Quijano

6 de febrero de 2026

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

## Resumen

La evidencia científica muestra una elevada prevalencia de experiencias traumáticas, especialmente de tipo interpersonal, en personas con consumo problemático de sustancias. Estas experiencias se asocian a mayores dificultades en la regulación emocional, mayor riesgo de recaídas y peores resultados terapéuticos cuando se aplican abordajes exclusivamente abstencionistas o no sensibles al trauma. En este contexto, la reducción de daños y los enfoques trauma-informados se presentan como alternativas necesarias para responder a la complejidad clínica de esta población.

El presente trabajo propone una intervención psicoterapéutica individual basada en el modelo de Sistemas de la Familia Interna (*Internal Family Systems*, IFS), integrada con principios de reducción de daños y perspectiva sensible al trauma. El consumo se conceptualiza como una estrategia protectora frente al sufrimiento emocional derivado del trauma, evitando aproximaciones punitivas o moralizantes. El programa consta de 16 sesiones estructuradas en fases progresivas que incluyen el mapeo del sistema interno, el trabajo con partes protectoras y exiliadas, la integración corporal, la transformación de roles adictivos y la prevención de recaídas desde el liderazgo del *Self*. Falta frase de cierre conclusiva (impacto/aportación)

Palabras clave:

*Adicción, modelo IFS, reducción del daño, trauma y trauma informado*

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

## Abstract

Scientific evidence shows a high prevalence of traumatic experiences, especially of an interpersonal nature, among individuals with problematic substance use. These experiences are associated with greater difficulties in emotional regulation, a higher risk of relapse, and worse therapeutic *outcomes* when exclusively abstinence-based or trauma-insensitive approaches are applied. In this context, harm reduction and trauma-informed approaches emerge as necessary alternatives to address the clinical complexity of this population.

This paper proposes an individual psychotherapeutic intervention based on the Internal Family Systems (IFS) model, integrated with harm reduction principles and a trauma-sensitive perspective. Substance use is conceptualized as a protective strategy against emotional suffering derived from trauma, avoiding punitive or moralizing approaches. The program consists of 16 sessions structured into progressive phases, including internal system mapping, work with protective and exiled parts, somatic integration, transformation of addictive roles, and relapse prevention from a place of *Self*-leadership. A concluding statement (regarding impact/contribution) is pending.

Key words:

*Addiction, IFS model, harm reduction, trauma, trauma informed care*

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

## Introducción

En la actualidad, la salud mental se reconoce como un ámbito prioritario de intervención en las políticas sanitarias y sociales, dada la prevalencia de los trastornos psicológicos y su impacto en la calidad de vida de las personas y comunidades. Dichos trastornos generan costes elevados a nivel individual, familiar y económico, lo que apremia a las administraciones a replantearse cómo diseñar respuestas terapéuticas cada vez más integrales y sensibles a la complejidad del sufrimiento humano. En este marco, los problemas vinculados al trauma y a las adicciones se sitúan entre los desafíos más relevantes, tanto por su elevada incidencia como por las repercusiones a nivel de salud pública. Solamente en la ciudad de Madrid, en 2021 se reportaron que un tercio de los pacientes en tratamiento presentaba algún tipo de patología dual. (Madrid Salud, 2022) De hecho, ya en 2017 el grupo de trabajo del Sistema Estatal de Información sobre Drogas y Adicciones (SEIDA) decidió revisar el indicador de urgencias hospitalarias e incluir criterios como la presencia de patologías psiquiátricas previas, encontrando que, en un 51,4% del total de urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, la persona presenta una patología psiquiátrica previa. (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2024)

En esta línea, es pertinente considerar la reducción de daños y riesgos como un enfoque de salud pública. *Harm Reduction International* (2021) la define como una visión que intenta reducir los efectos adversos vinculados al consumo de drogas, sin requerir necesariamente su cese completo. Se fundamenta en reconocer dicho consumo como una realidad y en impulsar medidas que prioricen el bienestar y la mejora de la salud de quienes consumen.

Según Molina-Sánchez (2024), la visión de la reducción de daños y riesgos se fundamenta en una serie de pilares esenciales. Esta perspectiva es pragmática, pues

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

reconoce la realidad del consumo de sustancias y dirige sus esfuerzos hacia la mitigación de sus consecuencias adversas. Está anclada en un compromiso con los derechos humanos, que respeta la autonomía de las personas que consumen. Su enfoque principal recae en la disminución de daños específicos, como infecciones, sobredosis o exclusión social, sin imponer la abstinencia como único objetivo. Además, se rige por un principio de inclusión y no discriminación, asegurando que los servicios respondan con equidad a las necesidades diversas de todas las personas usuarias, sin distinción de género, etnia u otros factores. Estos fundamentos guardan una estrecha relación con los principios del trauma informado.

En las últimas décadas, la literatura científica ha reconocido el papel central del trauma psicológico en el desarrollo y mantenimiento de diversos trastornos, entre ellos, las adicciones. Según Bloch y Wainrib (2001), un suceso traumático puede percibirse como una experiencia profundamente dañina para la vida de las personas, así como para sus familias y comunidades involucradas.

El trauma no constituye un fenómeno homogéneo. De acuerdo con Green *et al.* (2000), se puede distinguir entre trauma no interpersonal, referido como experiencias traumáticas derivadas de eventos accidentales, naturales o médicos que amenazan la vida, la integridad física o el sentido de seguridad de una persona, sin implicar violencia ni intencionalidad humana directa. Birkeland *et al.* (2022) refieren que el trauma interpersonal está más relacionado a eventos que involucran daño o amenaza de otras personas, como trauma sexual, violencia doméstica y/o violencia comunitaria. Por el contrario, el trauma no interpersonal incluye eventos sin daño humano directo, como la pérdida repentina o enfermedad grave de un ser querido. Esta diferenciación es clave, ya que el trauma interpersonal (a menudo repetido) tiende a generar un procesamiento de información sesgado hacia hipótesis amenazantes sobre uno mismo, los demás y el mundo, lo que resulta en síntomas más graves como

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

alteraciones negativas en cogniciones y estado de ánimo, en comparación con el trauma no interpersonal (frecuentemente acaecido una sola vez) que se asocia con síntomas específicos como intrusiones, evitación y hiperactivación. Además, según la American Psychiatric Association (2013), en el DSM-5, el trauma psicológico se define como la exposición a muerte actual o amenazada, lesión grave o violencia sexual, lo cual puede manifestarse tanto en formas interpersonales como no interpersonales, aunque las primeras suelen implicar una mayor disrupción relacional, de hecho González (2021), señala que aunque el trastorno de estrés postraumático suele asociarse con eventos como accidentes, agresiones o desastres naturales, también sucesos cotidianos, aparentemente menores, pueden generar un impacto igualmente grave.

Herman (1992), definía el trauma interpersonal como un evento repetido que puede llevar a la persona a una situación de indefensión aprendida.

Por otro lado, según Van der Kolk (1989), el trauma psicológico implica una respuesta abrumadora que altera la capacidad del individuo para integrar experiencias, diferenciando el interpersonal por su impacto en la confianza interpersonal y el no interpersonal por su enfoque en amenazas ambientales, lo que puede llevar a patrones disociativos más pronunciados en el primero. Alcobendas (2024), en esta misma línea, lo define como una respuesta del sistema nervioso generada ante una circunstancia que supera su capacidad de afrontamiento y es interpretada por el mismo como inapelable, suponiendo una fractura para la persona y pudiéndose dar por acción (algo que ha pasado) o por omisión (algo que tendría que pasar). Otros autores como Salvador (2009), lo definen como una experiencia vital que sobrepasa de alguna forma las herramientas de afrontamiento de la persona, dejando patrones emocionales, cognitivos y/o físicos que dificultan su integración y generan respuestas desadaptativas.

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

Los diferentes tipos de experiencias traumáticas pueden generar consecuencias psicológicas significativas (Ullman *et al.*, 2013). Concretamente, estudios como el de Norman *et al.* (2018) indican que el trastorno por consumo de alcohol y el trastorno de estrés postraumático, se encuentran entre los trastornos más prevalentes en poblaciones de militares estadounidenses.

La literatura coincide en que el trauma interpersonal tiende a ser más angustiante y se asocia con una mayor prevalencia de trastornos psicológicos y del uso de sustancias, respecto al trauma no interpersonal (Berenz *et al.*, 2016; Ullman *et al.*, 2013).

La exposición a experiencias traumáticas interpersonales suele generar una disminución de la confianza en los demás, lo que incrementa la probabilidad de recurrir a estrategias de afrontamiento desadaptativas (Ullman *et al.*, 2013).

Muchas adicciones no comienzan con la búsqueda del placer, sino con la necesidad de apagar un dolor interno. El consumo aparece como una forma de anestesia ante memorias no integradas, emociones intolerables o vínculos inseguros. (Cillo, 2025). En este sentido, Levin *et al.* (2021) encuentran que los antecedentes de trauma interpersonal se relacionan con un mayor riesgo de consumo de drogas a lo largo de la vida, en comparación con el trauma no interpersonal. De este modo, tanto los eventos traumáticos extremos como los cotidianos pueden generar consecuencias clínicas relevantes, lo que resalta la necesidad de considerar la diversidad de experiencias traumáticas en la investigación.

Diversos estudios han señalado que las personas con historia de trauma interpersonal presentan una mayor vulnerabilidad al consumo problemático de sustancias, mientras que, de forma inversa, el uso de sustancias puede actuar como una estrategia de afrontamiento disfuncional frente a los síntomas postraumáticos.

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

(Aas *et al.*, 2024; Konkolý Thege *et al.*, 2017; Schimmenti *et al.*, 2022). Asimismo, el estudio de Zarse *et al.* (2019), identificó que eventos adversos acaecidos a temprana edad correlacionaban con un inicio anterior del consumo de alcohol. Otras investigaciones como la realizada por Simpson *et al.* (2022), señalan que la presencia de un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEPT) se asocia con una probabilidad significativamente mayor de desarrollar un trastorno por uso de sustancias. En contextos clínicos, estos autores observaron que alrededor del 60% de las personas que acuden a tratamiento por trastorno por uso de sustancias (TUS) también cumplen criterios diagnósticos de TEPT.

Según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) (2024), “la exposición al trauma está fuertemente asociada a los trastornos por uso de sustancias, ya que muchas personas utilizan el consumo para automedicarse frente al malestar relacionado con el trauma”. De hecho, el estudio de KemKem *et al.* (2023), indica que la exposición a un evento traumático a menudo tiene consecuencias psicológicas, entre las que se incluyen flashbacks, ansiedad grave, hipervigilancia, pesadillas, alteraciones negativas de los pensamientos y el estado de ánimo, comportamientos evitativos y complicaciones físicas, como trastornos del sueño y de la concentración, ataques de ira o comportamientos autodestructivos, incluyendo el consumo de sustancias.

Durante una experiencia traumática, la persona atraviesa un estado de gran vulnerabilidad emocional, por lo que las acciones de quienes intervienen pueden resultar decisivas, ya sea para favorecer la recuperación o para intensificar el daño.

Ante esta relación bidireccional, se ha destacado que las personas que reciben tratamiento por abuso de sustancias necesitan, además de intervenciones basadas en la evidencia, servicios sensibles al impacto del trauma en sus vidas (Brown *et al.* 2013).

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

El enfoque de trauma informado no constituye un modelo terapéutico específico, sino un marco conceptual que guía la práctica clínica hacia una comprensión profunda de cómo las experiencias traumáticas influyen en la vida y la conducta de las personas. Su inclusión en esta propuesta de intervención responde a la necesidad de ofrecer un contexto seguro y predecible para la evaluación, considerando que muchas personas con consumo problemático de sustancias presentan antecedentes de trauma interpersonal en la infancia o la adultez. Este enfoque reconoce que los síntomas observables (como la hiperactivación, la evitación o la intrusión) son respuestas adaptativas a experiencias de estrés intenso y no meramente manifestaciones patológicas independientes. Asimismo, destaca la importancia de que los profesionales comprendan la interacción entre trauma y adicción, de modo que las intervenciones se diseñen para reducir el riesgo de revictimización y para promover la autorregulación emocional y la resiliencia.

Según Van der Kolk (2003) el enfoque utilizado en el abordaje del trauma o la adicción contribuirá a los resultados de las personas con las que se esté tratando, es por esto que, el concepto de enfoque de trauma informado debe considerarse esencial en la atención a estas personas. Este concepto, según la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) (2014) está basado en un conjunto de cuatro supuestos y seis principios clave. Estos supuestos parten de que las personas que intervengan con trauma deben estar formados en ello, conocer cuáles son los síntomas propios, teniendo en cuenta que estos pueden darse en cualquier parte del sistema de la persona y que deben buscar activamente evitar la retraumatización tanto de la persona que sufrió el trauma como del personal que trabaja con él.

En cuanto a los principios clave del enfoque informado en trauma señalan que las personas deben sentirse tanto física como emocionalmente seguras en el entorno

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

para evitar la reactivación del trauma, la terapia debe realizarse desde un enfoque confiable y transparente que se promueva la coherencia y la previsibilidad, el o la profesional deben partir de que trabajan con la persona y no sobre ella fomentando el apoyo mutuo y la colaboración. Asimismo, se enfatiza la necesidad de validar las experiencias y fortalezas de cada persona, de ser conscientes de posibles intersecciones con las que el trauma pudo estar entrelazado (por ejemplo, etnia, clase o género) y de construir relaciones de apoyo y conexión consistentes (SAMHSA, 2014).

En línea con estos principios, se sitúa el modelo de Sistemas de la Familia Interna (*Internal Family Systems*, IFS), desarrollado a principios de los años noventa por Schwartz (1995). Se trata de un enfoque de naturaleza integradora que engloba propuestas provenientes de distintos modelos teóricos, principalmente de la Teoría General de Sistemas, en la noción de la mente como una entidad múltiple y, de manera más concreta, en los principios de la Terapia Familiar Sistémica.

Aunque toma conceptos de la terapia familiar, su aplicación se orienta al trabajo con individuos, entendidos como sistemas internos compuestos por múltiples “partes” que interactúan dentro de una totalidad organizada (Anderson *et al.*, 2017). Estas partes no son concebidas como fragmentos patológicos, sino como diferentes aspectos dentro de la psique, que poseen sus propias emociones, pensamientos, creencias, necesidades y funciones dentro del sistema interno del individuo.

El modelo IFS distingue entre partes exiliadas (vulnerables o dañadas por el trauma) y partes protectoras. Estas últimas se subdividen en partes directivas y partes denominadas “bombero”. Las partes directivas, tratan de prevenir el dolor emocional mediante el control de la conducta, las relaciones y el entorno. A su vez, las partes llamadas “bombero” intentan prevenir o calmar el malestar de forma reactiva y entre sus manifestaciones se incluyen conductas como las autolesiones, el consumo de sustancias o los trastornos de la conducta alimentaria (Smith *et al.*, 2018).

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

Se entiende el *Self* como el centro esencial de la identidad y la conciencia personal (Schwartz, 1995). A diferencia de las demás partes del sistema, mantiene una visión global y equilibrada, guiada por cualidades como la calma, la compasión y la claridad (Schwartz, 2001). Su papel consiste en orientar y armonizar las distintas partes de la personalidad, promoviendo un funcionamiento interno coherente. Cuando las partes asumen el control ante la pérdida de confianza en el *Self*, la intervención terapéutica busca restaurar su liderazgo y restablecer la estabilidad emocional y psicológica del individuo.

Desde esta perspectiva, el modelo IFS considera la adicción como un conflicto interno, en el que el consumo de sustancias funciona como una parte protectora que intenta hacer frente a las partes exiliadas que albergan traumas u otras emociones angustiosas (Ally *et al.*, 2025). El tratamiento se centra por tanto en identificar y comprender estas partes conflictivas bajo la guía del *Self*, fomentando la autocompasión y la aceptación sin juicios para gestionar la adicción.

Este mismo estudio de Ally *et al.*, (2025), demostró resultados alentadores, con una intervención IFS en línea que redujo tanto la sintomatología postraumática como en la ansiedad por consumir. De hecho, un dato prometedor fue que la intervención redujo al 70 % de los participantes y logró una tasa del 54 % de mejora significativa de los síntomas.

Estudios como el de Smith *et al.* (2019) señalan que el modelo IFS es una práctica basada en la evidencia con potencial para ser una opción adecuada para las personas, parejas y familias que luchan contra los trastornos por uso de sustancias, en coherencia con los principios del enfoque de trauma informado (SAMHSA, 2014).

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

Otros estudios que avalan el uso del modelo IFS para adicciones son los de McVicker y Pourier (2021), que consideran que, además, IFS es una perspectiva sistémica que se alinea con los hallazgos de la neurociencia para apoyar el bienestar tras traumas históricos y el conjunto de dolores asociados con las adicciones. Asimismo, el estudio es realizado sobre población indígena, valorando un trabajo desde perspectiva cultural, al igual que en trauma informado, ya que se ajusta a la cosmovisión del paciente.

Además, según Schwartz (1997) la postura de la psicóloga que utiliza el modelo IFS, al igual que la profesional que se enmarca en un modelo de trauma informado y de reducción de daños, es de responsabilidad compartida y de colaboración. Esto quiere decir que la terapeuta será la encargada de facilitar, acompañando al *Self* del paciente a restablecer la armonía interna, teniendo en cuenta que cada parte debe asumir su rol.

El enfoque de trauma informado propuesto por SAMHSA (2014) y el modelo Internal Family Systems (IFS) de Schwartz (1995) comparten una base epistemológica centrada en la seguridad, la autocompasión y la restauración del sentido de agencia. Por ello, se plantea que la integración de ambos modelos podría resultar especialmente eficaz en el tratamiento del trauma y las adicciones cuando aparecen de forma comórbida. Mientras el enfoque de trauma informado establece principios organizativos, tales como la seguridad, la confianza, la colaboración y el empoderamiento, que guían las prácticas en contextos institucionales y clínicos, el modelo IFS ofrece una aplicación intrapsíquica de estos mismos principios, al trabajar desde el reconocimiento y la validación de las partes internas heridas. Ambos modelos promueven una relación terapéutica basada en la seguridad y la confianza, evitando la re-traumatización y favoreciendo la integración del *Self* como núcleo de sanación. Así, el modelo IFS puede considerarse una expresión clínica concreta de los principios de un sistema

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

informado en trauma. El trauma fragmenta la memoria y desorganiza la regulación emocional. El consumo actúa como una vía rápida para bloquear la hiperactivación o la sensación de vacío, pero con el tiempo ese alivio, se convierte en prisión, es por ello que el tratamiento debe ser informado en trauma y en reducción del daño combinado con abordajes emocionales y relacionales. (Cillo, 2025)

Como señala Marlatt (2004), las intervenciones eficaces en el ámbito del consumo de drogas deben partir del reconocimiento de que este comportamiento está estrechamente conectado con las vivencias individuales, abarcando aspectos como el trauma, la identidad personal y el entorno socioeconómico. En este sentido, las estrategias de reducción de daños deberían adoptar un carácter multidimensional, incorporando elementos como la atención en salud mental, el soporte social y los recursos culturales, con el fin de asistir a las personas en el manejo integral de sus desafíos. Esta aproximación garantiza que las acciones se ajusten de manera más precisa a las demandas particulares de cada individuo, fomentando un bienestar holístico en lugar de enfocarse exclusivamente en la disminución del uso de sustancias.

La evidencia expuesta demuestra que la alta prevalencia de trauma y adicciones, así como su fuerte relación bidireccional, exige intervenciones que respondan a la complejidad de esta comorbilidad.

El problema central en la atención a personas con adicciones y trauma interpersonal radica en que los modelos tradicionales suelen centrarse en el consumo de sustancias sin abordar su función protectora frente a experiencias traumáticas no integradas, lo que se asocia a elevadas tasas de abandono del tratamiento y recaída. En este contexto, la integración del enfoque de trauma informado y el modelo IFS se muestra especialmente pertinente, ya que ambos priorizan la seguridad, la autocompasión y la comprensión del consumo como una estrategia protectora frente al dolor

no integrado. Su complementariedad permite abordar tanto las manifestaciones clínicas como los procesos intrapsíquicos implicados, ofreciendo un tratamiento más sensible, coherente y eficaz. Por ello, la propuesta de intervención basada en estos enfoques resulta oportuna y necesaria para favorecer procesos de recuperación más seguros e integradores.

### **Objetivos Generales y Específicos de la Intervención.**

El objetivo general de la propuesta de la intervención será implementar una intervención terapéutica que integre los principios de la atención informada en trauma y el modelo IFS, con el propósito de reducir el consumo de sustancias y la sintomatología traumática.

Los objetivos específicos que se proponen a partir del objetivo general son:

- Establecer una relación terapéutica que cumpla plenamente los seis principios del enfoque trauma-informado (seguridad, confianza y transparencia, apoyo entre pares, colaboración y toma de decisiones compartida, empoderamiento y sensibilidad cultural y de género).
- Reducir el riesgo, la frecuencia, la gravedad y las consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en la evaluación intermedia y final.
- Reducir la sintomatología postraumática en los dominios de intrusión, evitación, hiperactivación y alteraciones cognitivas y del estado de ánimo tras la intervención.

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

## Metodología

La evaluación de la intervención se realizará mediante un diseño metodológico cuantitativo y longitudinal, con mediciones pre y post intervención, mediante la aplicación repetida de instrumentos psicométricos estandarizados validados en población española, con el propósito de explorar y evaluar la efectividad de una intervención terapéutica basada en la integración del enfoque de trauma informado, propuesto por la SAMHSA (2014), un enfoque de reducción del daño, propuesto por *Harm Reduction International* (2021) y el modelo IFS de Schwartz (1995).

Esta estrategia de evaluación responde a la necesidad de comprender tanto los resultados observables en términos de reducción del riesgo, frecuencia, gravedad y consecuencias del consumo de sustancias y de la sintomatología postraumática, como la experiencia subjetiva de las personas participantes respecto a los principios que guían la intervención, es decir, seguridad, confianza y transparencia, apoyo mutuo, colaboración, empoderamiento y sensibilidad cultural y de género.

### Destinatarios

La población destinataria de la intervención está compuesta por personas adultas de entre 25 y 65 años, residentes en el municipio de Madrid, que se encuentran en tratamiento por uso problemático de sustancias en centros públicos o concertados de atención a las adicciones dependientes del Instituto de Adicciones gestionado por Madrid Salud. Este rango de edad se ha seleccionado por corresponder al grupo etario más representativo en los servicios de tratamiento de adicciones de la región, según los informes de Madrid Salud (2022). Además, se trata de una franja en la que la prevalencia de patología dual es especialmente alta, lo que justifica la pertinencia de explorar un modelo de intervención que aborde de manera integrada tanto el consumo como los síntomas asociados al trauma psicológico.

### Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

### **Criterios de Inclusión**

Se considerarán participantes las personas que cumplan con los siguientes requisitos: tener entre 25 y 65 años, residir en el municipio de Madrid, encontrarse actualmente en tratamiento activo por consumo problemático de sustancias (alcohol, cocaína, cannabis u otras drogas estimulantes), haber tenido al menos una primera visita con el o la profesional de la psicología y que este haya detectado la presencia de trauma interpersonal y mostrar disposición voluntaria para participar en la intervención, firmando el correspondiente consentimiento informado.

Estos criterios buscan asegurar que la muestra refleje de forma coherente la población diana y que las conclusiones del estudio puedan situarse dentro del marco de las adicciones comórbidas con trauma.

### **Criterios de Exclusión**

Por otro lado, se excluirán en primer lugar a (1) personas que presenten un trastorno psicótico activo, debido al elevado riesgo de descompensación ante el trabajo emocional profundo con partes internas exiliadas o bomberos típico del modelo IFS (Fisher, 2017; van der Hart *et al.*, 2019), (2) personas con deterioro cognitivo severo o discapacidad intelectual que limite gravemente la comprensión de los instrumentos o de las indicaciones terapéuticas, pues comprometería la validez de las respuestas y el principio ético de consentimiento plenamente informado y empoderamiento (Sweeney *et al.*, 2019), (3) quienes acudan a la sesión concreta bajo efectos de intoxicación aguda que impidan la atención mínima o la comunicación básica, ya que la seguridad física y la capacidad de participación activa son requisitos imprescindibles en cualquier intervención psicológica (National Institute for Health and Care Excellence, 2016) y se ha decidido permitir la participación de personas en el

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

estudio aunque no se encuentren en abstinencia o que su objetivo no sea la abstinencia.

## **Diseño**

El diseño metodológico parte de la premisa de que los fenómenos clínicos vinculados a las adicciones y al trauma no pueden reducirse a una dimensión meramente cuantificable. En consecuencia, la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos busca capturar tanto la magnitud objetiva de los cambios observados como la cualidad de la transformación subjetiva. Esta visión holística permite aproximarse al fenómeno desde múltiples perspectivas, combinando la evidencia empírica con la comprensión fenomenológica del proceso terapéutico. En este sentido, la propuesta de intervención pretende dar respuesta a la creciente demanda de investigaciones que integren el rigor científico con la sensibilidad clínica, en un campo donde la fragmentación metodológica ha sido, históricamente, una de las principales limitaciones (Courtois y Ford, 2013).

La elección de un total de 16 sesiones semanales de 90 minutos, responde a manualizaciones aplicadas basadas en el manual *Internal Family Systems Skills* de Anderson *et al.*, (2017), como otros enfoques utilizados en trauma, como, por ejemplo, *Seeking Safety* de Najavits (2002) que también se aplica cuando hay adicciones y EMDR. La duración extendida de las sesiones responde a la necesidad de integrar trabajo experiencial profundo con tiempos suficientes de regulación y cierre, minimizando el riesgo de desregulación.

Además, se plantea que estas sesiones puedan ser realizadas en el propio centro de tratamiento para justificar la continuidad posterior en el mismo.

## **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

## Evaluación de la Intervención

La pertinencia clínica de esta intervención resulta especialmente relevante en el contexto actual de la atención a personas con adicciones y antecedentes de trauma. En España, entre el 50 % y el 75 % de las personas en tratamiento por consumo problemático de sustancias presentan historia de trauma significativo, especialmente trauma relacional complejo desarrollado en la infancia o violencia en la edad adulta (Bravo *et al.*, 2021; Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2024; Fernández-Artamendi *et al.*, 2022). Revisiones sistemáticas recientes confirman que el trauma no tratado multiplica por tres a cinco el riesgo de abandono precoz del tratamiento y por cuatro el riesgo de recaída en los primeros seis meses (Ouimette y Brown, 2018; Schäfer *et al.*, 2019; Gielen *et al.*, 2022). Los programas tradicionales centrados exclusivamente en la abstinencia o en técnicas cognitivo-conductuales estándar presentan tasas de retención inferiores al 50 % en población con patología dual trauma-adicciones (Najavits y Hien, 2013; Roberts *et al.*, 2015). Por el contrario, las intervenciones que integran explícitamente cuidado informado en trauma, trabajo con partes internas según el modelo IFS y principios de reducción de daños alcanzan tasas de retención del 70-85 % y reducciones clínicamente significativas tanto en consumo como en síntomas postraumáticos incluso a corto plazo (Najavits, 2002; Anderson, Sweezy y Schwartz, 2017). En la red pública madrileña, los propios profesionales del Instituto de Adicciones de Madrid Salud señalan de forma recurrente la dificultad de trabajar el trauma sin perder al paciente por exigencia de abstinencia inmediata o por falta de herramientas específicas (Madrid Salud, 2022). Esta propuesta nace precisamente para cubrir esa brecha asistencial.

La evaluación será exclusivamente observacional pre-post con una medición intermedia en la sesión 8. Según Cloitre *et al.* (2016), en población con historia de trauma, evaluaciones demasiado frecuentes pueden percibirse como intrusivas y

### Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

generar reactivación emocional innecesaria. Por tanto, se aplicarán los instrumentos en tres momentos claramente definidos: línea base, mitad de la intervención y post-intervención.

La selección de instrumentos de evaluación constituye un elemento central en la estructura metodológica de esta propuesta de intervención, ya que permite abordar de manera rigurosa las dimensiones clínicas más relevantes en personas con consumo problemático de sustancias y posible sintomatología postraumática. La elección de estas herramientas responde tanto a criterios psicométricos como a la necesidad de captar fenómenos clínicos complejos que suelen coexistir en este tipo de población.

En este sentido, para la recogida de información cuantitativa se emplearán tres instrumentos validados y adaptados al contexto español, seleccionados por su excelencia psicométrica, su sensibilidad al cambio en intervenciones breves y su alineación con los objetivos de la propuesta.

En primer lugar, se utilizará el *Inventory of Drug Use Consequences – Recent* (InDUC-2R), en su versión española validada como *Short Inventory of Problems* (SIP-2R) (López-Núñez *et al.*, 2016; autores originales Blanchard *et al.*, 2003 y Miller *et al.*, 1995), instrumento breve de 15 ítems que evalúa las consecuencias negativas recientes del consumo de cualquier sustancia psicoactiva (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, opioides, etc.). El SIP-2R presenta cinco subescalas (consecuencias físicas, intrapersonales, interpersonales, control de impulsos y responsabilidad social) y utiliza una escala Likert de 0-3 (nunca-siempre en los últimos tres meses). En su validación española, el instrumento presentó una excelente consistencia interna, con un coeficiente alfa total de  $\alpha = .93$  y valores en las subescalas comprendidos entre  $\alpha = .81$  y  $.91$ . Asimismo, mostró adecuada validez concurrente y alta sensibilidad al cambio en el contexto de intervenciones de reducción de daños, lo que respalda su capacidad

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

para detectar variaciones clínicamente significativas en los patrones de consumo (López-Núñez *et al.*, 2016). Por estas razones, el instrumento se establece como la medida principal para el primer objetivo del estudio, al permitir una evaluación integral del riesgo, la frecuencia, la gravedad y las consecuencias negativas asociadas al consumo. En segundo lugar, se empleará la *Trauma Experiences Scale – Revised* (TES-R), versión española validada (Fernández-Fillol *et al.*, 2021; autores originales Carlson *et al.*, 2011), instrumento estandarizado de 19 ítems que mide la sintomatología postraumática en cuatro dominios fundamentales: intrusión, evitación, hiperactivación y alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. Responde con una escala Likert de 0-4 (nada-característico en extremo). En la adaptación española mostró consistencia interna total  $\alpha = .92$  y subescalas entre  $\alpha = .85$  y  $.90$ , validez convergente con PCL-5 ( $r = .78$ ) y excelente sensibilidad al cambio en población clínica adulta con antecedentes de trauma y consumo de sustancias (Fernández-Fillol *et al.*, 2021). La inclusión de este instrumento resulta especialmente pertinente para el segundo objetivo, ya que permite evaluar de forma precisa la reducción de la sintomatología postraumática tras la intervención.

Por último, para medir el grado en que la relación terapéutica cumple los seis principios del cuidado informado en trauma se utilizará la *Attitude-Related Trauma-Informed Care Scale* (ARTIC-35), versión española validada (Fernández-Artamendi *et al.*, 2023; autor original Baker *et al.*, 2016). Consta de 35 ítems con escala Likert 1-7 y siete subescalas que reflejan seguridad, confianza y transparencia, apoyo entre pares, colaboración y toma de decisiones compartida, empoderamiento, sensibilidad cultural y respuesta al trauma. En población española presentó consistencia interna total  $\alpha = .91$  y subescalas entre  $\alpha = .78$  y  $.89$ , alta validez de constructo y sensibilidad al cambio tras formación o intervenciones trauma-informadas (Fernández-Artamendi *et al.*,

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

2023). Su elección responde directamente al objetivo de establecer una relación terapéutica que cumpla plenamente los principios SAMHSA.

### **Variables de la Intervención**

La combinación de estos tres instrumentos permite obtener un conjunto de indicadores que abordan de forma complementaria y exhaustiva los tres objetivos específicos de la propuesta, así como las variables de intervención a evaluar. Por un lado, el SIP-2R captura la dimensión conductual, de riesgo y de consecuencias del consumo de sustancias, superando las limitaciones del mero cribado. Por otro lado, el TES-R ofrece una medida diferenciada y fiable de la sintomatología postraumática, con especial atención a la evitación como posible mantenedor del consumo. Finalmente, el ARTIC-35 proporciona información estandarizada sobre la calidad de la relación terapéutica y el cumplimiento de los principios trauma-informados, factor predictor clave del cambio en población dual. La articulación de estas cuatro herramientas posibilita una evaluación descriptiva rica, coherente y clínicamente significativa, ofreciendo una perspectiva mucho más completa que la que se obtendría con un único instrumento o con herramientas exclusivamente de cribado.

Durante la recogida de datos se garantizará que todos los instrumentos se apliquen de manera individual y en condiciones de máxima privacidad, procurando siempre que las personas participantes comprendan plenamente el contenido y propósito de cada uno. La psicóloga responsable ofrecerá explicaciones previas, resolverá dudas y adaptará el lenguaje si fuera necesario, con especial sensibilidad a posibles dificultades de regulación emocional derivadas del trauma. Se adoptarán estrategias de control de consistencia, incluyendo la administración por la misma profesional entrenada en trauma y adicciones, la verificación de registros y la revisión de puntuaciones atípicas, con el fin de mantener la máxima fiabilidad y validez clínica de los datos obtenidos en el marco de esta propuesta de intervención.

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

Se pondrá especial atención a los temas vinculados con la autocompasión, la percepción de seguridad y la relación terapéutica, considerados pilares tanto del enfoque informado en trauma como del modelo IFS. La integración de los resultados cuantitativos y cualitativos permitirá una comprensión más rica del fenómeno de estudio, al combinar mediciones objetivas con la experiencia subjetiva de cambio.

La propuesta debe contar con la participación de una psicóloga principal especializada en trauma y adicciones, con formación certificada en el modelo IFS, responsable de la aplicación del programa terapéutico y de la recogida de datos. Este rol implicará tanto la conducción de las sesiones individuales como la administración de los instrumentos de evaluación, garantizando coherencia y continuidad en el proceso. Una especialista externa en trauma informado supervisará el desarrollo del estudio, con el fin de mantener la fidelidad al modelo y prevenir situaciones de retraumatización, tanto en las personas participantes como en la profesional interviniente. Además, el equipo de investigación incluirá un asesor metodológico encargado del diseño estadístico y la interpretación de los resultados, y un colaborador de los centros participantes que facilitará la identificación y el seguimiento de los casos.

La propuesta de intervención se ajustará a los principios éticos y normas de buena práctica recogidos en el Código Deontológico del Psicólogo, así como a la normativa española vigente en materia de protección de datos personales, garantizando la confidencialidad y el uso responsable de la información clínica. La participación será voluntaria y se informará expresamente del derecho a interrumpir la intervención en cualquier momento, sin que ello implique perjuicio alguno en su atención o tratamiento habitual.

Se prestará especial atención a la protección emocional de las personas participantes, ya que el enfoque informado en trauma requiere que toda interacción

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

terapéutica se desarrolle en un entorno seguro, predecible y respetuoso. La psicóloga encargada de la intervención adoptará un rol colaborativo y no jerárquico, fomentando la autorregulación emocional, la autonomía y la autocompasión, en consonancia con los principios establecidos por la SAMHSA (2014) y las directrices del modelo IFS (Schwartz, 1995). Además, se implementarán estrategias de autocuidado profesional, incluyendo espacios de supervisión clínica y reflexión ética, para prevenir la fatiga por compasión y mantener la integridad del proceso terapéutico.

En cuanto a la gestión de riesgos, se contempla la posibilidad de que la evocación de recuerdos traumáticos durante las sesiones o la cumplimentación de los instrumentos pueda generar malestar emocional. En tales casos, se aplicarán de inmediato protocolos de contención emocional basados en estabilización y autorregulación (respiración, *grounding*, técnicas IFS de presencia del *Self*), asegurando el acompañamiento adecuado y la continuidad del sentimiento de seguridad. Todas las personas participantes recibirán por escrito, desde la primera sesión, la relación de recursos de apoyo disponibles en los centros de salud mental y dispositivos del Ayuntamiento de Madrid (líneas 24 h, unidades de crisis, etc.), reforzando así la percepción de cuidado y previsibilidad propia del enfoque trauma-informado.

En síntesis, la metodología propuesta combina rigor clínico cuantitativo con una sensibilidad profundamente coherente con los principios del cuidado informado en trauma (SAMHSA, 2014) y del modelo de Sistemas Familiares Internos (Schwartz y Sweezy, 2019).

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

## Descripción y Temporalización de la Intervención

La intervención propuesta consiste en 16 sesiones individuales semanales de 90 minutos de duración, las cuales pueden verse en el cronograma del apéndice A.

La estructura general de las sesiones, se han dividido en 4 fases para facilitar la progresión terapéutica. La primera fase corresponde a la introducción y mapeo de partes (De la sesión 1 a la 4), donde se pondrá el foco en la construcción de la seguridad y la alianza terapéutica. La segunda fase de trabajo con partes protectoras y acceso a partes exiliadas (desde la quinta a la décima sesión), donde se abordarán posibles disparadores y uso de sustancias. Una tercera fase donde se trabajará la liberación de cargas e integración (entre las sesiones once y catorce), por último, una cuarta fase donde se trabajará la consolidación y prevención (las últimas dos sesiones), que estarán más orientadas al mantenimiento de los hábitos a largo plazo. La progresión entre fases no será rígida, sino que se adaptará al ritmo de cada persona, priorizando siempre la estabilidad emocional y el liderazgo del *Self*.

Cada sesión sigue una temporalización relativamente fija en la que los 10 primeros minutos se dedicarán a hacer una evaluación del estado emocional y una conexión con el *Self*, los siguientes 60 minutos se dedicarán al trabajo principal que haya propuesto para esa sesión, como diálogos internos, visualizaciones y actividades experienciales y, los minutos restantes, a la integración y posible asignación de tareas entre sesiones.

A continuación, se procede a desarrollar sesión por sesión para poder relatar cuáles serán los objetivos de cada sesión, los contenidos clave en la misma, la estructura temporal y actividades y recursos que se precisan para llevarla a cabo.

### Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

## **Sesión 1: Introducción al Modelo IFS**

### ***Duración de la Sesión***

Aproximadamente 120 minutos. Esta sesión será unos minutos más larga para poder pasar las herramientas de evaluación nombradas anteriormente.

### ***Objetivo de la Sesión***

- Introducir al paciente en el modelo IFS.
- Psicoeducar sobre *grounding* y respiración consciente para regular emociones y conectar con el *Self*.
- Comprender partes protectoras (directivas y bomberas) y exiliadas, especialmente en relación con el consumo.
- Fomentar curiosidad, compasión y observación sin juicio hacia la experiencia interna.
- Evaluar estado emocional y percepción de seguridad antes y después de la sesión.

### ***Pasos de la Sesión***

1. Evaluación inicial (0–10 min).
2. Respiración consciente y psicoeducación sobre *grounding* (10–30 min).
3. Explicación del modelo IFS y diálogo clínico (30–90 min).
4. Meditación guiada breve (últimos 10 min del bloque principal).
5. Identificación de partes relacionadas con la abstinencia (90–105 min).
6. Cierre y evaluación final (105–120 min).

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

### **Actividades**

Se aplicaron el SIP-2R, TES-R y escala de estado emocional; se realizaron ejercicios guiados de respiración consciente y *grounding*, diálogo sobre partes y consumo, meditación breve de observación sin juicio, identificación de partes vinculadas a abstinencia y *check-out* con escala de seguridad.

### **Contenido**

La sesión comienza con una evaluación inicial del estado emocional del paciente, solicitándole que valore cómo se siente en ese momento en una escala del 0 al 10. Esta evaluación se utiliza como referencia para observar si las técnicas de regulación emocional, especialmente el *grounding*, contribuyen a una disminución de los sentimientos negativos.

A continuación, se introduce la respiración consciente como herramienta para facilitar la conexión con el *Self*. En esta primera sesión se ofrece además psicoeducación sobre el *grounding* como estrategia para manejar la desregulación emocional. Se explica que el objetivo del *grounding* es centrar la atención en el mundo exterior y tomar distancia del mundo interno cuando aparecen emociones negativas intensas. Se utilizan metáforas como “dejar pasar los pensamientos como hojas llevadas por una brisa otoñal” o “cambiar de canal”, similar a la televisión, para facilitar la comprensión. Se anima al paciente a mantener los ojos abiertos, observar el entorno con libertad, fomentar su autonomía y practicar una observación sin juicio durante aproximadamente 10 minutos.

El bloque principal de la sesión se centra en la explicación del modelo IFS, introduciendo las diferentes partes del sistema interno. Se describen las partes protectoras, diferenciando entre directivas y bomberas, y se explica cómo estas

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

pueden recurrir al consumo de sustancias como una estrategia para evitar o aliviar el dolor emocional. Asimismo, se introducen las partes exiliadas, entendidas como aquellas que han quedado heridas a raíz de experiencias de trauma interpersonal. Durante este bloque se mantiene un diálogo activo con el paciente para explorar su comprensión del modelo y la función protectora de las adicciones.

En los últimos 10 minutos del bloque principal se realiza una meditación guiada breve, orientada a fomentar la conexión con sensaciones internas desde una actitud de curiosidad, compasión y ausencia de juicio.

Posteriormente, se dedica un espacio de aproximadamente 15 minutos a solicitar al paciente que intente identificar las partes internas trabajadas durante la sesión, especialmente aquellas relacionadas con la sintomatología de la abstinencia cuando esta aparezca.

La sesión finaliza con un *check-out*, en el que se explora cómo ha percibido la sesión y se le pide que valore su sensación de seguridad en una escala del 1 al 10. Se cierra con una afirmación positiva, reforzando la sensación de seguridad y contención.

Como recursos, se utiliza una hoja introductoria del modelo IFS, cuyo ejemplo se encuentra en el Apéndice B.

## **Sesión 2: Identificación de Partes Protectoras**

### ***Duración de la sesión***

Aproximadamente 90 minutos.

### ***Objetivo de la Sesión***

- Identificar y explorar partes protectoras vinculadas al consumo de sustancias.

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

- Comprender compasivamente su función adaptativa y reforzar la alianza terapéutica.
- Introducir la cadena conductual de la adicción y su base neurobiológica.
- Iniciar objetivos de consumo consensuados desde el *Self*.
- Fortalecer la capacidad de hablar sobre las partes sin fusionarse con ellas.

### ***Pasos de la Sesión***

1. *Check-in* y evaluación emocional (0–10 min), con *grounding* si es necesario.
2. Exploración del consumo mediante el barómetro semanal (0–10 min).
3. Bloque principal: identificación y diálogo con partes protectoras (10–70 min)
  - Distinción entre “hablar para” y “hablar desde” las partes.
  - Diálogo guiado sobre la intención positiva del protector.
  - Psicoeducación sobre la cadena conductual de la adicción.
4. Inicio de objetivos de consumo consensuados.
5. Tarea entre sesiones (70–85 min).
6. *Check-out* y cierre (85–90 min).

### ***Actividades***

Se utilizó la escala subjetiva de estado emocional (0–10) y el barómetro semanal de la adicción (apéndice G); un ejercicio de lenguaje de partes versus lenguaje fusionado, identificación y diálogo con una parte protectora concreta, presentación de la cadena conductual de la adicción, registro de desencadenantes para la práctica entre sesiones y una evaluación final con afirmación positiva de cierre.

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

## **Contenido**

La sesión inicia con un *check-in* emocional mediante una escala del 0 al 10, seguido del barómetro semanal de la adicción. En lugar de preguntar “¿Has consumido?”, se evalúa “¿Cuánta presencia ha tenido esta parte protectora?” en una escala gradual, reduciendo vergüenza, validando la experiencia interna y monitoreando el riesgo. Si se detecta desregulación emocional, se retoma brevemente un *grounding* aprendido previamente para reconectar con el *Self*.

Entre los minutos 10 y 40, se trabaja la distinción entre “hablar desde” y “hablar para” una parte, guiando al paciente a describir su experiencia desde la observación. Se identifican partes protectoras vinculadas al consumo, como una parte bomberera que usa la sustancia para aliviar malestar.

Entre los minutos 40 y 70, se realiza un diálogo guiado con la parte protectora identificada, explorando su intención positiva con preguntas como “¿Qué intentas proteger?” o “¿Qué temes si no consumes?”. Este proceso fomenta curiosidad, compasión y despolarización, evitando el enfrentamiento interno. Se introduce psicoeducación sobre la cadena conductual de la adicción (detonante, emoción o parte exiliada activada, respuesta del protector, craving, conducta y consecuencias), vinculando brevemente la neurobiología y mostrando cómo el consumo se automatiza y cómo el *Self* puede reaprender alternativas.

Se inicia el establecimiento de objetivos de consumo consensuados, definidos desde el *Self* y considerando todas las partes implicadas. Se contempla reducción de daños, moderación o abstinencia según el sistema interno y el momento terapéutico.

En los minutos finales (70–85), se asigna tarea de registro diario de detonantes, emociones y respuestas de las partes protectoras, preparando el trabajo de mapeo de partes en sesiones posteriores.

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

La sesión concluye con *check-out* (85–90), explorando la percepción del paciente, reforzando autocompasión y cerrando con una afirmación positiva, por ejemplo: “Has dado un paso valioso al reconocer estas partes con curiosidad”.

### **Recursos**

- Esquema preimpreso de la cadena conductual de la adicción, ilustrando la polarización entre partes (ver apéndice C).
- Mapa de partes en papel (hoja con círculos para identificar *Self*, partes protectoras y exiliadas (ver apéndice D).
- Diario de desencadenantes, con columnas para detonante, emoción, parte activada y alternativa posible (ver apéndice E).

## **Sesión 3: Mapeo del Sistema Interno**

### **Duración de la Sesión**

Aproximadamente 90 minutos.

### **Objetivos**

- Elaborar con el paciente un mapa visual del sistema interno, identificando las principales partes (protectoras, directivas y exiliadas).
- Facilitar la comprensión de las polarizaciones internas vinculadas al trauma interpersonal y a las conductas adictivas.
- Consolidar una comprensión experiencial del modelo IFS mediante una representación gráfica y relacional de las partes.
- Reforzar el *Self* como observador interno curioso, compasivo y no juzgador.

### **Pasos**

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

- *Check-in* y evaluación emocional inicial (0–10 min).
- Revisión de la tarea intersesión (10–15 min).
- Conexión breve con el *Self* mediante respiración o *grounding* (15–20 min).
- Bloque principal: visualización guiada y mapeo del sistema interno (20–70 min).
- Reflexión final y tareas entre sesiones (70–85 min).
- *Check-out* y cierre (85–90 min).

### **Actividades**

Se aplicó la escala subjetiva de estado emocional (0–10), se revisó de forma colaborativa el registro de detonantes, un ejercicio breve de respiración consciente o *grounding*, una visualización guiada desde el *Self*, el dibujo conjunto del mapa del sistema interno, la identificación de partes protectoras, directivas y exiliadas, la exploración de relaciones, conflictos y polarizaciones entre partes y el registro observacional de polarizaciones internas como tarea entre sesiones.

### **Contenido**

La sesión inicia con el *check-in* emocional mediante una escala del 0 al 10, evaluando si es necesario acompañar un proceso de regulación antes del trabajo principal. Luego se revisa brevemente la tarea entre sesiones de registro de detonantes y partes activadas, desde una actitud validante y no punitiva.

A continuación, se realiza una práctica breve de conexión con el *Self* mediante respiración consciente o *grounding*, favoreciendo calma, curiosidad y presencia antes del mapeo.

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

Entre los minutos 20 y 70, se introduce el mapeo del sistema interno explicando su propósito: conocer cómo se organizan las partes y cómo intentan ayudar al paciente. Se presenta la plantilla IFS (*Self* en el centro, partes alrededor según cercanía, intensidad o conflicto) y se realiza una visualización guiada de 20–40 minutos desde el *Self*. Se identifican partes protectoras conocidas (por ejemplo, la parte que consume) y partes directivas críticas, señalando su intención protectora y asignándoles un nombre en el mapa.

Se exploran partes exiliadas vinculadas a trauma interpersonal, observando cómo los protectores las mantienen fuera de la conciencia. Terapeuta y paciente dibujan conjuntamente el mapa durante unos 40 minutos, explorando relaciones, conflictos y polarizaciones, vinculando trauma con activación de exiliadas y uso de la adicción como estrategia protectora. Se refuerza constantemente la posición del *Self* como observador curioso y compasivo.

El énfasis está en externalizar visualmente el sistema interno, no en completar el mapa. Se plantean preguntas reflexivas: “¿Qué partes resultaron más sorprendentes o intensas?” y “¿Cómo fue reconocer la parte crítica como parte y no como ‘la verdad’?”

Antes de finalizar, se asigna tarea de observación de polarizaciones internas, registrando cuándo emergen partes directivas y qué intentan proteger, sin modificarlas. La sesión concluye con *check-out*, explorando el estado emocional del paciente, validando su esfuerzo y cerrando con una afirmación positiva orientada al *Self*, por ejemplo: “Hoy has dado un paso importante al mirar tu mundo interno con más claridad y compasión.”

#### **Sesión 4: Construir Alianza con Protectores**

##### ***Duración de la Sesión***

##### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

Aproximadamente 90 minutos.

### **Objetivos**

- Establecer una alianza compasiva con las partes protectoras, especialmente las adictivas y críticas.
- Favorecer el *befriending* de los protectores, validando su función y reduciendo polarizaciones.
- Ganar su confianza y permiso para trabajos posteriores con partes exiliadas.
- Explorar alternativas a las estrategias extremas desde el *Self*, sin imposición ni forzamiento.

### **Pasos de la Sesión**

1. *Check-in* y evaluación emocional inicial (0–10 min).
2. Revisión de la tarea entre sesiones (10–15 min).
3. Regulación emocional breve mediante *grounding* o respiración (según necesidad).
4. Introducción al *befriending* con partes protectoras (15–35 min).
5. Diálogo interno con la parte adictiva (35–55 min).
6. Diálogo interno con la parte directiva o crítica (55–85 min).
7. Integración desde el *Self* y formulación de objetivos compasivos.
8. Integración verbal y tareas entre sesiones (70–85 min).
9. *Check-out* y cierre (85–90 min).

### **Actividades**

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

Se aplicó la escala subjetiva de estado emocional (0–10), se realizó una revisión de la tarea de observación de polarizaciones internas, un ejercicio breve de *grounding* o respiración consciente, psicoeducación sobre el proceso de *befriending* en IFS, diálogo guiado interno con la parte protectora adictiva y con la parte directiva o crítica, integración desde el *Self* como líder interno y definición consensuada y compasiva de objetivos de consumo o relación con la sustancia.

### **Contenido**

La sesión inicia con *check-in* emocional mediante una escala del 0 al 10, evaluando si es necesario acompañar regulación emocional antes del trabajo central. Se revisa brevemente la tarea entre sesiones sobre polarizaciones internas, validando dificultades sin actitud punitiva. Si se detecta desregulación, se realiza una breve práctica de *grounding* o respiración consciente. Este bloque inicial dura entre 10 y 15 minutos.

El bloque principal se centra en establecer alianzas con las partes protectoras e iniciar diálogos internos. Primero se introduce el proceso de *befriending*, explicando que no se busca eliminar a los protectores, sino conocerlos y apreciarlos. Se guía al paciente a contactar desde el *Self* con la parte adictiva (bombera), utilizando preguntas abiertas: “¿Qué intentas proteger?”, “¿Desde cuándo haces este trabajo?” o “¿Qué pasaría si no intervinieras?”. Luego se plantea negociación basada en permisos, explorando posibles alternativas sin exigir compromisos inmediatos.

A continuación, se contacta con la parte crítica/directiva (25–30 min), validando su función protectora y explorando miedos subyacentes: “¿Qué temes si el consumo cambia?” o “¿Qué intentas evitar siendo tan exigente?”. Se diferencia la voz crítica de la identidad del paciente y se refuerza que actúa desde protección y miedo al fracaso, abandono o pérdida de control.

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

Hasta los 70 minutos, el paciente conecta con su *Self* como líder interno, integrando la información de ambas partes. Se formula la pregunta clave: “Escuchando a estas partes, ¿qué objetivo realista y compasivo te parece adecuado para las próximas semanas?” Se exploran opciones como reducción de días de consumo, cambios contextuales, observación sin juicio o incluso mantenimiento del consumo con mayor conciencia, siempre definido desde el *Self*.

Durante 10 minutos se integra verbalmente la experiencia, resaltando cambios en la percepción de los protectores y posibles disminuciones de conflicto interno. Como tarea se propone practicar curiosidad diaria hacia las partes que aparezcan, especialmente ante abstinencia o autocrítica, observando sin intentar modificar.

La sesión concluye con un *check-out* breve, evaluando el estado emocional y conteniendo posibles contenidos difíciles. Se valida el esfuerzo del paciente y se cierra con una afirmación orientada al *Self*: “Hoy has mostrado mucha valentía al escuchar partes que han trabajado muy duro por ti durante años.”

### **Recursos**

- Mapa del sistema interno elaborado en la sesión 3.

## **Sesión 5: Trabajo con *Triggers* (desencadenantes) y *Craving***

### ***Duración de la Sesión***

Aproximadamente 90 minutos.

### ***Objetivos***

- Reconocer desencadenantes y síntomas de abstinencia como activaciones de partes protectoras.

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

- Aprender a regular estas activaciones desde el *Self*, sin lucha interna.
- Aplicar el modelo IFS a situaciones reales de consumo o *craving*.
- Iniciar la segunda fase del tratamiento, manteniendo el foco conductual y la intervención *Self-led*.

### ***Pasos de la sesión***

- *Check-in* y evaluación emocional inicial, integrando el barómetro de la adicción.
- Regulación breve mediante *grounding* o respiración consciente si es necesario.
- Análisis IFS de la cadena conductual del *craving*.
- Ejercicio experiencial de *grounding Self-led* con evocación segura.
- Elaboración de un plan flexible de manejo del *craving*.
- Asignación de tareas entre sesiones.
- *Check-out* y cierre de la sesión.

### ***Actividades***

Se registró la escala subjetiva de estado emocional (1–10) y el barómetro semanal de la adicción, se analizó la cadena conductual de un síntoma reciente, identificando detonantes, partes exiliadas y protectores, se realizó un ejercicio de *grounding Self-led*, ensayo de estrategias de reducción de daños y diseño de un plan flexible de afrontamiento del *craving*.

### ***Contenido***

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

La sesión se inicia con un *check-in* estructurado, evaluando el estado emocional del paciente. En este momento se introduce nuevamente el barómetro de la adicción, solicitando al paciente que, en una escala del 1 al 10, indique la presencia que ha tenido durante la semana la parte que consume o piensa en consumir, si han aparecido momentos de ansiedad por consumir (*craving*) y cómo los ha manejado. Se entrega al paciente la hoja de registro correspondiente (ver plantilla semanal en el apéndice G), que incluye un espacio específico para la respuesta del *Self* formulada con un lenguaje no punitivo.

Como en sesiones anteriores, si se detecta activación emocional o desregulación, se realiza una técnica breve de regulación, utilizando ejercicios de *grounding* o respiración consciente previamente aprendidos.

El bloque principal de la sesión, con una duración aproximada de una hora, comienza con una psicoeducación aplicada al análisis de la cadena conductual. Se selecciona un síntoma de abstinencia reciente y concreto ocurrido durante la semana y se analiza paso a paso desde el modelo IFS. El terapeuta explica al paciente que se va a trazar la cadena de lo ocurrido en el momento en que experimentó dicho síntoma. Para ello, se utilizan las preguntas sugeridas en el apéndice F (punto 1.1), orientadas a guiar la intervención clínica.

El objetivo de este análisis es identificar de forma clara los detonantes, las partes exiliadas activadas, los protectores reactivos, los síntomas de abstinencia (*craving*), la conducta resultante y sus consecuencias. En este punto se introduce una pregunta clave:

“¿En qué punto de esta cadena crees que, con ayuda de tu *Self*, podrías intervenir la próxima vez?”

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

A continuación, se realiza una actividad experiencial de *grounding Self-led*, con una duración aproximada de 25–30 minutos. Durante esta práctica, el terapeuta guía al paciente en una evocación segura y gradual de una situación que suele activar el *craving*, evitando cualquier exposición real al riesgo. El objetivo es que el paciente practique la autorregulación desde el *Self* mientras observa la activación de las partes protectoras reactivas.

Durante esta práctica se introducen y ensayan mentalmente estrategias de reducción de daños, como el retraso del consumo, el cambio de contexto o la sustitución de la conducta por una alternativa más segura. Estas estrategias se presentan como opciones disponibles, no como obligaciones.

A partir de lo trabajado, se dedica un espacio a la elaboración de un plan flexible para el manejo de posibles síntomas de ansiedad por consumo. Se reflexiona brevemente sobre señales tempranas de activación, estrategias de *grounding* preferidas, opciones de reducción de riesgos y frases del *Self* que hayan emergido durante la práctica de *grounding Self-led*.

Como tarea entre sesiones, se indica al paciente que continúe registrando el barómetro de la adicción y que observe su respuesta interna al acompañar la ansiedad de consumo desde el *Self*, independientemente del resultado conductual. Se refuerza explícitamente la idea de que cada intento constituye información valiosa para el sistema, y no un éxito ni un fracaso.

La sesión se cierra con un *check-out* breve, preguntando cómo se siente el paciente al finalizar y qué se lleva de la sesión. Se valida el esfuerzo realizado y se concluye con una afirmación orientada al *Self*, por ejemplo:

“Hoy has practicado relacionarte con el *craving* de una forma nueva, y eso ya está iniciando un cambio profundo en tu sistema.”

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

## **Sesión 6. Acceso a Partes Exiliadas**

### ***Duración de la Sesión***

Aproximadamente 90 minutos.

### ***Objetivos***

- Acceso gradual y seguro a las partes exiliadas, con permiso de los protectores.
- Permitir que la exiliada sea vista y reconocida desde el *Self* sin desbordamiento.
- Mantener diferenciación clara entre *Self* y partes, evitando fusión o retraumatización.
- Iniciar la fase 3 del tratamiento centrada en trauma con IFS.

### ***Pasos de la Sesión***

- *Check-in* y evaluación emocional inicial (0–10 min).
- Exploración del barómetro de adicción y regulación (integrado).
- Preparación y permiso de partes protectoras (10–25 min).
- Bloque principal: acceso gradual a la parte exiliada (25–85 min)
  - Visualización guiada
  - Testimoniar experiencia sin reprocesar
  - Diálogo con silla vacía (si tolerado)
- Integración y cierre (85–90 min)

### ***Actividades***

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

Se registró la escala subjetiva de estado emocional y sensación de seguridad, se aplicó el barómetro de la adicción incorporando la exploración del manejo del *craving* desde el *Self*, se dialogó con partes protectoras para obtener permiso, se realizó visualización guiada desde el *Self*, testimonio compasivo de la parte exiliada, diálogo experiencial con silla vacía y prácticas de *grounding Self-led* según necesidad.

### **Contenido**

La sesión inicia con un *check-in* estructurado, evaluando el estado emocional del paciente y el barómetro de la adicción. Se explora la presencia de la parte protectora adictiva, la aparición de *craving* y cómo fue manejado desde el *Self*. Se evalúa si el paciente está regulado para trabajar con partes exiliadas; ante activación elevada se priorizan estrategias de regulación.

Antes del bloque principal, se dedica unos 15 minutos a preparar internamente y obtener permiso de las partes protectoras. Desde el *Self* se contacta con partes bomberas y directivas, preguntando cómo se sienten ante la posibilidad de acercarse a una parte exiliada y qué necesitan para sentirse seguras. Se refuerza que el trabajo puede detenerse en cualquier momento y se valida cualquier resistencia.

El bloque principal dura unos 60 minutos y se divide en tres fases:

1. Visualización guiada de la parte exiliada (≈20 min): El terapeuta guía al paciente a conectar con el *Self* mediante respiración, sensaciones corporales y entorno. Se invita a que aparezca la parte exiliada más dispuesta, sin revivir experiencias, explorando edad, emociones, localización corporal y necesidades hacia el *Self*.
2. Testigo compasivo desde el *Self*: La parte exiliada expresa únicamente lo que desea, sin presión ni expectativas de cambio. Se monitoriza la activación emocional, reforzando la diferenciación entre *Self* y parte, usando *grounding* si

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

es necesario. El objetivo es romper el aislamiento de la parte dentro del sistema, no reprocesar el trauma.

3. Diálogo experiencial con silla vacía (últimos 15 min): El paciente, desde el *Self*, se dirige a la parte exiliada con afirmaciones como: “Ahora te veo”, “No fue tu culpa” o “Gracias por sobrevivir”, externalizando la experiencia y fortaleciendo el vínculo sin retraumatización.

Tras este trabajo se realiza integración cuidadosa, agradeciendo a la parte exiliada y verificando el estado de las partes protectoras.

Como indicación entre sesiones, se enfatiza que el paciente no profundice solo en experiencias traumáticas, sino que practique curiosidad y presencia ante emociones vulnerables, usando *grounding Self-led* si surge activación.

La sesión concluye con *check-out*, reevaluando estado emocional y sensación de seguridad, validando el esfuerzo y cerrando con una afirmación orientada a la estabilización desde el *Self*:

“Hoy has permitido que una parte muy vulnerable no esté sola. Eso es profundamente reparador, incluso sin cambiar nada más.”

## **Sesión 7: Liberación Inicial de Cargas.**

### ***Duración de la Sesión:***

90 minutos

### ***Objetivos***

- Facilitar la primera liberación de cargas (*unburdening*) en una parte exiliada.

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

- Reforzar la confianza del sistema en el proceso terapéutico.
- Aliviar cargas emocionales como vergüenza, culpa o miedo de forma segura
- Mantener liderazgo del *Self* y prevenir retraumatización.

### **Pasos**

- *Check-in* y revisión del barómetro de adicción (10 min).
- Evaluación de estabilidad y preparación de protectores (10–15 min).
- Bloque principal: liberación sensorial de cargas con la parte exiliada (45–50 min).
- Integración y consolidación de la experiencia (10–15 min).
- Cierre y asignación de tareas (5–10 min).

### **Actividades**

Se realizó *check-in* emocional y revisión del barómetro de la adicción, diálogo interno con partes protectoras para permisos y necesidades de seguridad, psicoeducación breve sobre carga en IFS, liberación sensorial adaptada a la imaginación del paciente, integración verbal y fortalecimiento del vínculo con el *Self*, cierre con *check-out* y recomendaciones de prácticas de presencia y *grounding Self-led*.

### **Contenido**

El objetivo principal de la sesión es que el paciente experimente una liberación sensorial de cargas de manera segura y contenida. La sesión inicia con el *check-in* habitual y la revisión del barómetro de la adicción, evaluando la estabilidad emocional

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

y la capacidad del paciente para realizar el trabajo de liberación. Si se detecta desregulación, se prioriza la regulación antes de avanzar.

A continuación, se solicita permiso explícito a las partes protectoras, especialmente a las bomberas y directivas, para trabajar con la parte exiliada. Se explora cómo se sienten con la posibilidad de soltar cargas y se les pregunta qué necesitan para sentirse seguras. Se realiza psicoeducación breve sobre qué es una carga en *IFS*, diferenciando entre la carga y la parte, y reforzando que el proceso puede detenerse en cualquier momento.

El bloque principal consiste en la liberación sensorial de la carga identificada. El paciente contacta con la parte exiliada previamente trabajada y, con guía del terapeuta, realiza un proceso de liberación simbólica y corporal: dejar caer la carga, entregarla a un elemento de la naturaleza o colocarla fuera del cuerpo, utilizando objetos simbólicos si se desea. Durante todo el proceso, el terapeuta acompaña con lenguaje del *Self*, observando signos de desbordamiento y realizando pausas cuando sea necesario.

Tras la liberación, se formulan preguntas de integración (apéndice F, parte 3), invitando a la parte exiliada a elegir una nueva cualidad, cambiar de lugar interno hacia el *Self* o simplemente descansar. Se realiza integración verbal y consolidación de la experiencia, verificando cómo están los protectores y reforzando que el sistema ha realizado un cambio reparador.

Para finalizar, se asigna la tarea entre sesiones: mantenerse presente y amable ante cualquier cambio interno y utilizar el *grounding Self-led* si surge cualquier emoción nueva. Se realiza el *check-out* final, evaluando el estado emocional y reforzando la sensación de seguridad y logro en el proceso.

## **Sesión 8: Abordaje de Recaídas**

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

**Duración de la Sesión:**

Aproximadamente 90 minutos

**Objetivos:**

- Explorar recaídas como activaciones del sistema interno y oportunidades de aprendizaje.
- Reducir daño y prevenir el efecto “todo o nada”.
- Desarrollar un plan *Self-led* para interrumpir la cadena de consumo.
- Fortalecer al *Self* como líder durante y después del consumo.

**Pasos**

- *Check-in* y revisión del barómetro de la adicción (0–10 min).
- Evaluación intermedia con ARTIC-35, TES-R e SIP-2R (20–25 min).
- Psicoeducación sobre recaídas y efecto de violación de la abstinencia (15 min).
- Exploración experiencial de recaídas desde el modelo IFS (30 min).
- Desarrollo y formalización del plan *Self-led* para futuras recaídas (20–25 min).
- Cierre y *check-out* (5–10 min).

**Actividades**

Se realizó *check-in* emocional y revisión del barómetro de la adicción, evaluación de trauma, estado del consumo y actitudes hacia la atención informada por trauma (ARTIC-35, TES-R, SIP-2R), psicoeducación sobre la recaída como señal del sistema y efecto de violación de la abstinencia, exploración de secuencias de recaída

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

como interacción entre partes protectoras y exiliadas con preguntas guiadas, desarrollo colaborativo de un plan *Self-led* con estrategias de reducción de daño y mensajes para partes críticas y bomberas, y redacción conjunta de un documento vivo, revisable y no punitivo con compromisos claros y compasivos.

### **Contenido**

La sesión se inicia con el *check-in* habitual y la revisión del barómetro de la adicción, observando la activación de partes críticas o la ocurrencia de consumos no deseados. Estas partes se normalizan y se validan como protectoras dentro del sistema. Al ser una sesión intermedia, se realiza una evaluación con ARTIC-35, TES-R e SIP-2R para obtener un panorama actualizado del estado del paciente.

Se realiza psicoeducación sobre las recaídas, explicándolas como señales de que alguna parte del sistema necesitaba atención, evitando que se perciban como fracasos personales. Se introduce el efecto de violación de la abstinencia, donde un consumo puede activar al crítico y, en respuesta, al bombero para incrementar el consumo. Se refuerza la perspectiva de reducción de daños, buscando minimizar riesgos y acompañar al paciente en donde esté, incluso durante el consumo.

El bloque principal consiste en explorar las recaídas pasadas o recientes desde el enfoque IFS, utilizando ejemplos concretos y preguntas guiadas (apéndice F parte 4). Se trabaja la defusión del paciente de la narrativa global de “he fallado”, observando cada recaída como secuencia de partes.

Tras esto, se introduce un protocolo experiencial y colaborativo para manejar futuras recaídas: recordar lo que el *Self* necesita, qué mensajes pueden ayudar al bombero y qué límites requiere el crítico. Se integran estrategias de reducción de daños, como interrumpir antes de escalar, cuidar el cuerpo durante y después del consumo, evitar el aislamiento, pedir apoyo y reducir el autocastigo.

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

Finalmente, se formaliza el plan de manera conjunta como un documento vivo, revisable y no punitivo. Se incluyen frases guía como:

- “Mi objetivo, acordado con mis partes, es: \_\_\_\_\_.”
- “Si surge un *craving*, mi protocolo IFS es: \_\_\_\_\_.”
- “Si hay una recaída, mi pacto es: observarla con curiosidad, no con guerra.”

La sesión finaliza con un *check-out* breve, evaluando la percepción del paciente sobre la sesión, reforzando la seguridad interna y la confianza en el *Self* como líder del sistema.

### **Recursos**

- Barómetro de la adicción (plantilla semanal, apéndice G).
- Apéndice F parte 4: preguntas guiadas para exploración de recaídas.
- Uso de las escalas ARTIC-35, TES-R y SIP-2R

## **Sesión 9: Profundización en Trauma Complejo**

### **Duración de la Sesión:**

90 minutos

### **Objetivos**

- Trabajar gradual y reguladamente con partes exiliadas de trauma complejo.
- Reconocer varias exiliadas y su organización interna sin desbordamiento.
- Fortalecer la capacidad del sistema para sostener emociones complejas.

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

- Mantener al *Self* como líder interno durante el contacto con exiliadas.

### **Pasos**

1. *Check-in* y barómetro de adicción (0-10 min).
2. Evaluación de regulación y capacidad para material complejo (5-10 min).
3. Psicoeducación breve sobre trauma complejo y exiliadas (10 min).
4. Visualización secuencial de capas de exiliadas (20-30 min).
5. Contacto con exiliada elegida y validación desde el *Self* (20-25 min).
6. Exploración de interacción entre protectores y exiliadas (10-15 min).
7. Integración y cierre con *check-out* (5-10 min).

### **Actividades**

Se realizó *check-in* emocional y revisión del barómetro de la adicción, evaluación de regulación y capacidad de sostener material traumático complejo, psicoeducación sobre trauma complejo y la organización de partes exiliadas para sobrevivir, visualización guiada del sistema interno en capas o niveles, observación de exiliadas presentes identificando edades, emociones y sensaciones corporales sin explorar historias completas, selección de una exiliada a trabajar con contacto guiado desde el *Self* validando emociones y necesidades, reconocimiento breve del resto de exiliadas para disminuir urgencia interna, exploración de la relación entre protectores y exiliadas, e integración final con cierre de capas internas y retorno al presente.

### **Contenido**

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

La sesión inicia con el *check-in* habitual y la revisión del barómetro de la adicción. Se evalúa si el paciente está regulado y preparado para abordar material de trauma complejo, priorizando la estabilización si se detecta sobrecarga.

Se realiza psicoeducación breve sobre trauma complejo, enfatizando que existen múltiples partes exiliadas de distintas edades, que se organizaron para sobrevivir. Se refuerza que no es necesario trabajar todas las partes a la vez, sino que el *Self* puede relacionarse con ellas de manera gradual y segura.

En el bloque principal, se guía al paciente en una visualización secuencial de las capas de exiliadas, observando edades aproximadas, emociones dominantes y sensaciones corporales sin profundizar en historias completas. El objetivo es reconocer la presencia de las exiliadas y cómo están organizadas.

Se elige una exiliada a trabajar según lo que el sistema permita, estableciendo contacto desde el *Self*, validando la emoción principal y preguntando qué necesita que el *Self* sepa. Las demás partes exiliadas son reconocidas brevemente para reducir urgencia o competencia interna.

Se explora cómo las partes protectoras rodean y cuidan a las exiliadas, identificando miedos o posibles reacciones defensivas. Esta comprensión ayuda a mantener la seguridad durante el trabajo con trauma complejo.

Finalmente, se realiza una integración cuidadosa, agradeciendo al sistema por permitir el contacto y cerrando las capas internas. Se retorna al presente y se realiza el *check-out* habitual, reforzando seguridad y regulación interna.

### **Recursos**

- Barómetro de la adicción (plantilla semanal, apéndice G).

## **Sesión 10: Integración de Partes Polarizadas**

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

**Duración de la Sesión:**

90 minutos

**Objetivos**

- Identificar y resolver polarizaciones internas que mantienen el ciclo adictivo.
- Facilitar comunicación entre partes bombero/adictivas y directivas/críticas.
- Reorganizar roles desde el *Self*, reduciendo escaladas de culpa y recaída.
- Normalizar la polarización como protección interna, no como falla.

**Pasos**

1. *Check-in* y barómetro de adicción (0–10 min).
2. Identificación preliminar de polarizaciones (10 min).
3. Psicoeducación sobre polarizaciones y ciclo adicción–culpa–recaída (20 min).
4. Acceso al *Self* y preparación para mediación (5–10 min).
5. Diálogo con la parte adictiva/bombera (15 min).
6. Diálogo con la parte crítica/directiva (15 min).
7. Mediación guiada desde el *Self* con ambas partes (20–25 min).
8. Integración, acuerdos y cierre (5–10 min).

**Actividades****Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

Se realizó *check-in* emocional y revisión del barómetro de la adicción, identificación de partes polarizadas y sus roles tras consumo o abstinencia, explicación de cómo la polarización interna refuerza el ciclo de consumo y culpa, preparación del acceso al *Self* solicitando permiso a las partes, validación de la parte adictiva/bombero explorando sus intenciones protectoras, validación de la parte crítica/directiva explorando miedos y función protectora sin reforzar castigo, mediación guiada desde el *Self* reflejando lo escuchado, explorando puntos comunes y negociando acuerdos concretos de manejo del consumo, normalización de la polarización recordando que los acuerdos son revisables, y cierre con *check-out*, integración verbal y refuerzo de la seguridad interna.

### **Contenido**

La sesión comienza con el *check-in* habitual y la revisión del barómetro de la adicción. Se identifica cualquier polarización reciente entre partes bombero/adictiva y partes crítica/directiva.

Se ofrece psicoeducación sobre cómo estas partes luchan entre sí, reforzando el ciclo adicción–culpa–recaída, y se enfatiza que ambas partes buscan proteger al sistema, aunque con estrategias opuestas.

En el bloque principal, se facilita el acceso al *Self*, pidiendo permiso a ambas partes para mediar. Se valida primero la parte adictiva/bombero, explorando su intención protectora y necesidades, luego la parte crítica/directiva, validando su intención sin reforzar el castigo.

Posteriormente, se guía la mediación interna desde el *Self*, facilitando el diálogo entre las tres partes, explorando puntos en común y negociando acuerdos específicos relacionados con el consumo, la exigencia y la consulta previa al *Self*.

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

Se refuerza que la polarización ha sido escuchada, no eliminada, y se normaliza la revisión periódica de los acuerdos. La sesión finaliza con integración verbal y *check-out* habitual.

### **Recursos**

- Barómetro de la adicción (plantilla semanal, apéndice G).
- Apéndice F partes 5 y 6: preguntas guía para diálogo con partes adictivas y críticas.

## **Sesión 11: Integración de Vergüenza y Autoestima**

### **Duración de la sesión:**

90 minutos

### **Objetivos**

- Abordar la vergüenza como núcleo del sistema adictivo.
- Trabajar con partes exiliadas que cargan creencias de “no valgo”.
- Reorganizar el rol de partes críticas que refuerzan la vergüenza.
- Reducir vergüenza tóxica y fortalecer autocompasión desde el *Self*.
- Prevenir la regeneración de la vergüenza que mantiene el ciclo adictivo.

### **Pasos**

- *Check-in* y revisión del barómetro de la adicción, observando frases de vergüenza (0–10 min).
- Psicoeducación breve sobre vergüenza, autoestima y adicción (15 min).
- Conexión con la parte exiliada que siente vergüenza, validando emociones desde el *Self* (20–25 min).

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

- Diálogo con la parte crítica que genera vergüenza, reconociendo intención protectora (15–20 min).
- Reorganización del rol de la parte crítica desde el *Self*, proponiendo alternativas de protección (15–20 min).
- Ejercicio de autocompasión integrada desde el *Self* hacia la parte exiliada (10–15 min).
- Integración y cierre con *check-out* habitual (5 min).

### **Actividades**

Revisión del barómetro de la adicción e identificación de activaciones de vergüenza, psicoeducación sobre la vergüenza como carga protectora diferenciándola de la culpa y vinculándola a la adicción, se conectó con la parte exiliada que carga con sentimientos de indignidad validando sus respuestas, se dialogó con la parte crítica que refuerza la vergüenza reconociendo su intención de proteger sin validar el daño, se propusieron formas experimentales de protección guiadas por el *Self*, se realizó ejercicio de autocompasión integrada dirigiendo frases compasivas a la parte exiliada y observando sus efectos corporales, e integración y cierre con *check-out* reforzando la seguridad y la presencia del *Self*.

### **Contenido**

La sesión inicia con el *check-in* habitual y la revisión del barómetro de la adicción, prestando atención específica a frases y emociones de vergüenza. Se realiza una psicoeducación breve para normalizar la vergüenza como carga que se formó para proteger al sistema, diferenciándola de la culpa y vinculándola con el uso del consumo como alivio temporal.

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

En el bloque principal, se guía al paciente a conectar con su *Self* y la parte exiliada que se siente pequeña, rota o indignada. El *Self* valida la experiencia de la parte exiliada sin corregir ni juzgar.

Posteriormente, se dialoga con la parte crítica que genera vergüenza, agradeciendo su intención protectora pero sin validar los efectos dañinos de su crítica. Se busca reorganizar su rol, explorando formas alternativas de proteger el sistema.

Finalmente, se realiza un ejercicio de autocompasión integrada, donde el paciente se dirige a la exiliada desde el *Self*, utilizando frases compasivas como “no estás sola”, observando los efectos en el cuerpo y fortaleciendo la presencia compasiva del *Self*. La sesión concluye con integración y *check-out* habitual.

### **Recursos**

- Barómetro de la adicción (plantilla semanal, apéndice G).
- Apéndice F parte 7: preguntas guía para diálogo con la parte exiliada que siente vergüenza.
- Apéndice F parte 8: preguntas guía para diálogo con la parte crítica que genera vergüenza.

## **Sesión 12: Transformación de Protectores Adictivos**

### **Duración de la Sesión:**

90 minutos

### **Objetivos**

- Transformar el rol de un protector adictivo específico sin eliminarlo ni forzar la abstinencia.

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

- Ayudar al protector a redefinir su función dentro del sistema interno.
- Consolidar avances en reducción del *craving* y prevención de recaídas.
- Reforzar el liderazgo del *Self* como guía del sistema interno.

### **Pasos**

- *Check-in* y revisión del barómetro de la adicción (0–10 min).
- Identificación de la parte adictiva protagonista, su función y activación (10 min).
- Psicoeducación sobre el rol de la parte adictiva y objetivo de transformación (15 min).
- Diálogo experiencial con la parte adictiva y conexión con el *Self* (40 min).
- Transformación del rol: propuesta de nuevo rol funcional y ensayo en situaciones *de craving* (20 min).
- Tarea entre sesiones: observar al protector y registrar intentos de asumir el nuevo rol (10 min).
- *Check-out* habitual y cierre.

### **Actividades**

Se revisó el barómetro de la adicción para identificar activaciones recientes de la parte adictiva, se identificó la parte protectora específica (bombrera/adictiva) y sus momentos típicos de activación, se psicoeducó sobre su estrategia adaptativa y la posibilidad de redefinir su rol sin eliminarlo, se conectó con el *Self* y se dialogó

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

experiencialmente con la parte adictiva, se exploró profundamente su rol actual y su coste, se propuso un nuevo rol funcional adaptado a situaciones de *craving* con ensayo mental, y se asignó tarea de observación y registro de intentos del nuevo rol reforzando cualquier esfuerzo parcial.

### **Contenido**

La sesión comienza con el *check-in* y revisión del barómetro de la adicción, prestando atención a activaciones de la parte adictiva protagonista. Se identifica concretamente al protector a trabajar, por ejemplo, la parte que consume alcohol o drogas en situaciones de soledad o búsqueda de conexión, señalando su función y momento de activación.

Durante la psicoeducación se enfatiza que la parte no es el problema, sino que su estrategia fue adaptativa en un contexto pasado. El objetivo es negociar un nuevo rol menos dañino, no imponerlo.

En el bloque principal, el paciente conecta con su *Self* y con la parte adictiva, asegurándose de que se sienta escuchada y respetada. Se exploran los costes del rol actual sin confrontación, reflexionando sobre su impacto en la adicción y en el sistema interno.

En la fase de transformación, se plantea al *Self* la pregunta: "Si ya no tuviera que llevar esta carga o anestesiar el dolor, ¿qué rol querría asumir dentro del sistema?" Se facilitan ejemplos concretos y realistas (apéndice H), incluyendo ensayos mentales en situaciones de *craving*, tanto en consumo activo como en abstinencia.

Para finalizar, se asigna tarea entre sesiones: observar cuándo aparece la parte adictiva y notar si intenta asumir el nuevo rol, reforzando cualquier intento parcial. La sesión concluye con el *check-out* habitual.

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

## **Recursos**

- Barómetro de la adicción (plantilla semanal, apéndice G).
- Apéndice F parte 9: preguntas guía para diálogo con la parte adictiva.
- Apéndice F parte 10: preguntas guía para exploración profunda del rol del protector.
- Apéndice H: ejemplos de ensayo mental del nuevo rol en situaciones de *craving*.

## **Sesión 13: Integración Corporal y Sensorial**

### ***Duración de la sesión:***

90 minutos

### ***Objetivos***

- Integrar cargas somáticas vinculadas a trauma y adicciones.
- Reconectar con el cuerpo desde el *Self*, sin forzar la exposición.
- Transformar sensaciones corporales en información regulable, no detonantes automáticos de consumo.
- Fomentar una relación compasiva y consciente con el cuerpo.

### ***Pasos***

1. *Check-in* y revisión del barómetro de la adicción, señalando sensaciones corporales (0-10 min).
2. Psicoeducación sobre cuerpo, trauma y adicción, explicando la relación entre sensaciones y *craving* (10-15 min).
3. Acceso al *Self* y *grounding* para corporeidad segura (10 min).

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

4. Exploración de sensaciones corporales relacionadas con la adicción (20-25 min).
5. Técnicas somáticas guiadas por el *Self*, una sensación a la vez (30 min).
6. Vinculación de sensaciones con partes protectoras y alternativas de regulación (10 min).
7. Tarea de práctica diaria de conciencia corporal y *check-out* (5-10 min).

### **Actividades**

Se revisó el barómetro de la adicción enfocándose en sensaciones corporales, se chequeó tensión, vacío, hormigueo, desconexión, agitación u otras sensaciones somáticas, se psicoeducó sobre la relación entre cuerpo, trauma y adicción, se accedió al *Self* y se aplicó *grounding* para generar seguridad corporal, se exploraron sensaciones concretas (nudo en garganta, presión en pecho, vacío estomacal) y su vínculo con partes internas, se aplicaron técnicas somáticas guiadas por el *Self* como pendulación, contacto compasivo con la mano y movimientos mínimos, se reflexionó sobre cómo las sensaciones influyen en el impulso de consumo y se planificaron alternativas realistas, y se asignó tarea de práctica diaria de conciencia corporal y registro de sensaciones ante *craving*.

### **Contenido**

La sesión comienza con el *check-in* y la revisión del barómetro de la adicción, solicitando al paciente que indique dónde ha notado sensaciones corporales relevantes durante la semana. A partir de ello, se realiza un chequeo corporal explorando tensión, vacío, hormigueo, desconexión o agitación. Se introduce psicoeducación sobre cómo el cuerpo puede recordar experiencias traumáticas antes

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

que la mente y cómo las sensaciones corporales a veces anteceden al *craving*, explicando que los protectores reaccionan a estas sensaciones tratando de “apagar” el malestar.

Durante el bloque principal, se guía al paciente a acceder al *Self* y a una corporeidad segura mediante *grounding*. Se exploran sensaciones específicas relacionadas con la adicción, reconociéndolas como manifestaciones de partes internas, utilizando preguntas del apéndice F parte 11. Se trabaja con una sensación a la vez, aplicando técnicas somáticas guiadas por el *Self*, permitiendo observar cambios en intensidad o emociones emergentes.

Se vincula cada sensación con partes protectoras y se exploran alternativas de regulación antes de consumir, adaptadas a las decisiones del paciente (abstinencia o reducción de riesgos). La sesión refuerza la comprensión de que el cuerpo no es el enemigo, que las sensaciones no exigen acción inmediata y que el *Self* puede acompañarlas y regularlas.

Para la próxima sesión, se asigna la práctica diaria breve de conciencia corporal (2-3 minutos), enfocándose en notar sensaciones y observar la respuesta del *Self*. La sesión finaliza con el *check-out* habitual.

### **Recursos**

- Barómetro de la adicción (plantilla semanal, apéndice G).
- Apéndice F parte 11: preguntas guía para exploración de sensaciones corporales.

### **Sesión 14: Prevención de Recaídas**

#### ***Duración de la sesión:***

90 minutos

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

## **Objetivos**

- Consolidar aprendizajes del proceso terapéutico.
- Crear o revisar un plan *Self-led* para manejar *cravings*, recaídas parciales o vulnerabilidad sin colapso ni guerra interna.
- Revisar progreso en relación con consumo, acceso al *Self*, regulación emocional y corporal, y reducción de la vergüenza.
- Reforzar autonomía y autoeficacia en el manejo del sistema interno.

## **Pasos**

1. Evaluación general y revisión del barómetro de la adicción, reflexionando sobre cambios desde el inicio (0-15 min).
2. Chequeo de confianza interna, dificultades recientes y uso espontáneo de recursos *Self-led* (5-10 min).
3. Revisión del progreso: consumo, vergüenza, dureza interna, acceso al *Self* y regulación emocional/corporal (15-20 min).
4. Formalización o actualización del plan de mantenimiento *Self-led*, escuchando a todas las partes (30 min).
5. Exploración de escenarios de riesgo y ensayo mental del plan (10-15 min).
6. Integración de aprendizajes y cierre, recordando que el plan es revisable y que el *Self* puede pedir ayuda (5-10 min).

## **Actividades**

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

Se revisó el barómetro de la adicción y se reflexionó sobre cambios en la relación con el consumo, se chequeó la confianza interna y el uso de recursos *Self-led* en situaciones recientes, se revisó el progreso terapéutico con preguntas guiadas, se redactó o actualizó un plan de crisis y mantenimiento *Self-led* incluyendo estrategias para interrupción temprana de la cadena de consumo, manejo de *cravings* y autocuidado, se ensayaron mentalmente escenarios de riesgo y aplicación del plan, y se integraron aprendizajes cerrando con énfasis en autonomía, flexibilidad del plan y validación del progreso.

### **Contenido**

La sesión comienza con una evaluación general y revisión del barómetro de la adicción, incluyendo la pregunta de cómo ha cambiado la relación del paciente con su consumo desde el inicio del proceso. Se chequea el nivel de confianza interna, momentos recientes de dificultad y uso espontáneo de recursos del *Self-led*.

Se realiza una revisión del progreso terapéutico, explorando cambios en la relación con el consumo, reducción de vergüenza y dureza interna, mayor acceso al *Self* y regulación emocional y corporal. Se recuerdan que estos avances no son lineales y que cualquier dificultad es parte del aprendizaje.

El núcleo de la sesión consiste en la formalización o actualización del plan de mantenimiento *Self-led* introducido en la sesión 8, asegurando que todas las partes relevantes han sido escuchadas. Se exploran escenarios de riesgo, se ensayan mentalmente y se revisa cómo aplicar el plan, reforzando que la recaída no es un fracaso, sino información sobre necesidades del sistema y que el plan es flexible y revisable.

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

Para el cierre, se integra lo aprendido, recordando al paciente que puede revisar el plan periódicamente, ajustarlo según sea necesario y volver a terapia como ajuste, no como fracaso.

### **Recursos**

- Barómetro de la adicción (plantilla semanal, apéndice G).
- Apéndice F parte 12: preguntas guía para revisión del progreso terapéutico.
- Plan de crisis y mantenimiento *Self-led* (apéndice I).

### **Sesión 15: Cierre y Seguimiento**

#### **Duración de la sesión:**

90 minutos

#### **Objetivos**

- Integrar el sistema interno y consolidar los cambios del tratamiento.
- Establecer un plan de seguimiento ético y realista.
- Fomentar una narrativa coherente del proceso, mayor confianza en el *Self* y claridad sobre cómo pedir apoyo futuro.

#### **Pasos**

1. *Check-in* y revisión de estabilidad: consumo, abstinencia y autorregulación (0–10 min).
2. Revisión narrativa integrada del proceso: estado inicial, cambios clave, protectores y *Self* (40 min).
3. Celebración de esfuerzos del paciente (10 min).

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

4. Visualización de integración: *Self* coordinador, partes equilibradas y coherencia corporal (20 min).
5. Cierre: recordatorio de plan de seguimiento y uso de recursos *Self-led* (10 min).

### **Actividades**

Se realizó *check-in* emocional y corporal, comparando con el inicio del proceso, se guió la elaboración de una narrativa integrada del proceso terapéutico usando preguntas del apéndice F parte 13, se brindó espacio de validación y celebración de logros reconociendo constancia y esfuerzo, se hizo una visualización final de integración del sistema interno reforzando la presencia del *Self* y el equilibrio de las partes, y se revisó y acordó un plan de seguimiento ético y realista con estrategias de autorregulación, manejo de *cravings* y solicitudes de apoyo.

### **Contenido**

La sesión comienza con el *check in* habitual, explorando cómo se siente el paciente en comparación al inicio del proceso. Se realiza un chequeo de estabilidad sobre consumo actual, relación con la sintomatología de abstinencia y capacidad de autorregulación.

Luego, se realiza una revisión narrativa integrada del proceso, guiando al paciente para identificar cambios en la relación con el consumo, transformación de protectores adictivos y mayor presencia del *Self*. Se utiliza como guía las preguntas del apéndice F parte 13.

Se dedica un espacio a celebrar los esfuerzos realizados, evitando tanto la minimización como la grandiosidad.

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

Para finalizar, se realiza una visualización donde el *Self* aparece como coordinador, las partes se colocan en posiciones equilibradas y se explora la sensación corporal de coherencia interna. Esto cierra el proceso a nivel emocional y somático, consolidando los aprendizajes y la autonomía del paciente. Se cierra la sesión recordando el plan de seguimiento y el uso de recursos *Self-led*.

### **Recursos**

- Barómetro de la adicción (plantilla semanal, apéndice G).
- Apéndice F parte 13: preguntas guía para revisión narrativa del proceso.

### **Sesión 16: Sesión Flexible de Cierre y Evaluación Post**

#### ***Duración de la Sesión:***

- 90 minutos (flexible según necesidades)

#### **Objetivos**

- Espacio flexible para contenidos pendientes de sesiones previas.
- Evaluación post-tratamiento con SIP-2R, TES-R y ARTIC-35.
- Consolidación de aprendizajes y cambios logrados.
- Cierre adaptado, reforzando autonomía y uso de recursos *Self-led*.

#### **Pasos**

1. *Check-in* inicial y revisión de estabilidad emocional y corporal (0-10 min).
2. Identificación de contenidos pendientes de sesiones anteriores (10-30 min).

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

3. Aplicación de instrumentos post-tratamiento: SIP-2R, TES-R, ARTIC-35 (20-30 min).
4. Revisión de resultados y cambios respecto a pre-tratamiento (10-15 min).
5. Cierre final con refuerzo de plan de seguimiento, recursos *Self-led* y autorregulación (10 min).

### **Actividades**

Se realizó *check-in* emocional y corporal, incluyendo el barómetro de la adicción si procede, se llevó a cabo una sesión de repaso flexible para profundizar en cualquier trabajo previo que lo requiriera (por ejemplo, *unburdening*, integración de partes polarizadas o trauma complejo), se aplicaron los instrumentos de evaluación post-tratamiento (SIP-2R, TES-R y ARTIC-35), se discutieron los resultados celebrando avances y aprendizajes y reforzando la comprensión de los cambios logrados, y se recordó el plan de seguimiento con práctica de recursos *Self-led*, incluyendo manejo de *cravings*, autorregulación y prevención de recaídas.

### **Contenidos**

La sesión se inicia con el *check in* habitual, evaluando el estado emocional y corporal del paciente. Se abre un espacio flexible para retomar cualquier tema o ejercicio de sesiones anteriores que el paciente o el terapeuta consideren que merece más tiempo, asegurando que el sistema interno se mantiene regulado y seguro durante la revisión.

Posteriormente, se aplican los instrumentos de evaluación post-tratamiento: SIP-2R, TES-R y ARTIC-35. Se explican brevemente al paciente y se registran los resultados para su comparación con las mediciones iniciales.

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

Se realiza una revisión conjunta de los resultados, destacando avances, aprendizajes y cambios observables en la relación con el consumo, la regulación interna, la presencia del *Self* y la interacción con partes exiliadas y protectoras.

Finalmente, se refuerza el plan de seguimiento, recordando que los recursos *Self-led*, estrategias de reducción de riesgos y técnicas de autorregulación deben ser aplicados de manera flexible y continua. Se concluye la sesión asegurando que el paciente se siente capaz de mantener los cambios logrados y pedir ayuda si es necesario en el futuro.

### **Recursos**

- Barómetro de la adicción (plantilla semanal, apéndice G).
- Instrumentos validados de evaluación: SIP-2R, TES-R y ARTIC-

35.

## Conclusión, Limitaciones y Líneas Futuras

A lo largo del desarrollo del programa se ha propuesto un recorrido terapéutico progresivo, integrador y replicable, que articula el trabajo con partes internas, la reducción de daños y el enfoque de trabajo con trauma informado.

La propuesta se alinea con la evidencia científica que subraya la elevada prevalencia de experiencias traumáticas en personas con trastorno por uso de sustancias y la necesidad de explorar de forma explícita dichos antecedentes en contextos terapéuticos (Aguiló et al., 2021; Najavits, 2002). Numerosos estudios han señalado que el consumo problemático puede entenderse como una estrategia de regulación emocional frente a afectos intolerables, estados de hiperactivación o vergüenza crónica, más que como un problema meramente conductual (Brown et al., 2013; KemKem et al., 2023; Van der Kolk, 2003). Desde esta perspectiva, el modelo IFS ofrece un marco teórico-clínico especialmente pertinente, al conceptualizar el consumo como la acción de partes protectoras, particularmente partes bomberas, orientadas a aliviar el sufrimiento de partes exiliadas traumatizadas, evitando aproximaciones punitivas o moralizantes.

En este sentido, el modelo IFS ofrece un marco teórico-clínico despatologizante, al conceptualizar el consumo como la acción de partes protectoras (especialmente partes bomberas) que buscan aliviar el sufrimiento de partes exiliadas traumatizadas, evitando así aproximaciones punitivas o moralizantes. Esta comprensión resulta coherente con los enfoques contemporáneos de tratamiento del trauma, que enfatizan la seguridad, la compasión y la integración progresiva frente a la confrontación directa y encajan con el marco de reducción del daño.

Autores como Carpio et al. (2021), apuntaban que los enfoques centrados exclusivamente en el diagnóstico y en una lectura simplificada del problema suelen

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

tener un impacto terapéutico limitado y se asocian a trayectorias de recaída y mantenimiento del malestar. Por el contrario, incorporar la comprensión del trauma, las estrategias de regulación del estrés y el papel funcional del consumo desde una perspectiva evolutiva favorece intervenciones complejas y flexibles, orientadas no solo a disminuir síntomas, sino a transformar la evolución del sufrimiento.

Los enfoques de reducción del daño muestran una eficacia modesta pero consistente en el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias, con ventajas potenciales frente a los modelos exclusivamente abstencionistas (Parramore et al., 2020; O'Leary et al., 2024). Un metaanálisis sistemático evidenció resultados ligeramente superiores de la reducción del daño en la disminución del consumo, aunque sin alcanzar significación estadística (Parramore et al., 2020), mientras que una revisión de 48 estudios con más de 15 mil participantes confirmó un efecto global pequeño pero favorable, destacando una mayor eficacia de intervenciones específicas como la gestión de contingencias y menor abandono del tratamiento (O'Leary et al., 2024). Asimismo, la literatura subraya que la reducción del daño resulta especialmente pertinente en poblaciones con trayectorias vitales complejas, como personas con trauma significativo o en situación de exclusión social, donde la imposición de la abstinencia puede intensificar la disociación, la vergüenza y el riesgo de recaídas. Desde esta perspectiva, el consumo se reconoce como una realidad existente y las intervenciones se orientan a minimizar riesgos y favorecer decisiones informadas, incluso cuando no se plantea una abstinencia completa, un enfoque que resulta coherente con el modelo IFS al facilitar que las elecciones terapéuticas emerjan desde el *Self* y no desde dinámicas de coerción interna o externa.

Un aspecto central de este trabajo es la ampliación del concepto de reducción de daños más allá del consumo de sustancias, incorporando una perspectiva de género y trauma. Puede verse que todos estos marcos de actuación se incorporan de

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

manera transversal durante toda la propuesta de intervención. Tal y como señalan investigaciones cualitativas realizadas desde profesionales del ámbito de la reducción de daños, muchas personas, especialmente mujeres y personas con identidades de género no normativas, presentan trayectorias de consumo profundamente atravesadas por experiencias de violencia sexual, abuso emocional, coerción relacional y desigualdad estructural.

Desde esta perspectiva, reducir el daño no puede limitarse a disminuir la frecuencia o cantidad de consumo, sino que debe incluir factores como identificación y abordaje de experiencias traumáticas subyacentes, creación de espacios terapéuticos percibidos como seguros donde el control, la culpa y la vergüenza no sean reproducidos, reconocimiento del consumo como estrategia de supervivencia en este contexto pero también, abrir una posibilidad no punitiva de que haya podido ser utilizado como estrategia de ocio sin añadir una mirada estigmatizante, dando así agencia a las personas.

El enfoque propuesto, al priorizar la escucha de las partes, el consentimiento interno, la autonomía del *Self* y la ausencia de juicios morales, se sitúa claramente dentro de los principios de la atención sensible al trauma favoreciendo una intervención más ética, inclusiva y ajustada a las realidades de estas personas.

Además, la propuesta de trabajo destaca por ser un enfoque no patologizante que, valida las estrategias de afrontamiento del paciente, reduciendo la vergüenza asociada al consumo y facilitando esto la intervención en la parte traumática.

Desde la reducción del daño, además, permite que el o la paciente adapten los objetivos de consumo, tanto si elige que quiere conseguir una abstinencia como una reducción, según el momento de la intervención y devolviendo agencia a la persona

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

implicada, ya que permite que él o ella vaya eligiendo en cada momento qué cree que necesita.

Por otro lado, la perspectiva de trauma informado amplía el alcance de la reducción del daño y permite responder a las necesidades de todo tipo de poblaciones y realidades, no solamente las más normativas.

Señalar de igual forma, que se ha escogido el modelo IFS como propuesta para esta intervención en lugar de otros habituales como la Terapia Cognitivo Conductual, el EMDR o el *Seeking Safety* porque permite abordar de forma simultánea el trauma y la adicción desde una misma lógica interna y es adecuado para trauma complejo y disociación.

Sin embargo, el consumo activo de sustancias fuera de las sesiones no constituye criterio de exclusión en ningún caso. Esta decisión responde a evidencia consolidada y reciente: excluir por consumo activo aumenta el estigma, reduce drásticamente la adherencia al tratamiento (hasta un 65 % de abandono) y contradice los principios fundamentales de reducción de daños y cuidado informado en trauma (Pauly et al., 2021; Watson et al., 2022). Estudios longitudinales muestran que las intervenciones que aceptan el consumo activo logran mayor retención (78–89 %), mayor reducción de riesgos y mejores resultados en síntomas postraumáticos que aquellas que exigen abstinencia previa (Vanderplasschen et al., 2019; Davis et al., 2023). En población con trauma complejo, condicionar la participación a la abstinencia refuerza la vergüenza tóxica y activa partes protectoras disfuncionales, mientras que la aceptación incondicional terapéutica facilita la alianza y el acceso al *self* (Herman, 2022; Sweezy y Ziskind, 2023). Por tanto, se mantiene la plena inclusión de participantes con consumo activo cotidiano, coordinando si procede con el tratamiento médico habitual, pero nunca condicionando la participación al cese del consumo.

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

En este sentido, la principal aportación de este trabajo radica en ofrecer una propuesta de intervención manualizada que integra de forma coherente el modelo IFS, la reducción del daño y el enfoque trauma-informado, proporcionando un marco clínico aplicable al contexto sanitario y especialmente adecuado para el abordaje del trauma complejo y la disociación, donde otros modelos más centrados en el control sintomático pueden resultar insuficientes.

En conclusión, la priorización del modelo IFS en el tratamiento del trauma y las adicciones puede justificarse desde una perspectiva clínica integradora, basada en su capacidad para abordar simultáneamente la dimensión traumática y la adictiva, su enfoque no patologizante y su adecuación al trauma complejo. Sin embargo, esta elección debe situarse dentro de un modelo de intervención basado en la evidencia, reconociendo tanto las fortalezas como las limitaciones del enfoque y promoviendo su integración con otros modelos terapéuticos validados.

### **Limitaciones**

El presente trabajo presenta diversas limitaciones que deben ser consideradas. En primer lugar, la evidencia científica disponible sobre la eficacia específica del modelo IFS en el tratamiento de las adicciones es aún limitada. Aunque existen estudios que han reportado beneficios preliminares, especialmente en relación con el trabajo sobre la vergüenza, la regulación emocional y el control de impulsos, son escasos los estudios controlados y comparativos que avalen su eficacia frente a otros modelos ampliamente validados, como la terapia cognitivo-conductual, especialmente en términos de tasas de recaída

En segundo lugar, la implementación de la intervención propuesta requiere una formación específica en el modelo IFS, así como en los principios de la reducción del daño y la atención informada en trauma. En contextos públicos, como los centros de

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

atención a las adicciones, esto puede suponer una dificultad adicional, al implicar la necesidad de formación continua del personal y de recursos organizativos que no siempre están disponibles.

Por último, la duración del programa, planteado en un total de 15–16 sesiones, puede limitar su viabilidad en determinados dispositivos públicos, donde la elevada rotación de las personas usuarias y los cambios en los profesionales de referencia dificultan la continuidad terapéutica. Estas condiciones organizativas podrían afectar a la aplicación íntegra de la intervención, especialmente en poblaciones con trayectorias de consumo prolongadas e inestables.

### **Líneas Futuras**

En relación con el desarrollo futuro de la presente propuesta de intervención, se considera relevante continuar explorando y ampliando su aplicabilidad tanto desde una perspectiva clínica como investigadora. En primer lugar, futuras investigaciones podrían centrarse en la implementación empírica del programa y en la evaluación de su eficacia mediante diseños longitudinales, que permitan analizar la evolución de las personas participantes a medio y largo plazo. Este tipo de estudios resultaría especialmente pertinente en población con trayectorias prolongadas de consumo y antecedentes de trauma complejo, donde los cambios terapéuticos suelen ser graduales y no lineales.

En segundo lugar, sería de interés desarrollar estudios comparativos que permitan contrastar la intervención propuesta con otros modelos de tratamiento ampliamente utilizados en el abordaje del trauma y las adicciones, tales como la Terapia Cognitivo-Conductual, el EMDR o programas basados en la abstinencia. Este tipo de diseños permitiría delimitar con mayor precisión los elementos diferenciales del modelo IFS integrado con reducción del daño y atención informada en trauma, así

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

como identificar los perfiles de pacientes para los que este enfoque podría resultar más beneficioso.

Asimismo, una línea futura relevante consiste en adaptar la intervención a otros formatos terapéuticos, como el trabajo grupal o intervenciones combinadas individuales-grupales. La incorporación de un formato grupal podría favorecer procesos de identificación, apoyo mutuo y reducción de la vergüenza, especialmente relevantes en personas con historias de trauma interpersonal, siempre que se mantengan los principios de seguridad y consentimiento interno que caracterizan al modelo IFS.

Desde una perspectiva aplicada, futuras líneas de desarrollo podrían orientarse a la elaboración de protocolos específicos para contextos asistenciales con alta variabilidad clínica, como los centros públicos de atención a las adicciones. En este sentido, resultaría pertinente diseñar guías de actuación para situaciones en las que la persona acuda a sesión con un nivel de consumo que dificulte el trabajo terapéutico, garantizando la continuidad del proceso sin recurrir a criterios excluyentes y preservando los principios de reducción del daño y cuidado informado en trauma.

Finalmente, se plantea como línea futura la incorporación progresiva de la intervención en programas de formación y supervisión para profesionales de la salud mental, con el objetivo de facilitar la implementación de enfoques sensibles al trauma en los dispositivos de atención a las adicciones. La formación en modelos como IFS, junto con el desarrollo de competencias en reducción del daño y trauma informado, podría contribuir a mejorar la calidad de las intervenciones, reducir el abandono terapéutico y promover prácticas clínicas más coherentes con la complejidad de las trayectorias vitales de esta población.

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

## Referencias

Aguiló, R. T., Iñiguez Grané, J., Rigau Simon, N., y Serrano Sarbosa, D. (2021). *Relación entre eventos traumáticos y el trastorno por uso de sustancias: Estudio descriptivo*. En Actas de XXIII Congreso de Patología Dual.  
<https://doi.org/10.17579/SEPD2021O025>

Alcobendas, V. B. (2024, julio). *Introducción al enfoque sensible al trauma* [Webinar]. Federació Catalana de Drogodependències i altres Addiccions.

Ally, D., Tobiasz-Veltz, L., Tu, K., Comeau, A., Bumpus, C., Blot, T., Rice, F. K., Orr, B., Rea, H. S., Sweezy, M., y Schuman-Olivier, Z. (2025). A pilot study of an online group-based Internal Family Systems intervention for comorbid posttraumatic stress disorder and substance use. *Frontiers in Psychiatry*, 16.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1544435>

American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.<sup>a</sup> ed.). Editorial Médica Panamericana.

Anderson, F., Schwartz, R. C. y Sweezy, M. (2017). *Internal Family Systems Skills Training Manual: Trauma-Informed Treatment for Anxiety, Depression, PTSD & Substance Abuse*. PESI Publishing & Media

Berenz, E. C., Cho, S. B., Overstreet, C., Kendler, K., Amstadter, A. B. y Dick, D. M. (2016). Longitudinal investigation of interpersonal trauma exposure and alcohol use trajectories. *Addictive Behaviors*, 53, 67–73.  
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.09.014>

Birkeland, M. S., Greene, T. y Spiller, T. R. (2022). Understanding the relationships between trauma type and individual posttraumatic stress symptoms: A cross-

### Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

sectional study of a clinical sample of children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(12), 1495–1504. DOI:10.1111/jcpp.13602

Brown, V. B., Harris, M. y Fallot, R. (2013). Moving toward trauma-informed practice in addiction treatment: A collaborative model of agency assessment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 45(5), 386–393.

<https://doi.org/10.1080/02791072.2013.844381>

Bloch, E. L. y Wainrib, B. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma*.

Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer.

Capone, C., Norman, S. B., Haller, M., Davis, B., Shea, M. T., Browne, K., Lang, A. J., Schnurr, P. P., Golshan, S., Afari, N., Pittman, J., Allard, C. B. y Westendorf, L. (2021). Trauma Informed Guilt Reduction (TrIGR) therapy for guilt, shame, and moral injury resulting from trauma: Rationale, design, and methodology of a two-site randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*, 101, 106251.

<https://doi.org/10.1016/j.cct.2020.106251>

Carey, K. B., Carey, M. P., Maisto, S. A. y Henson, J. M. (2007). Temporal stability of the Timeline Followback interview for alcohol and drug use with psychiatric outpatients. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(6), 774-781.

Carpio García, L., Matsuura, J., Martín Villarroel, C., y García Martín de la Fuente, E.

(2021). *Mecanismos de supervivencia en trauma y consumo de sustancias (del trastorno de eje II con consumos al episodio depresivo encubierto)*. En Actas de XXIII Congreso de Patología Dual.

Cillo, A. (2025). *Neurociencias y Memoria: Como el cerebro guarda el dolor y es capaz*. Editorial Dunken.

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B. y Bryant, R. A. (2016). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 30359. DOI: [10.3402/ejpt.v5.25097](https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25097)
- Courtois, C. A. y Ford, J. D. (2013). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach*. The Guilford Press.
- Cunningham, K. C., Davis, J. L., Wilson, S. M. y Resick, P. A. (2018). A relative weights comparison of trauma-related shame and guilt as predictors of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptom severity among US veterans and military members. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 163–176.  
<https://doi.org/10.1111/bjc.12163>
- Davis, A. K., Agin-Liebes, G. y España, M. (2023). Acceptability of harm reduction strategies among people who use drugs: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 244, 109783.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.109783>
- Fernández-Artamendi, S., López-Núñez, C., Beltrán-Velasco, A. I. y Secades-Villa, R. (2023). Validación española de la escala ARTIC-35: actitudes hacia la atención informada en trauma. *Adicciones*, 35(4), 789–800.  
<https://doi.org/10.20882/adicciones.2215>
- Fernández-Fillol, C., Fernández-Artamendi, S. y Martínez-Loredo, V. (2021). Propiedades psicométricas de la versión española del Trauma Experiences Scale-Revised (TES-R). *Ansiedad y Estrés*, 27(2-3), 145–153.  
<https://doi.org/10.5093/anyes2021a18>
- Fisher, J. (2017). *Healing the fragmented selves of trauma survivors: Overcoming internal self-alienation*. Routledge.

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

González, A. (2021). *Las cicatrices no duelen*. Planeta Libros.

Green, B. L., Goodman, L. A., Krupnick, J. L., Corcoran, C. B., Petty, R. M., Stockton, P. y Stern, N. M. (2000). Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *Journal of Traumatic Stress, 13*(2), 271–286.  
<https://doi.org/10.1023/A:1007758711939>

Harm Reduction International. (2021). *What is harm reduction?*  
<https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence — From domestic abuse to political terror*. Basic Books.

Herman, J. L. (2022). *Truth and repair: How trauma survivors envision justice*. Basic Books.

Konkolj Thege, B., Horwood, L., Slater, L., Tan, M. C., Hodgins, D. C. y Wild, T. C. (2017). Relationship between interpersonal trauma exposure and addictive behaviors: A systematic review. *BMC Psychiatry, 17*(1), 164.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1318-2>

Levin, Y., Lev Bar-Or, R., Forer, R., Vaserman, M., Kor, A. y Lev-Ran, S. (2021). The association between type of trauma, level of exposure and addiction. *Addictive Behaviors, 118*, 106889. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106889>

López-Núñez, C., Weidberg, S., Fernández-Artamendi, S., Secades-Villa, R. y García-Fernández, G. (2016). Propiedades psicométricas de la versión española del Short Inventory of Problems (SIP-2R). *Adicciones, 28*(3), 159–168.  
<https://doi.org/10.20882/adicciones.862>

Madrid Salud. (2022). *Plan de adicciones de la Ciudad de Madrid 2022-2026*. Madrid Salud. <https://madridsalud.es/pdf/PLAN%20DE%20ADICCIONES%2022-26.pdf>

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

- Marlatt, G. A. (2004). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. Guilford Press.
- Marlatt, G. A., y Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press.
- McVicker, S. A. M., y Pourier, W. (2021). Two Counselors Envision IFS (Internal Family Systems) Therapy for Addictions Treatment in Indian Country. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 39(2), 175–197.  
<https://doi.org/10.1080/07347324.2020.1846479>
- Molina-Sánchez, C. (2024). *Reducción del daño desde la perspectiva de género: Una investigación desde las profesionales*. Red Iberoamericana de ONG que trabajan en Drogas y otras Adicciones (RIOD). [https://riod.org/wp-content/uploads/2024/12/REDDANOSYGRO\\_DEF.pdf](https://riod.org/wp-content/uploads/2024/12/REDDANOSYGRO_DEF.pdf)
- National Institute for Health and Care Excellence. (2016). *Coexisting severe mental illness and substance misuse: Community health and social care services*. NICE guideline NG58. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng58>
- Najavits, L. M. (2002). *Seeking Safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. The Guilford Press
- Najavits, L. M. y Hien, D. (2013). Helping vulnerable populations: A review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1054–1066.
- Norman, S. B., Haller, M., Hamblen, J. L., Southwick, S. M. y Pietrzak, R. H. (2018). The burden of co-occurring alcohol use disorder and PTSD in U.S. Military veterans: Comorbidities, functioning, and suicidality. *Psychology of Addictive Behaviors*, 32(2), 224–229. <https://doi.org/10.1037/adb0000348>

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

O'Leary, C., Ralphs, R., Stevenson, J., Smith, A., Harrison, J., Kiss, Z., & Armitage, H. (2024). The effectiveness of abstinence-based and harm reduction–based interventions in reducing problematic substance use in adults who are experiencing homelessness in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*, 20(2), 1396.

<https://doi.org/10.1002/cl2.1396>

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2024). *Informe 2024. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España* (294 pp.). Ministerio de Sanidad.

Organización Mundial de la Salud. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria*. <https://www.paho.org/sites/default/files/consumo-sustancias-Assist-manual.pdf>

Parramore, J. D. (2020). *Group treatment effectiveness for substance use disorders: Abstinence vs. harm reduction* (Doctoral dissertation). Old Dominion University. <https://doi.org/10.25777/dy9q-0w95>

Pauly, B., Shahram, S., Dang, P., Marcellus, L. y MacDonald, M. (2021). “You don’t get told anything, they don’t do anything”: How people who use drugs experience access to healthcare. *International Journal of Drug Policy*, 98, 103398. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103398>

Salvador, M. C. (2009). El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Terapias Psiconeurológicas del Trauma*, 20(80), 5-80.

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

- Schimmenti, A., Billieux, J., Santoro, G., Casale, S., y Starcevic, V. (2022). A trauma model of substance use: Elaboration and preliminary validation. *Addictive Behaviors*, 134, 107431. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107431>
- Schwartz, R. C. (1995). *Internal Family Systems Therapy*. Guilford Press
- Schwartz, R. C. (1997). *Internal family systems therapy*. Guilford Press.
- Schwartz, R. C. (2001). *Introduction to the Internal Family Systems Model*. Trailheads Publications.
- Schwartz, R. C. (2010). *Creating self-to-self intimacy: internal family systems therapy with couples*. Guilford Press.
- Simpson, T., Kaysen, D. L., Fleming, C. B., Rhew, I. C., Jaffe, A. E., Desai, S., Hien, D. A., Berliner, L., Donovan, D. y Resick, P. A. (2022). Cognitive processing therapy or relapse prevention for comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol use disorder: A randomized clinical trial. *PLoS One*, 17(11), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276111>
- Smith, J. A., Hayes, N. D. y Smock Jordan, S. (2019). Systemic integration of IFS therapy and 12-step facilitation for substance use: A theoretical discussion. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 37(1), 60–74. <https://doi.org/10.1080/07347324.2018.1502032>
- Segrelles, M. (2023). *Abraza a la niña que fuiste*. Penguin Random House Editorial.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach* (HHS Publication No. SMA14-4884). U.S. Department of Health and Human Services. [https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA\\_Trauma.pdf](https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf)

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

- Sweeney, A., Filson, B., Kennedy, A., Collinson, L. y Gillard, S. (2019). A paradigm shift: Relationships in trauma-informed mental health services. *BJPsych Advances*, 25(4), 249–258. <https://doi.org/10.1192/bja.2019.24>
- Sweezy, M. y Ziskind, E. L. (2023). *Innovations and elaborations in internal family systems therapy for trauma and addiction*. Routledge.
- Ullman, S. E., Relyea, M., Peter-Hagene, L. y Vasquez, A. L. (2013). Trauma histories, substance use coping, PTSD, and problem substance use among sexual assault victims. *Addictive Behaviors*, 38(6), 2219–2223. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.01.027>
- Van der Kolk, B. A. (1989). The compulsion to repeat the trauma: Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 389-411.
- Van der Kolk, B. (2003): *The neurobiology of childhood trauma and abuse*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America: Posttraumatic Stress Disorder*, 12 (2). Philadelphia: W.B. Saunders, 293-317.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. y Steele, K. (2019). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization* (2nd ed.). W. W. Norton.
- Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R. C., Pearce, S., Broekaert, E. y Vandeveld, S. (2019). Therapeutic communities for addictions: A review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 14(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0211-3>

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

- Watson, T. M., Strike, C. y Kolla, G. (2022). "It's too hard to change when you're in it": Stigma, low priority, and the need for trauma-informed substance use services. *Harm Reduction Journal*, 19(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00633-6>
- Zarse, E. M., Neff, M. R., Yoder, R., Hulvershorn, L., Chambers, J. E. y Chambers, R. A. (2019). The adverse childhood experiences questionnaire: Two decades of research on childhood trauma as a primary cause of adult mental illness, addiction, and medical diseases. *Cogent Medicine*, 6(1). <https://doi.org/10.1080/2331205X.2019.1581447>

## Apéndices

### Apéndice A:

#### Cronograma.

Elaboración propia basada en el manual *Internal Family Systems Skills* de Anderson et al., (2017). Señalado con la letra E y un recuadro con borde grueso son los momentos de evaluación. Fase 1 señalada en amarillo, fase 2 señalada en morad, fase 3 señalada en verde, fase 4 señalada en azul.

Sesión	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 5	Sem 6	Sem 7	Sem 8	Sem 9	Sem 10	Sem 11	Sem 12	Sem 13	Sem 14	Sem 15	Sem 16
Sesión 1	E															
Sesión 2																
Sesión 3																
Sesión 4																
Sesión 5																
Sesión 6																
Sesión 7																
Sesión 8																
Sesión 9																
Sesión 10																
Sesión 11																
Sesión 12																
Sesión 13																
Sesión 14																
Sesión 15																
Sesión 16																

Campus de la Orotava

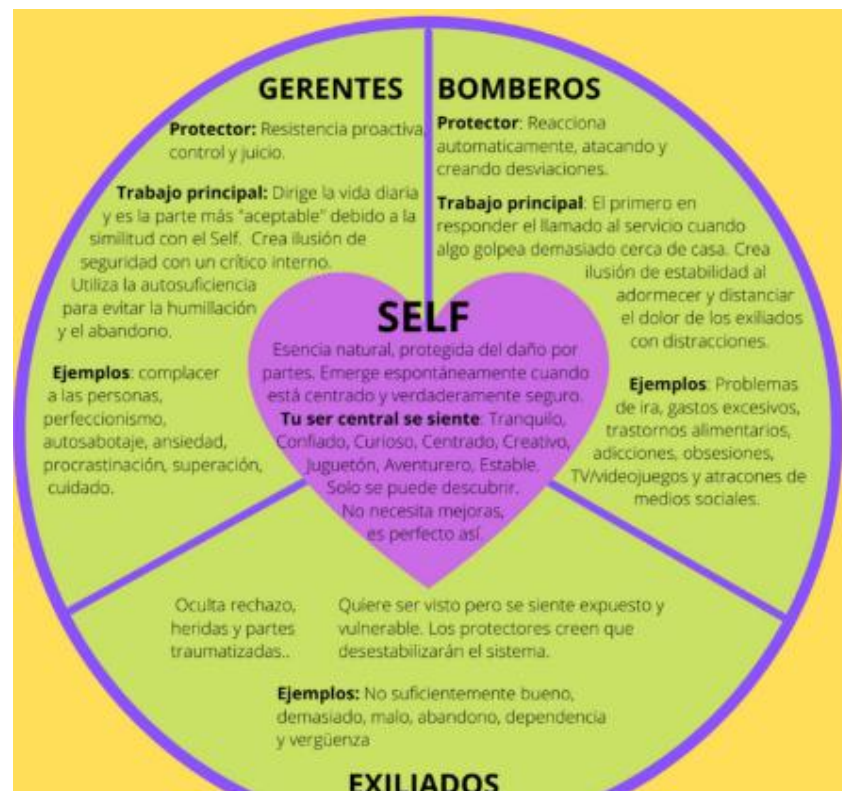
Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

## Apéndice B

### Hoja introductoria al Modelo IFS.

Basado en el libro de Schwartz, R. C. (2010), "Creando intimidad de *Self* a *Self*: terapia de sistemas familiares internos con parejas". (Sesión 1)



Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

## Apéndice C:

### **Esquema preimpreso de la cadena conductual de la adicción, ilustrando la polarización entre partes.**

Elaboración propia basada en *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. (Marlatt, G. A., y Gordon, J. R., 1985). (Sesión 2)



**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

## Apéndice D:

### *Ejemplo mapa de partes.*

Creando intimidad de *Self* a *Self*: terapia de sistemas familiares internos con parejas”.

(Sesión 2)

## La Plantilla del Mapa IFS



### Self en el Centro

El **Self** se representa en el centro porque es el líder natural y compasivo del sistema, la esencia de tu ser más allá de las partes.

### Partes alrededor

Las **partes se colocan alrededor** según cómo se experimenten internamente: cercanía, intensidad y conflicto determinan su posición.

### Relaciones visibles

El mapa revela **alianzas, polarizaciones y protecciones**, mostrando cómo tus partes trabajan juntas o entran en conflicto.

**Cada mapa es único** y refleja tu experiencia interna personal. No hay una "forma correcta" de hacerlo, solo tu verdad en este momento.

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

## Apéndice E.

### *Diario de desencadenantes.*

Elaboración propia basado en el libro de Schwartz, R. C. (2010), “Creando intimidad de *Self a Self*: terapia de sistemas familiares internos con parejas”. (Sesión 2)



## Apéndice F.

### *Preguntas guiadas.*

Elaboración propia basado en el libro de Schwartz, R. C. (2010), “Creando intimidad de *Self a Self*: terapia de sistemas familiares internos con parejas”. A continuación, se indica en qué sesiones aparecen.

Parte 1 (Sesión 5):

- ¿Qué lo desencadenó?
- ¿Qué emoción o parte exiliada apareció?
- ¿Qué protector se activó?
- ¿Qué pensamientos y sensaciones corporales surgieron?

Parte 2 (Sesión 7):

- “¿Qué es lo que llevas que ya no te pertenece?”
- “Si esta carga tuviera una forma, peso o textura, ¿cómo sería?”

Parte 3 (Sesión 7):

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

- “¿Cómo te sientes ahora?”
- “¿Qué necesitas después de haber soltado esto?”

Parte 4 (Sesión 8):

- ¿Qué detonante apareció?
- ¿Qué parte exiliada estaba activada?
- ¿Qué protector reaccionó?
- ¿Qué hizo el crítico después?

Parte 5 (Sesión 10):

- “¿Qué intentas evitar o calmar cuando pides consumir?”
- “¿Qué sientes cuando aparece la parte crítica después?”
- “¿Qué te ayudaría a no tener que actuar tan en extremo?”

Parte 6 (Sesión 10):

- “¿Qué temes que pase si el consumo continúa?”
- “¿De qué estás intentando proteger al sistema?”
- “¿Qué te hizo adoptar un tono tan duro?”

Parte 7 (Sesión 11):

- “¿Cuándo aparece esta sensación de “no valgo”?”
- “¿Qué edad parece tener esta parte?”
- “¿Qué cree sobre sí misma?”

Parte 8 (Sesión 11):

- “¿Qué temes que pase si dejas de criticar?”
- “¿Cuándo empezaste a usar este tono tan duro?”
- “¿Qué estás intentando evitar?”

Parte 9 (Sesión 12):

- “¿Qué sientes hacia esta parte ahora mismo?”

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

- “¿Está dispuesta a hablar contigo?”

Parte 10 (Sesión 12):

- “¿Qué dolor estás anestesiando exactamente?”
- “¿Cuándo empezaste a hacer este trabajo?”
- “¿Qué temes que pase si no consumes?”

Parte 11 (Sesión 13):

- “¿Qué emoción acompaña a esta sensación?”
- “¿Qué intenta evitar o pedir?”

Parte 12 (Sesión 14):

- “¿Qué partes están hoy más calmadas?”
- “¿Qué haces ahora que antes no podías?”

Parte 13 (Sesión 14):

- “¿Qué haces hoy que antes era impensable?”
- “¿Qué parte ha cambiado más su rol?”
- “¿Qué te ayuda ahora a frenar una escalada?”

Parte 14 (Sesión 15):

- “¿Qué parte ya no tiene que trabajar tan duro?”
- “¿Qué harías diferente si hoy apareciera una crisis?”

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

**Apéndice G.*****Barómetro de la adicción.***

Elaboración propia basada en *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. (Marlatt, G. A., y Gordon, J. R., 1985). Aparece en todas las sesiones desde la sesión 3.

<b>BARÓMETRO DE LA ADICCIÓN</b>	
	<b>1 2 3 4 6 7 8 9 10</b>
<b>ESCALA</b>	<b>SITUACIONES DE ANSIEDAD</b> _____
	<b>RESPUESTA DEL YO</b> _____

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

## Apéndice H

### Ejemplos de ensayo mental del nuevo rol en situaciones de craving.

Elaboración propia basado en el libro de Schwartz, R. C. (2010), "Creando intimidad de Self a Self: terapia de sistemas familiares internos con parejas". Aparece en la sesión 12.

### Uso de sustancias para mantener relaciones sexuales.

#### Formulación IFS del protector adictivo.

**Protector adictivo (bombero):** "El que usa sustancias para poder tener sexo / conectar íntimamente"

**Función actual:** Reducir ansiedad sexual. Apagar vergüenza corporal o miedo al rechazo. Facilitar desinhibición para sostener intimidad. Evitar sentir vacío, soledad o sensación de "no ser suficiente".

**Exiliadas que protege:** Parte adolescente que se sintió no deseable. Parte herida por rechazo, humillación o abuso sexual. Parte que asocia intimidad con peligro o abandono.

#### Diálogo de exploración (Sesión 12).

1. **Contacto desde el Self** "Hay una parte que usa sustancias para poder estar con otra persona sexualmente. Antes de intentar cambiar nada, quiero entenderte."

2. **Exploración del rol actual. Preguntas posibles:** "¿Qué te preocupa que pase si intenta tener sexo sin consumir?" "¿Qué sientes que estás evitando?" "¿Cuándo empezaste a hacer este trabajo?"

Respuestas típicas del protector: "Sin sustancias se va a bloquear." "Va a notar que no vale." "Se va a quedar solo." "Va a sentir vergüenza o miedo."

**Se valida:** "Tiene sentido que hayas asumido este rol si eso fue lo que permitió sobrevivir a esas experiencias."

**Pregunta clave de transformación (núcleo de la sesión)** "Si ya no tuvieras que cargar con la tarea de anestesiar la vergüenza o el miedo durante el sexo, ¿qué te gustaría hacer en su lugar? ¿Qué rol te gustaría tener en el sistema?"

**Ejemplos concretos de nuevos roles posibles.** Aquí es importante que sean realistas, no idealizados:

**Transformación posible del rol.** Antes: "Bombero que usa sustancias para poder tener sexo".

**Después (opciones):**

1. **"Guardián del ritmo y los límites".** Detecta cuándo el cuerpo está demasiado tenso. Ayuda a frenar encuentros sexuales cuando no hay seguridad. Apoya decir "no" o "más despacio".
2. **"Señalizador de inseguridad".** Avisa al Self cuando aparece vergüenza o miedo. Pide apoyo antes del encuentro (respiración, contacto seguro). Sugiere intimidad no sexual si no hay regulación suficiente.
3. **"Facilitador de conexión segura".** Ayuda a priorizar vínculos donde haya cuidado. Apoya conversaciones previas sobre expectativas y límites. Permite diferenciar deseo de necesidad de validación.

**Ensayo interno (muy importante). Se guía una escena realista:** "Imagina que estás con alguien que te atrae. Empieza a aparecer la ansiedad sexual. En lugar de empujar al consumo, ¿cómo actúa ahora esta parte?"

Se observa: ¿Pide pausa? ¿Activa grounding? ¿Sugiere contacto emocional antes que sexual? ¿Pide apoyo al Self?

**Integración con reducción de daños (si el consumo sigue presente).** Desde RdD e IFS: "Si aún aparece consumo, el acuerdo no es castigarte, sino observar: ¿qué intentaba proteger esta parte? ¿qué necesitaba realmente?"

Se puede acordar: Reducir cantidad. Separar consumo de ciertos encuentros. Priorizar seguridad física y emocional.

Frase clínica clave para cerrar la sesión: "Esta parte no quería sexo por sexo; quería que no te sintieras solo, avergonzado o rechazado. Ahora puede ayudarte a cuidar la intimidad, no a anestesiarla."

### Campus de la Orotava

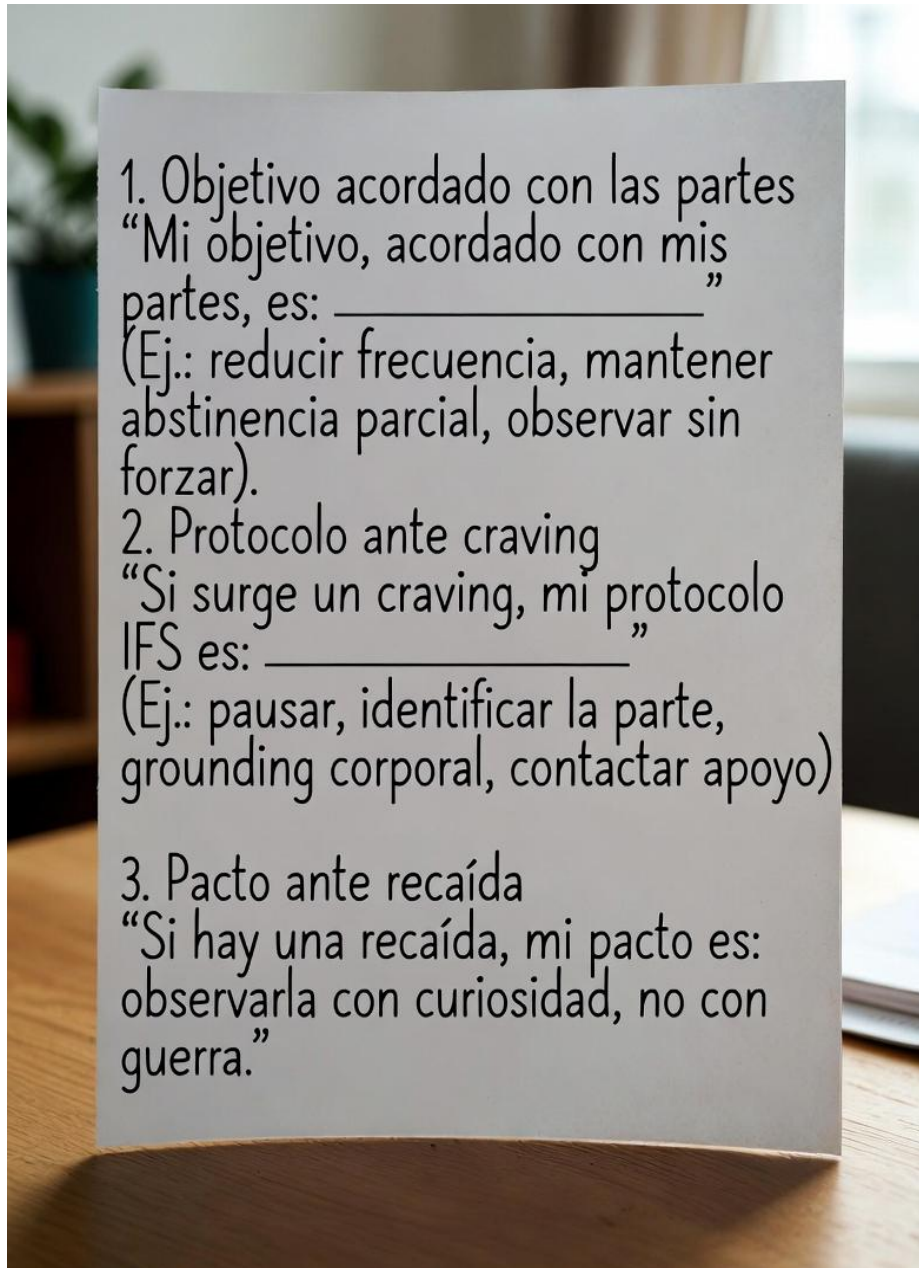
Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

## Apéndice I

### *Plan de crisis y mantenimiento Self-led.*

Elaboración propia basado en el libro de Schwartz, R. C. (2010), "Creando intimidad de *Self a Self*: terapia de sistemas familiares internos con parejas". Aparece en la sesión 14.



**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)