



BIO+

Tu cuerpo es la puerta

ENTRENAMIENTO EN

# Trauma Informado



Ventana de tolerancia y  
estados autonómicos

## Capítulo de entrenamiento clínico

### Ventana de tolerancia y estados autonómicos

#### Cómo detectar ventral / simpático / dorsal en menos de 60 segundos y elegir una intervención inicial segura

Este capítulo enseña observación e intervención inicial.

No reemplaza diagnóstico ni tratamiento.

Si hay ideación suicida, psicosis, violencia activa, abuso en curso o consumo grave, prioriza derivación y plan de seguridad.

2

### Romper la creencia: “la reacción es exagerada”

Hay una frase que aparece mucho en la mente del terapeuta en formación:  
“Esto es desproporcionado.”

Y en la mente del paciente suele aparecer otra:

“Estoy reaccionando mal.”

“Algo está mal en mí.”

Vamos a ordenar esto desde la práctica clínica.

#### La reacción no es exagerada.

Suele ser **coherente con la historia del sistema nervioso**.

El error típico es mirar solo el contenido:

“¿Qué pasó? ¿Por qué te afecta tanto?”

Como si el problema fuera la historia.

En trauma informado, muchas veces el problema principal es otro:  
**el estado.**

Mini-escena reconocible:

- Están hablando normal.
- Dices una frase neutra.
- Y de pronto la persona cambia.

Se acelera.

Se irrita.

Se siente amenazada.

Se desconecta.

O se apaga.

Pregunta para ti:

**¿Cuántas veces intentaste “aclarar” el contenido... y empeoró?**

Regla BIO+ que ordena esta lectura:

**orden interno antes que acción.**

Primero estabilizas el sistema. Luego intervienes.

## **La ventana de tolerancia: un mapa para observar, no una teoría**

La ventana de tolerancia es el rango de activación donde una persona puede:

- estar presente
- pensar con claridad
- sentir sin desbordarse
- elegir conductas

**Dentro de la ventana hay flexibilidad.**

**Fuera de la ventana hay protección.**

Esto es importante:

La ventana no es “estar bien”.

Es **poder regular**.

**Tres zonas prácticas (lo mínimo que necesitas)**

- **Dentro de ventana:** hay contacto, elección, y retorno posible.
- **Arriba de ventana:** hay alerta, urgencia, pelea/huida.
- **Abajo de ventana:** hay apagado, desconexión, inmovilidad.

Pregunta breve para usar como facilitador:

**¿Está presente... o está protegiéndose?**

## **Cómo se ve cada estado en práctica real (mini-escenas)**

Aquí no buscamos palabras bonitas.

Buscamos señales que puedas ver en una persona real.

**1) Ventral: conexión y elección disponibles**

### Explicación breve

Ventral es el estado donde hay seguridad suficiente para contactar y elegir. No significa “felicidad”. Significa **capacidad de volver**.

### Mini-escena

Paciente: “Me alteré ayer. Lo noto en el pecho. Puedo hablarlo.”

Puede respirar y pausar.

Puede decir “sí” o “no” sin derrumbarse.

### Qué observar (señales rápidas)

- mirada flexible (no fija, no perdida)
- voz con variación (no monótona, no urgente)
- respiración más amplia
- puede describir sensaciones sin perderse
- puede elegir: “paro”, “sigo”, “más lento”

### Qué hacer (intervención inicial segura)

- consolidar recursos: “¿qué te ayuda a volver?”
- entrenar retorno: pausa, orientación breve, respiración funcional
- microdosis con regreso: tocar tema leve y volver al presente

### Qué NO hacer en ventral

- subir intensidad innecesaria
- usarlo como excusa para “aprovechar y empujar”
- convertir sesión en exposición larga “porque hoy está bien”

### Micro-resumen en sesión

Si hay ventral: **consolida y entrena retorno**. No aceleres.

## 2) Simpático: activación, alerta, urgencia

### Explicación breve

Simpático es energía para actuar.

En trauma, esa energía se lee como peligro: **alarma**.

### Mini-escena

Paciente entra rápido:

“Necesito resolver esto YA.”

Habla encima de sí mismo.

Se justifica.

Se irrita con facilidad.

O escena de pareja en sesión:

Uno sube el tono y el otro sube el tono.

La sala se llena de urgencia.

### **Qué observar (señales rápidas)**

- respiración alta / entrecortada
- mandíbula, hombros o manos tensas
- habla rápida, urgente, defensiva
- dificultad para pausar
- foco estrecho: “tengo que”, “debo”, “no puedo”

### **Qué hacer (intervención inicial segura)**

- bajar estímulos: voz más lenta, menos palabras, menos preguntas
- orientación externa breve: 3 cosas que ve, 2 sonidos
- anclaje por apoyo: pies presionan y sueltan
- exhalación ligeramente más larga (10–15%)
- lenguaje concreto: “ahora bajamos un punto y seguimos”

### **Qué NO hacer en simpático**

- discutir el contenido (“pero no es para tanto”)
- interpretar moralmente (“estás resistiendo”)
- hacer preguntas largas (“cuéntame todo desde el inicio”)
- subir intensidad (“entra más en eso”)

### **Micro-resumen en sesión**

Si hay simpático: **baja alarma primero**. Después hablas.

## **3) Dorsal: apagado, desconexión, inmovilidad**

### **Explicación breve**

Dorsal es conservación.

No es flojera. Es una defensa cuando el sistema percibe “no hay salida”.

Aquí vive mucha “congelación” clínica:  
poca energía, poca voz, poco movimiento, poca agencia.

### **Mini-escena**

Paciente: “No sé.”

“Da igual.”

“No siento.”

Mira un punto fijo.

Parece calmado, pero está lejos.

Otra escena típica:

Acordaron una tarea mínima.

No la hizo.

Se culpa.

Y se queda igual de quieto.

### **Qué observar (señales rápidas)**

- voz baja o plana
- mirada perdida o demasiado fija
- lentitud extrema para responder
- respiración muy superficial
- postura colapsada o rigidez sin movimiento
- frases cortas repetidas: “no sé”, “nada”

### **Qué hacer (intervención inicial segura)**

- micro-movimiento elegido: dedos, pies, cuello (mínimo)
- orientación visual detallada: mirar un objeto y describirlo
- calor suave si está disponible (manta, bebida tibia)
- voz cálida, frases cortas, preguntas simples
- restaurar agencia: “elige tú el movimiento”
- evitar exploración emocional profunda en ese momento

### **Qué NO hacer en dorsal**

- empujar emocionalmente: “siente más”, “llora”, “entra”
- exigir narrativa: “cuéntame todo”
- interpretar como falta de compromiso

- usar confrontación (“si no haces, no cambias”)
- largos silencios sin estructura (pueden aumentar desconexión)

### **Micro-resumen en sesión**

Si hay dorsal: **no empujes**. Devuelve **micro-agencia**.

7

## **Por qué el razonamiento no regula (y por qué hablar del contenido no siempre ayuda)**

Esto es lo que confunde a muchos terapeutas en formación:

El paciente puede “entender” algo...  
y seguir reaccionando igual.

### **Porque la amígdala reacciona antes que el pensamiento.**

Y cuando la alarma está arriba, el sistema no está en conversación.  
Está en protección.

Luego la mente hace algo lógico:  
busca una historia para explicar el estado.  
“Me va a abandonar.”  
“Me está atacando.”  
“No puedo con esto.”

Si tú discutes la historia mientras hay alarma:

- en simpático: subes más energía
- en dorsal: desconectas más

Regla clínica simple:

**Primero estado. Después contenido.**

Pregunta para ti:

**¿Estás intentando ganar un debate... o recuperar regulación?**

## **Cómo ubicar rápidamente el estado en menos de 60 segundos**

Aquí tienes un método breve. Úsalo como guión.

**“Chequeo 60s” (en cualquier sesión)**

**1) Mira respiración (10s)**

¿Alta y rápida? ¿O casi invisible?

**2) Mira mirada y voz (15s)**

¿Mirada flexible o fija/perdida?

¿Voz urgente o plana?

**3) Mira movilidad (15s)**

¿Hay gestos espontáneos?

¿O rigidez / colapso?

**4) Pregunta de agencia (20s)**

“¿Puedes elegir una cosa pequeña ahora: seguir o pausar?”

Si no puede elegir: probablemente está fuera de ventana.

**Señales rápidas de reconocimiento (cuadro)****Ventral**

- puede pausar y elegir
- tono flexible
- presencia estable

**Simpático**

- urgencia, tensión
- habla rápida
- atención estrecha

**Dorsal**

- apagado, niebla
- voz plana
- poca movilidad / “me fui”

**Qué hacer según el estado (decisiones paso a paso)**

Esta sección es para actuar, no para pensar.

**Decisión clínica básica****1. ¿Está dentro de ventana?**

Si sí → consolida y trabaja con microdosis.

**2. Si está fuera de ventana:**

- arriba → baja alarma
- abajo → devuelve agencia y contacto con presente

## **Intervención inicial segura: “Primeros 2 minutos”**

### **Si está en simpático (alarma arriba)**

#### **Qué hacer**

1. Baja tu voz y reduce palabras.
2. “Mira 3 cosas en la sala.”
3. “Presiona pies 2 segundos y suelta.” (x3)
4. “Exhala un poco más lento.” (x5)

#### **Qué observar**

- respiración baja un poco
- mirada se abre
- disminuye urgencia

#### **Para qué sirve**

- le da a la amígdala señales de “aquí no hay peligro inmediato”

### **Si está en dorsal (apagado / congelado)**

#### **Qué hacer**

1. “Mueve un dedo. Tú eliges cuál.”
2. Pausa 2 segundos.
3. “Mueve dedos del pie.”
4. Pausa.
5. “Mira ese objeto y dime un detalle.”

#### **Qué observar**

- aparece 5% más de presencia
- vuelve algo de tono en la voz
- más contacto con pies/manos

**Para qué sirve**

- le muestra al sistema que el movimiento es posible y seguro
- devuelve agencia sin sobreactivar

**Si está en ventral****Qué hacer**

1. Refuerza recursos: “¿qué te ayuda a volver?”
2. Microdosis: “2–3 segundos del tema”
3. Retorno: “3 cosas que ves + pies + manos”

**Qué observar**

- mantiene presencia mientras toca el tema
- puede volver rápido al presente

**Para qué sirve**

- entrena tolerancia con retorno, sin empujar

**Cuadros de “error común del facilitador”****Error común #1: discutir contenido cuando hay alarma****Cómo suena**

- “Pero eso no tiene sentido.”
- “No fue para tanto.”
- “Estás interpretando mal.”

**Qué provoca**

- simpático: escalada
- dorsal: desconexión

**Qué hacer en vez**

- “Primero bajemos un punto el cuerpo.”
- orientación + apoyo + exhalación

## **Error común #2: empujar emocionalmente la congelación**

### **Cómo suena**

- “Conecta con eso.”
- “Llora.”
- “Entra más.”

### **Qué provoca**

- más apagado, más “no sé”, más vergüenza

### **Qué hacer en vez**

- micro-movimiento elegido + pausa + orientación visual

## **Error común #3: quitar agencia (stop “decorativo”)**

### **Cómo se ve**

- el paciente dice “paro” y sigues preguntando
- minimizas señales de saturación

### **Qué provoca**

- pérdida de seguridad
- más protección autonómica

### **Qué hacer en vez**

- stop real: pausa, orientación, cierre
- “Gracias por parar. Eso es regulación.”

## **Error común #4: subir intensidad demasiado rápido**

### **Cómo se ve**

- pasas de 0 a trauma
- microdosis inexistente

### **Qué provoca**

- rebote post-sesión
- abandono de tareas

## Qué hacer en vez

- titulación: lo mínimo efectivo
- retorno a presente siempre

## Protocolo práctico aplicable (checklist de uso real)

### Protocolo BIO+ “Estado primero” (5 pasos)

#### Paso 1 — Ubica estado (60s)

Respiración + mirada + voz + movilidad + pregunta de agencia.

#### Paso 2 — Elige objetivo inicial

- simpático: bajar alarma
- dorsal: devolver agencia
- ventral: consolidar y microdosis

#### Paso 3 — Intervención de 2 minutos

Usa el guión breve del estado correspondiente.

#### Paso 4 — Revisa efecto

Pregunta corta:

“¿Más presente del 0 al 10?”

“No busco perfecto. Busco un punto mejor.”

#### Paso 5 — Decide contenido

Solo si hay más presencia, recién ahí trabajas narrativa.

### Micro-resúmenes aplicables en sesión (para tener a mano)

- Si hay alarma, no negocies contenido. Baja el cuerpo primero.
- Si hay apagado, no empujes emoción. Devuelve micro-agencia.
- Si hay ventral, entrena retorno: microdosis + presente.
- Stop real = seguridad real.
- Lo mínimo efectivo gana.

## Ejemplos clínicos de decisiones (paso a paso)

### Caso A: “Se acelera hablando”

Paciente empieza a subir el tono y a justificar todo.

#### Decisión

1. Estado: simpático.
2. No hago interpretación.
3. Hago 2 minutos de orientación + pies + exhalación.
4. Recién después pregunto una cosa concreta.

13

#### Pregunta útil

“¿Puedes bajar un punto el cuerpo conmigo y seguimos?”

### Caso B: “No hizo lo acordado”

Llega apagado y se culpa.

#### Decisión

1. Estado: dorsal / congelación.
2. No confronto. No moralizo.
3. Micro-movimiento elegido + pausa + objeto.
4. Luego renegocio tarea: más pequeña, con agencia.

#### Pregunta útil

“¿Podemos elegir una tarea que tu sistema sí pueda sostener?”

### Caso C: “Está bien hoy”

Paciente presente, conectado.

#### Decisión

1. Estado: ventral.
2. Consolidado recursos.
3. Microdosis del tema leve con retorno.
4. Cierro con plan simple de 24 horas.

## Pregunta útil

“¿Qué señal te dice que te estás saliendo de ventana?”

## Integración final: la frase que ordena tu práctica

Las reacciones “sin sentido” suelen ser **sentido biológico**.

No se corrigen con argumentos.

Se corrigen con estado, contexto y ritmo.

Tu trabajo trauma informado, en versión operativa, es:

1. **ubicar estado**
2. **estabilizar sin empujar**
3. **intervenir con lo mínimo efectivo**
4. **consolidar con práctica**

Pregunta final para ti:

**En tu próxima sesión, ¿vas a perseguir contenido... o vas a ubicar estado primero?**

## Ejercicio de entrenamiento (7 días)

**Objetivo:** entrenar ojo clínico para ubicar estado e intervenir sin empujar contenido.

**Material:** cuaderno o notas del móvil.

**Tiempo:** 5 minutos al día.

### Parte A — Registro diario (5 min)

1. Tres momentos del día (mañana / tarde / noche) anota:
  - SUDS 0–10
  - Estado: ventral / simpático / dorsal
  - Señal corporal principal (1 frase)
2. Elige una intervención inicial según estado:
  - simpático: orientación + exhalación larga + pies
  - dorsal: micro-movimiento + orientación visual + calor suave
  - ventral: microdosis 3 segundos + retorno al presente
3. Repite SUDS al final y anota cambio.

**Micro-checklist de éxito**

- más presencia, aunque no perfecta
- SUDS baja o vuelve a bajar con recursos
- stop respetado

**Parte B — Práctica con compañero (opcional, 20–30 min)**

Roles: Facilitador / Participante.

1. Tema leve (SUDS 3–4). Nada intenso.
2. 60s de orientación externa.
3. Pregunta: “¿ventral, simpático o dorsal?”
4. Intervención específica 2–3 min.
5. Microdosis: 3 segundos + retorno (2 rondas).
6. Cierre: plan 24h básico (agua, comida, descanso, estímulos bajos).

**Señales para pausar y derivar**

- desorientación intensa o pérdida de tiempo
- SUDS 8–10 sostenido
- ideas de autolesión o desesperanza activa
- conducta de riesgo inmediata

## Contenido

|                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Romper la creencia: “la reacción es exagerada” .....                                     | 2  |
| La ventana de tolerancia: un mapa para observar, no una teoría.....                      | 3  |
| Cómo se ve cada estado en práctica real (mini-escenas).....                              | 3  |
| Por qué el razonamiento no regula (y por qué hablar del contenido no siempre ayuda)..... | 7  |
| Cómo ubicar rápidamente el estado en menos de 60 segundos .....                          | 7  |
| Qué hacer según el estado (decisiones paso a paso).....                                  | 8  |
| Intervención inicial segura: “Primeros 2 minutos” .....                                  | 9  |
| Cuadros de “error común del facilitador” .....                                           | 10 |
| Protocolo práctico aplicable (checklist de uso real).....                                | 12 |
| Ejemplos clínicos de decisiones (paso a paso).....                                       | 13 |
| Ejercicio de entrenamiento (7 días) .....                                                | 14 |