

Abordaje del trauma en población infanto juvenil

Mtra. Azalea
Magdalena Mancilla de
Alba.

Trauma en la infancia y en la adolescencia



TRAUMA

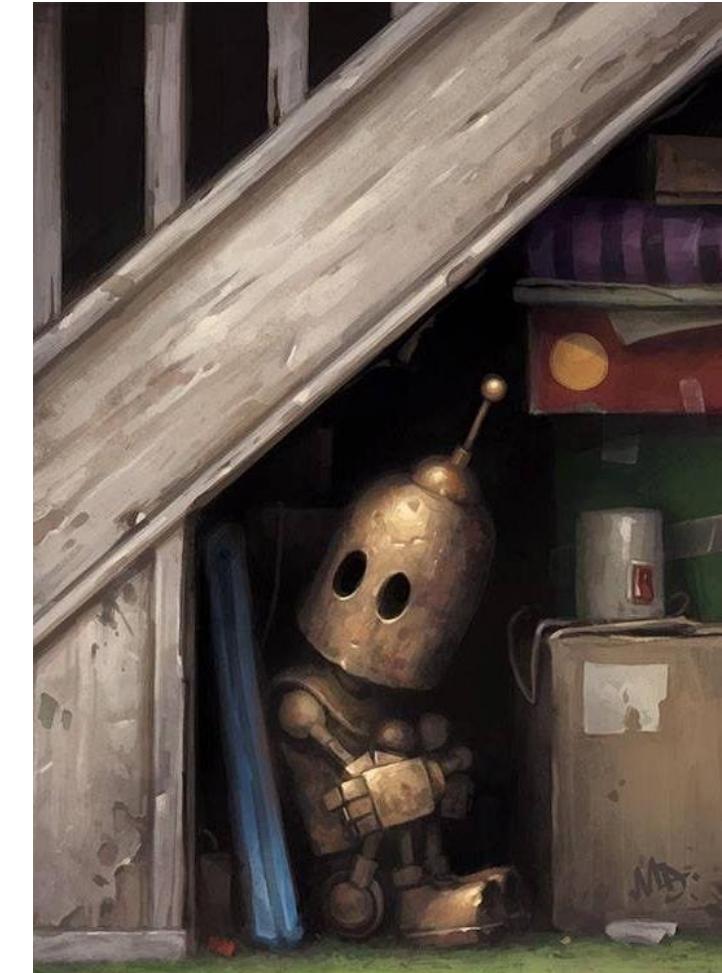
- Se infiere a una lesión o daño grave, ya sea físico o psicológico, causado por un evento o situación intensa y a menudo inesperada.

TRAUMA PSICOLÓGICO

- Es una respuesta emocional y psicológica a eventos que son extremadamente estresantes y perturbadores para el individuo,
- Puede conducir a trastornos a largo plazo como el trastorno de estrés postraumático (TEPT).

TEPT

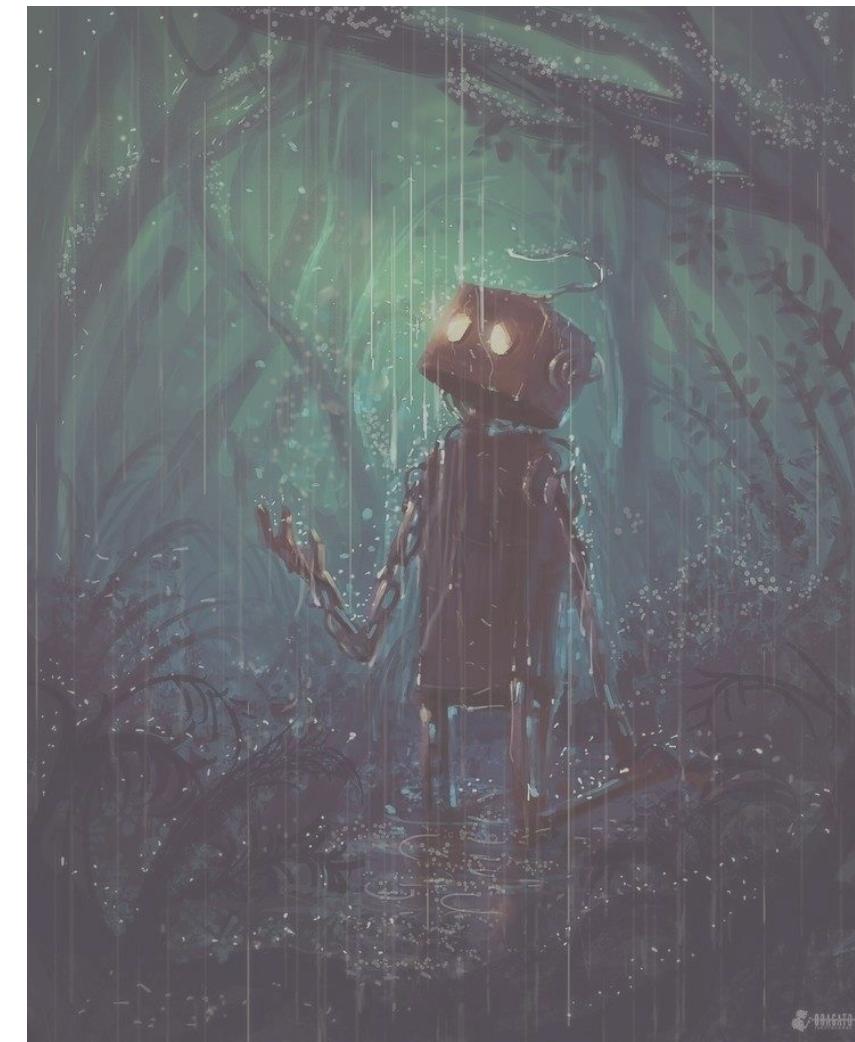
- Forma parte de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés en el DSM-5 TR.



Encuesta de Salud Mental Adolescentes en México (12 a 17 años) en 2008



- Más del 68% de los adolescentes refirió haber estado expuesto **a por lo menos un evento traumático** (violencia interpersonal grave), dentro de los que destacan:
 - **Pérdida súbita de un familiar**
 - **Violencia doméstica o social.**
 - **Accidentes graves**
 - **Abuso escolar**
 - **Abuso sexual**
- Se calcula una prevalencia de TEPT en población con una prevalencia de 1.8% (0.3 % en hombres y de 1.7% en mujeres).
- EL RIESGO AUMENTA SI SE PRESENTAN MÚLTILES EVENTOS



Dx. En adolescentes y niños mayores de 6 años



A) POSTERIOR AL EVENTO AVERSIVO	Directa o indirectamente, ya sea de forma real o por amenaza a eventos traumáticos (muerte, lesión grave o violencia). Exposición repetida.
B) SÍNTOMAS INTRUSIVOS (AL MENOS UNO)	Sueños o recuerdos angustiantes e involuntarios, reacciones disociativas, malestar psicológico y reacciones fisiológicas intensas.
C) CONDUCTA EVITATIVA PERSISTENTE (AL MENOS DOS)	Esfuerzos por evitar pensamiento, sentimientos y recuerdos, personas o lugares.
D) ALTERACIONES EMOCIONALES Y COGNITIVAS (AL MENOS DOS).	Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso, creencias negativas de sí mismo, percepción distorsionada del mundo, disminución del interés por actividades, sentimiento de desapego a los demás e incapacidad para expresar emociones positivas.
E) ALTERACIÓN IMPORTANTE DEL ESTADO DE ALERTA Y REACTIVIDAD (AL MENOS DOS).	Irritabilidad, agresividad, comportamiento autodestructiva, hipervigilancia, sobresaltos, concentración disminuida y alteraciones del sueño. Por un tiempo mínimo de un mes (E) que se asocia a un malestar clínicamente significativo o deterioro de la funcionalidad social o de otras áreas importantes en la vida (F). Los síntomas no se pueden atribuir a otra causa (G).



DX. NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS



DSM 5:

- A. Experimentar directamente o ser testigo de un evento traumático (sobre todo de sus cuidadores primarios).
- B. Presencia de al uno de los síntomas de intrusión.
- C. Al menos un síntoma de evitación cognición o estado de ánimo negativo.
- D. Al menos dos síntomas de reactividad autonómica.
- Tanto para niños menores de 6 años niños mayores y adolescentes puede especificarse si se cursa con despersonalización, desrealización y si es de inicio temprano o tardío (después de 6 meses del evento).

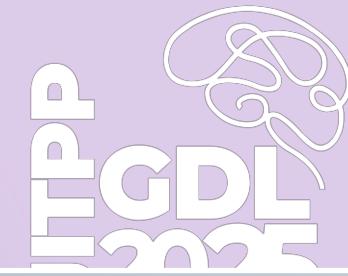
La CIE 11, (OMS) plantea una nueva categoría que incluye distintos trastornos asociados con el trauma o al estrés, con criterios similares

• Características asociadas:

- Perder temporalmente las habilidades del desarrollo previamente adquiridas.
- La agresión hacia los compañeros, adultos o animales puede estar presente.
- Los miedos que no han estado presentes antes del evento traumático pueden hacerse evidentes, incluyendo la ansiedad por separación, miedo de ir al baño solo, y miedo a la oscuridad, entre otros.
- Los comportamientos sexuales y agresivos que son inapropiados para la edad del niño también pueden mostrarse.



Clasificación Diagnóstica sobre la Salud Mental y los Trastornos del Desarrollo en la infancia y la niñez cero a tres (DC: 0-3)/1994:



2. Muestra signos de revivir el acontecimiento traumático (al menos uno):

- (a) Juego post-traumático
 - (1) representa una recreación de algún aspecto del trauma.
 - (2) es accionado de manera compulsiva.
 - (3) fracasa para aliviar la ansiedad.
 - (4) es más literal y menos elaborado e imaginativo que de costumbre .
- (b) Recuerdos recurrentes, reiteradas declaraciones o preguntas sobre el acontecimiento. La angustia no está necesariamente presente.
- (c) Pesadillas constantes, puede o no estar conectado.
- (d) Angustia psicológica, expresada en el lenguaje o el comportamiento, al exponerse.
- (e) Episodios de flashbacks recurrentes o disociación. Este síntoma puede presentarse también como congelación de la mirada.

3. Experimenta un adormecimiento de la reactividad o interferencias en el impulso de desarrollo (al menos uno).

- (a) Aumento del aislamiento social.
- (b) Rango afectivo restringido.
- (c) Interés o participación marcadamente disminuido en pequeñas actividades, incluyendo el juego, interacciones sociales y las rutinas diarias.
- (d) Esfuerzos por evitar las actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma, incluyendo esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos y conversaciones asociadas al trauma.

4. Mostrar síntomas de aumento de excitación (al menos dos)

- (a) Dificultad para irse a dormir, dificultad para dormir, o repetidas noches de vigilia sin relación con pesadillas.
- (b) Dificultad para concentrarse.
- (c) Hipervigilancia.
- (d) Reacciones exageradas de sobresalto.
- (e) Aumento de irritabilidad, arrebatos de ira o agitación extrema, o rabietas.

5. Este patrón de síntomas persiste al menos durante **UN MES**.

Evaluación



Nombre	Referencia	Edad	Objetivo
ENTREVISTAS CLÍNICAS			
Entrevista diagnóstica para niños y adolescentes-revisada (DICA)	Reich, Leacocky, Shanfield (1994)	6-17 años	Diagnóstico de eventos de vida relacionados con trastornos en el niño y adolescente
Programa infantil para trastornos afectivos y esquizofrenia para niños en edad escolar-versión sobre hechos presentes y pasados (K-SADS-PL)	Kaufman et al. (1997)	6-17 años	Evaluación de episodios presentes y pasados de varios trastornos psicológico, incluyendo TEPT, en niños y adolescentes
Escala clínica administrada de TEPT para niños y adolescentes (CAPS-CA)	Newman et al. (2004)	8-15 años	Medición de la frecuencia e intensidad de síntomas de TEPT y alteraciones en el funcionamiento social y académico de niños y adolescentes
INSTRUMENTOS DE AUTO-INFORME			
Índice de reacción de trastorno por estrés postraumático en niños (CPTSD-RI)	Pynoos et al. (1987)	Niños	Evaluación de las reacciones a eventos postraumáticos en la semana previa, no provee un criterio diagnóstico de TEPT
Índice de reacción UCLA PTSD	Steinberg, Brymer, Deckery Pynoos (2004)	Niños	Basado en el CPTSD-RI, provee información diagnóstica preliminar de TEPT usando los criterios del DSM-IV
Escala de síntomas de TEPT en niños (CPSS)	Foa, Johnson, Feeney Treadwell (2001)	Niños y adolescentes	Diagnóstico y evaluación de la gravedad del TEPT en niños y adolescentes basado en los criterios del DSM-IV
Lista de síntomas de trauma para niños con TEPT (TSCC)	Briere (1996)	8-16 años	Evaluación de síntomas generales de angustia después del evento traumático; no provee un criterio diagnóstico de TEPT
Escala de impacto de eventos-revisada (IES-R)	Weiss y Marmar (1997)	Niños a partir de los 12 años	Medición de la hiperreactivación, intrusión, y evitación; no provee un criterio diagnóstico de TEPT

Importante examinar los múltiples factores que influyen en tx. como:

- Las características del evento traumático (severidad y cronicidad).
- Desarrollo de síntomas y comorbilidad.
- Las condiciones actuales del ambiente.

+Combinación de entrevistas estructuradas y no estructuradas

+ Autoregistros.

+ Derivar a un tratamiento individual al cuidador si se estima que su malestar es congruente con TEPT.



Trauma infantojuvenil y análisis funcional



No es la ocurrencia de un evento disruptivo

Es la instauración de condiciones ambientales que promueven:

Un patrón de exposición prolongada a contingencias aversivas intensas y crónicas que alteran significativamente el repertorio conductual, emocional y relacional del individuo.

Evitación

Inhibición

Hipervigilancia o desorganización

Estrategias de sobrevivencia funcionalmente condicionadas.

Terapia cognitivo conductual focalizada en trauma



- La de mayor evidencia.
- Intervención manualizada.
- Basada en componentes.
- Dirigida a niños entre 3 y 17 años.
- Puede ser adaptada a diferentes entornos culturales, así como a múltiples eventos traumáticos.
- Utiliza elementos de distintos modelos (teorías del apego, humanistas y sistémicas).

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2016). Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. Guilford Publications.

TCC-FT

- Los componentes principales de la terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma están organizados de acuerdo a las siglas **práctica (practice)**:

PSICOEDUCACIÓN Y ESTRATEGIAS DE CRIANZA

RELAJACIÓN/RESPIRACIÓN

ADECUADA EXPRESIÓN Y MODULACIÓN EMOCIONAL

COGNICIONES (AFRONTAMIENTO Y PROCESAMIENTO)

TRABAJAR CON EL TRAUMA (TU HISTORIA)

INTENTOS DE EXPOSICIÓN

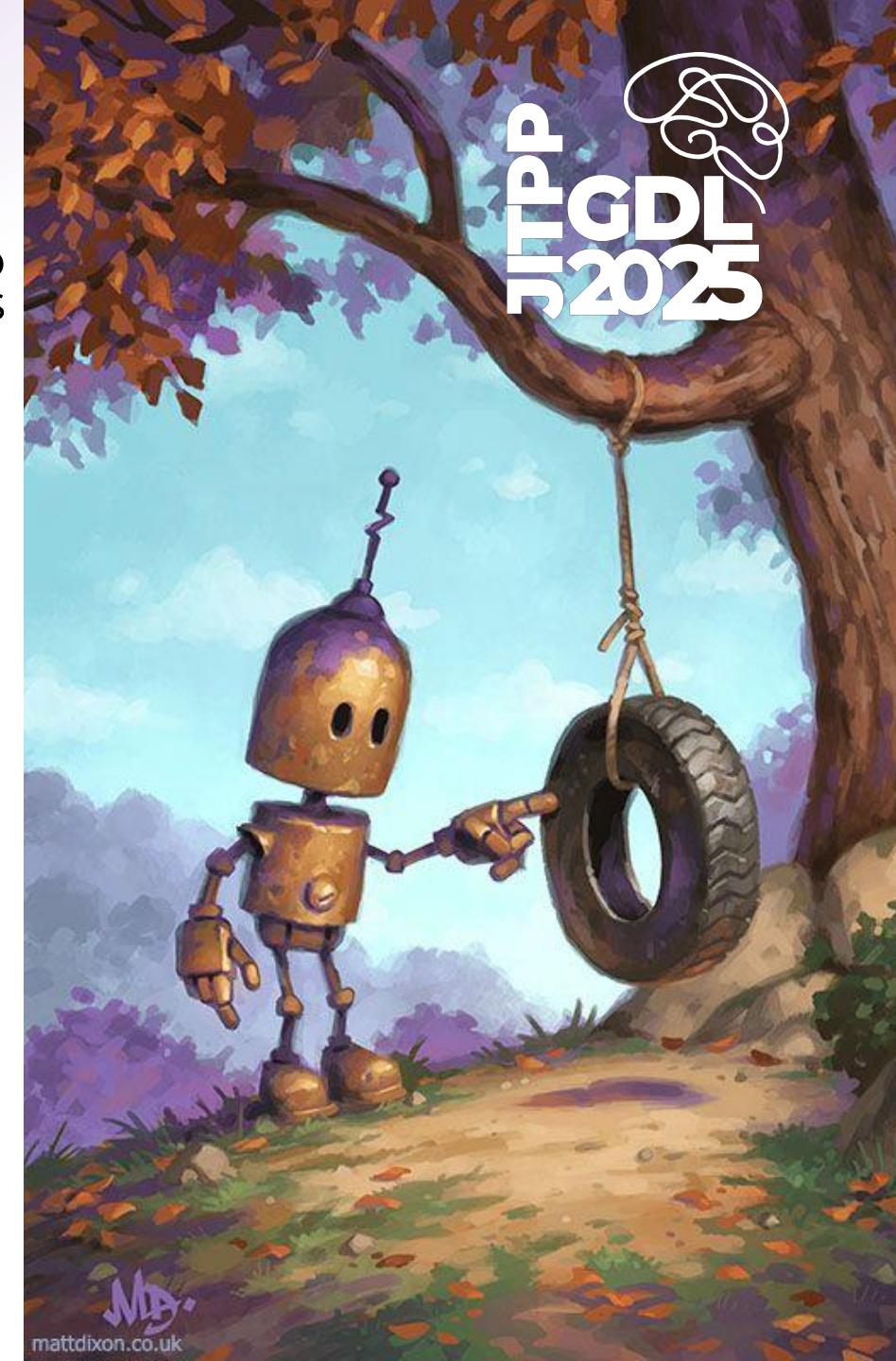
COLABORACIÓN DE TODOS (SESIONES EN CONJUNTO)

AUMENTAR LA SEGURIDAD

1 A 4
SESIÓN

5 A 8
SESIÓN

9 A 12
SESIÓN



PRACTICA



- **PSICEDUCACIÓN Y ESTRATEGIAS DE CRIANZA**

- Reenfocar la atención de los padres hacia las fortalezas y conductas positivas, al mismo tiempo estrategias de disciplina para los problemas de conducta disruptiva con el objetivo de mejorar la relación entre padres e hijos.
- Muy efectivo para el aumento de compromiso debido a que las conductas problema luego del evento pueden estar causando mayor malestar en el hogar.

- **RELAJACIÓN Y RESPIRACIÓN**

- Para manejar los síntomas fisiológicos de la ansiedad y el miedo que típicamente se desarrollan.
- Se explican las respuestas fisiológicas comunes del cuerpo ante el estrés/ansiedad.
- Tanto para niños como para cuidadores.



PRACTICA

• ADECUADA EXPRESIÓN Y MODULACIÓN EMOCIONAL

Identificar y nombrar un rango amplio de emociones que acompañan la exposición a eventos traumático

- Incluyendo las negativas, como las positivas así como las mixtas o confusas.

Moldear y modelar

- La aceptación de los sentimientos, entendiendo las causas y las consecuencias.
- Expresar emociones de forma apropiada (regulación emocional y de habilidades sociales así como de solución de problemas).





PRACTICA

- **COGNICIONES (AFRONTAMIENTO Y PROCESAMIENTO)**
 - Se moldea y modela a identificar pensamientos y emociones gradualmente.
 - Explicar la influencia de los pensamientos erróneos en los comportamientos que resultan un problema en el día a día y les enseña estrategias para reemplazarlos.
 - Aunque el objetivo esencial de este módulo es poder encontrar cogniciones que ayuden al afrontamiento de las situaciones cotidianas es indispensable escuchar y validar.

TRABAJAR CON EL TRAUMA (TU HISTORIA)



El objetivo

Enfrentar los sentimientos relacionados al evento

Reducir las emociones aversivas

Enseñar al niño a hablar sobre los eventos sin sentirse abrumado, estresado o ansioso

Cuento de los eventos traumáticos y reacciones asociadas

Ayudar a procesar los pensamientos y sentimientos asociados

Sirve de exposición imaginaria con el apoyo del terapeuta en un entorno seguro y controlado.

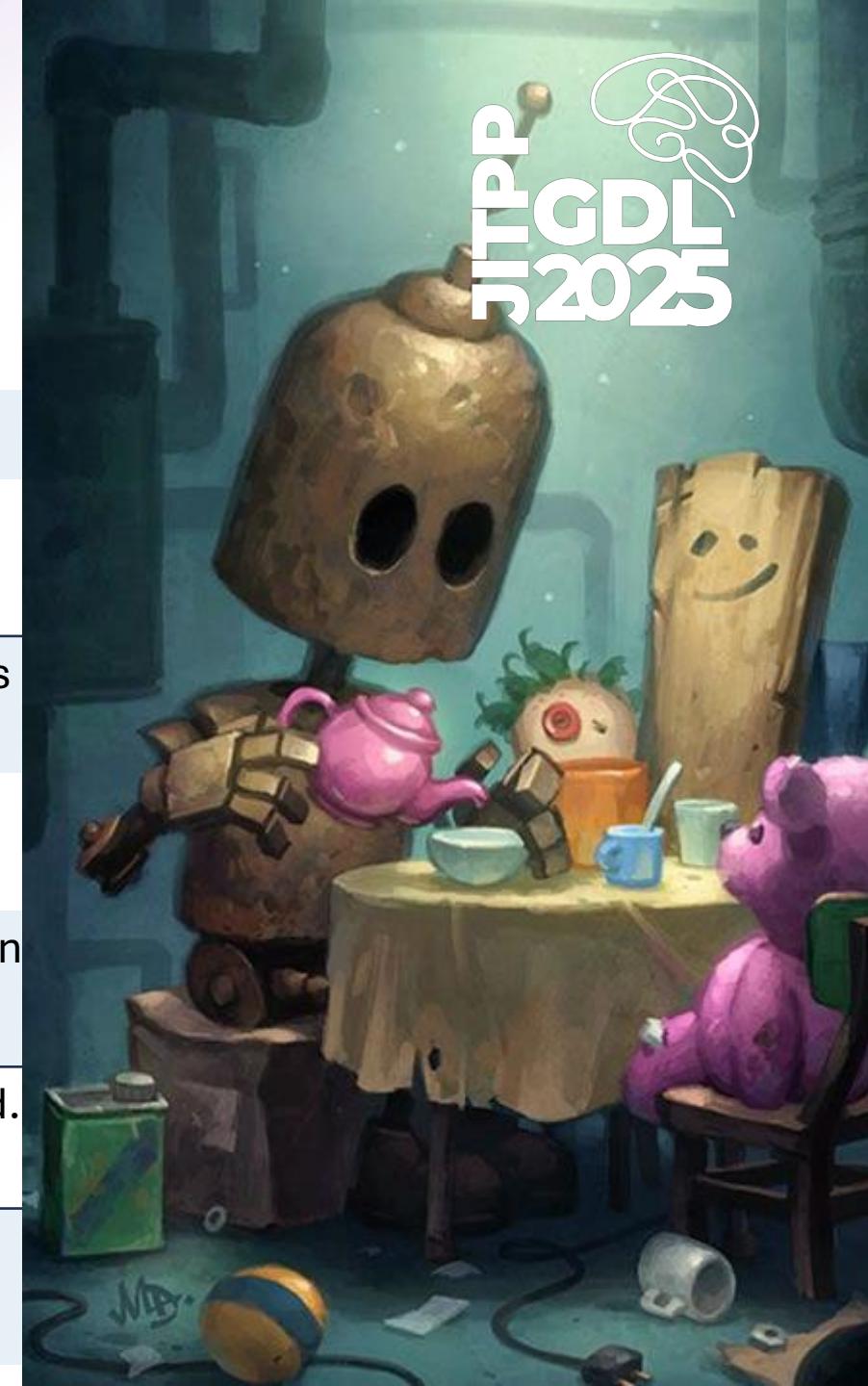
El niño crea:

También se usa:

Habilidades de afrontamiento aprendidas con anterioridad.

Se alienta:

Compartir la narración desarrollada con sus cuidadores luego de prepararlos para responder de manera valiente.





PRACTICA

INTENTOS DE EXPOSICIÓN GRADUAL



Es un componente utilizado cuando las conductas de evitación de los niños interfieren con actividades importantes.

Cuando los niños experimentan un evento traumático los miedos pueden generalizarse (personas, lugares u objetos).

La exposición en vivo ayuda a los niños a enfrentar gradualmente dichos recordatorios con la ayuda y el apoyo de su cuidador y el terapeuta.

La confrontación de los recordatorios inocuos también se llevan a cabo en el hogar o en la escuela.

En ocasiones el terapeuta puede realizar visitas.

Se comenzará con experiencias que generen bajos niveles de ansiedad y se alentará poco a poco a que estos usen sus habilidades de afrontamiento.

Al finalizar este pueden proveer premios contingentes.

Los niveles crecientes de exposición en vivo se repiten hasta que el malestar emocional disminuya lo cual es monitoreado durante y después de cada experiencia utilizando escalas.

PRACTICA

COLABORACIÓN DE TODOS (SESIONES CONJUNTAS)



Sucedan a todo lo largo del tratamiento para:

- Realizar actividades terapéuticas
- Revisar información
- Aprender técnicas
- Compartir la narración del trauma.

Es indispensable que utilice su juicio clínico para determinar el momento preciso en el que estas sesiones son apropiadas.

El objetivo es promover la comunicación.

PRACTICA

AUMENTO DE LA SEGURIDAD

Desarrollo de planes de seguridad

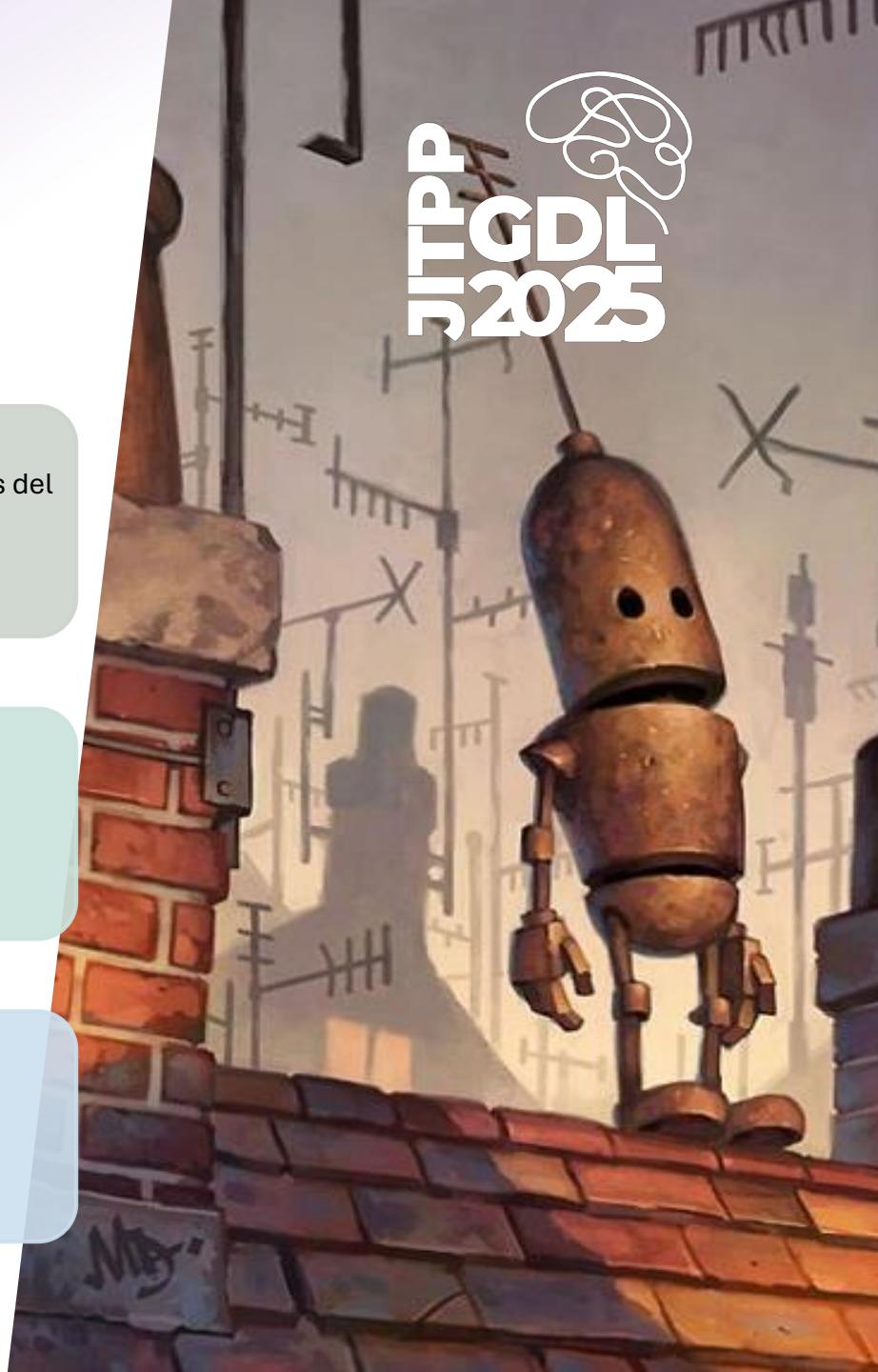
- Indispensable que el terapeuta ya haya evaluado los riesgos posibles del entorno actual.
- Luego enseñar la identificación de dichas situaciones

Moldea y modela:

- Los recursos para comunicar cuando algo atemoriza o lo confunde.
- Identificar las personas o recursos que pueden usar cuando se enfrentan a situaciones peligrosas

Se refuerzan:

- Resolución de problemas.
- Habilidades sociales.
- Estrategias de educación sexual o identificación de hostigamiento escolar, etc.
- Validación y solución de problemas en cuidadores.



Protocolo de exposición prolongada en DBT. (DBT-PE)



Adaptación de la terapia de exposición prolongada desarrollada por Edna Foa

Integrada dentro de DBT para tratar el TEPT desde 2022.

Combina técnicas de exposición prolongada con las habilidades de DBT.

Ha mostrado eficacia.

Se aplica en ETAPA 2/4

Cuando ya no hay conductas que atentan contra la vida/terapia.

Cuando se han aprendido habilidades de regulación emocional y tolerancia al malestar que aumentan la calidad de vida.

Después de meses sin conductas autolesivas.



Harned, M. S. (2022). Treating trauma in Dialectical Behavior Therapy: The DBT Prolonged Exposure Protocol. Guilford Press.



Nuevas propuestas

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN
PSICOTERAPÉUTICA EN TRAUMA EN NIÑAS, NIÑOS
Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE DELITOS DE ALTO
IMPACTO (4 A 17 AÑOS).



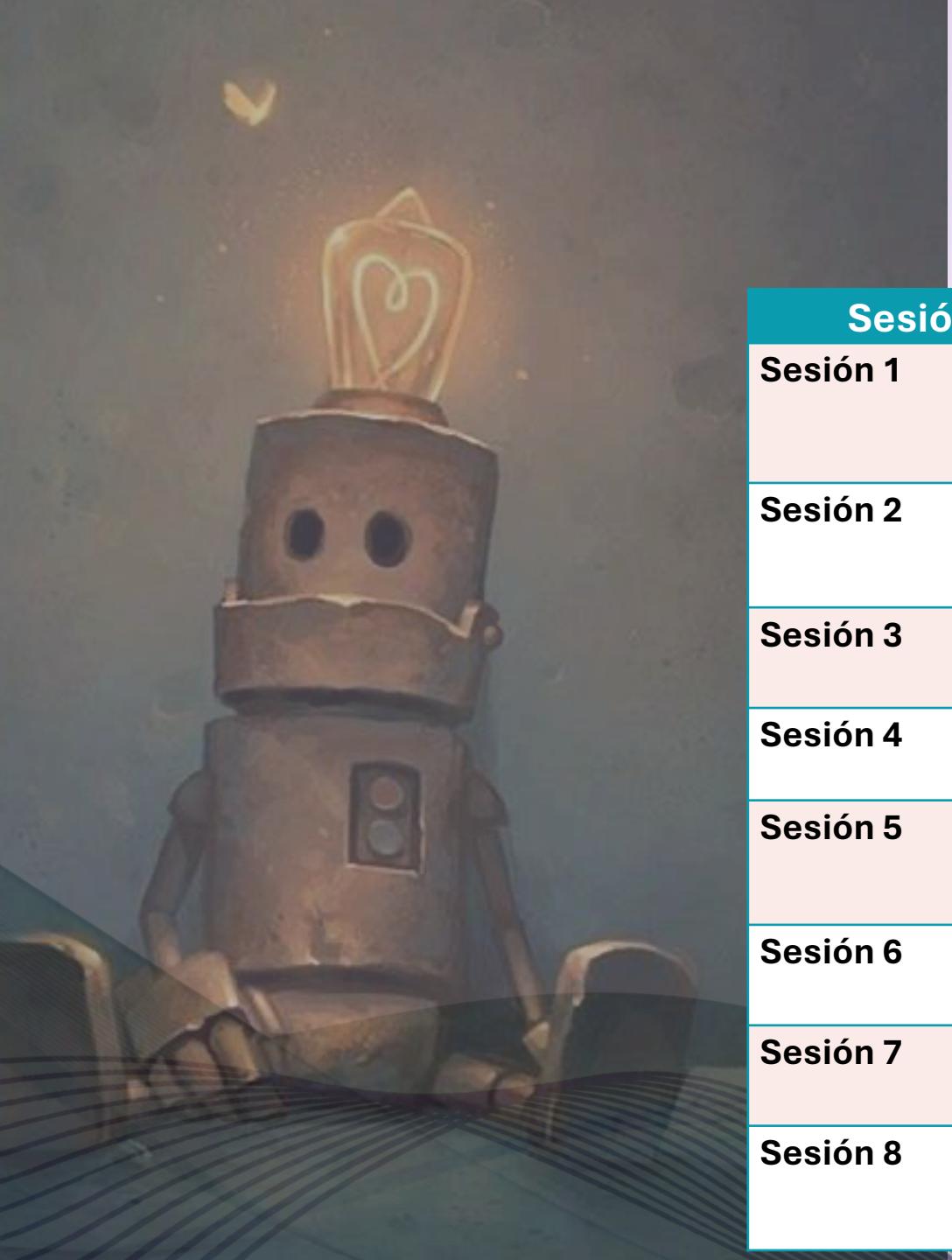
Integra

Terapia Cognitivo Conductual Focalizada en el Trauma (TF-CBT)
Protocolos de Exposición Prolongada (PE) de Edna Foa
Terapia Dialéctica Conductual con Exposición Prolongada (DBT PE) de Melanie S. Harned
Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

Fases

Evaluación
Estabilización
Procesamiento
Prevención de recaídas
Con sesiones específicas para tres grupos etarios y para cuidadores.

Autora: Teresa del Carmen Jiménez Gómez en 2024. VIVAL Atención Psicológica Integral



FASE 1



Sesión	Objetivo
Sesión 1	Establecer un vínculo seguro, presentar el modelo terapéutico y normalizar respuestas postraumáticas.
Sesión 2	Evaluuar condiciones de riesgo y diseñar un plan de seguridad adaptado.
Sesión 3	Iniciar habilidades de identificación emocional y registro de sensaciones.
Sesión 4	Enseñar estrategias básicas de regulación fisiológica.
Sesión 5	Utilizar visualización segura y metáforas de protección para reducir intrusiones.
Sesión 6	Identificar estímulos condicionados y entrenar respuestas alternativas.
Sesión 7	Introducir nociones de pensamiento útil vs. pensamiento de amenaza.
Sesión 8	Fortalecer habilidades adquiridas mediante simulaciones y retroalimentación.

FASE 2

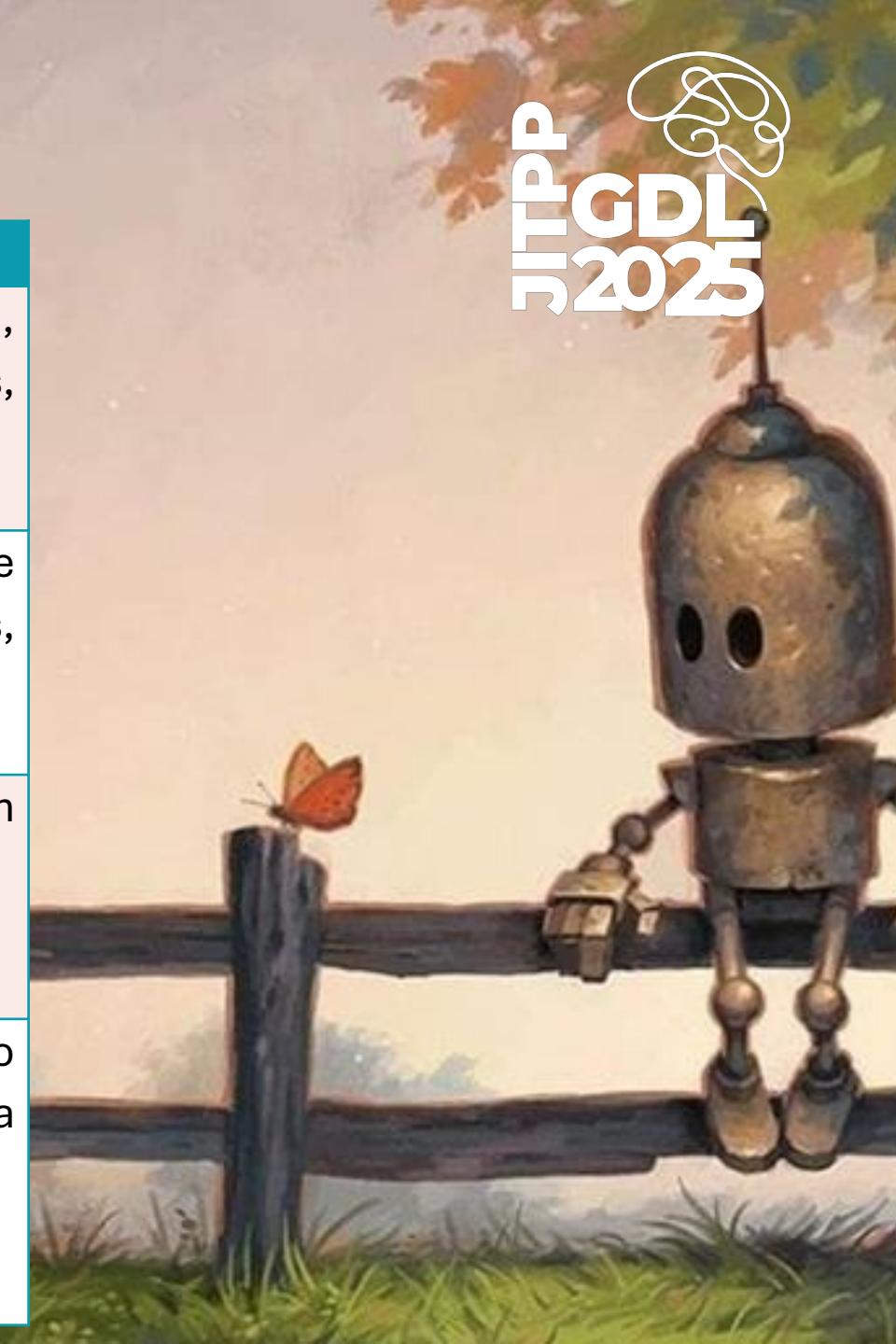
Sesión	Objetivo
Sesión 1	Presentar el modelo de memoria dual y explicar el sentido de la exposición narrativa.
Sesión 2	Identificar eventos críticos y momentos clave para la exposición progresiva.
Sesión 3	Comenzar exposición narrativa dirigida con acompañamiento seguro.
Sesión 4	Profundizar en la narrativa traumática y explorar creencias asociadas.
Sesión 5	Introducir exposición sensorial (imágenes, lugares, sonidos) en entorno seguro.
Sesión 6	Exponer a escenas altamente evocadoras con acompañamiento verbal seguro.
Sesión 7	Identificar creencias nucleares desadaptativas surgidas del trauma.
Sesión 8	Concluir narrativa y fortalecer habilidades de regulación aprendidas.

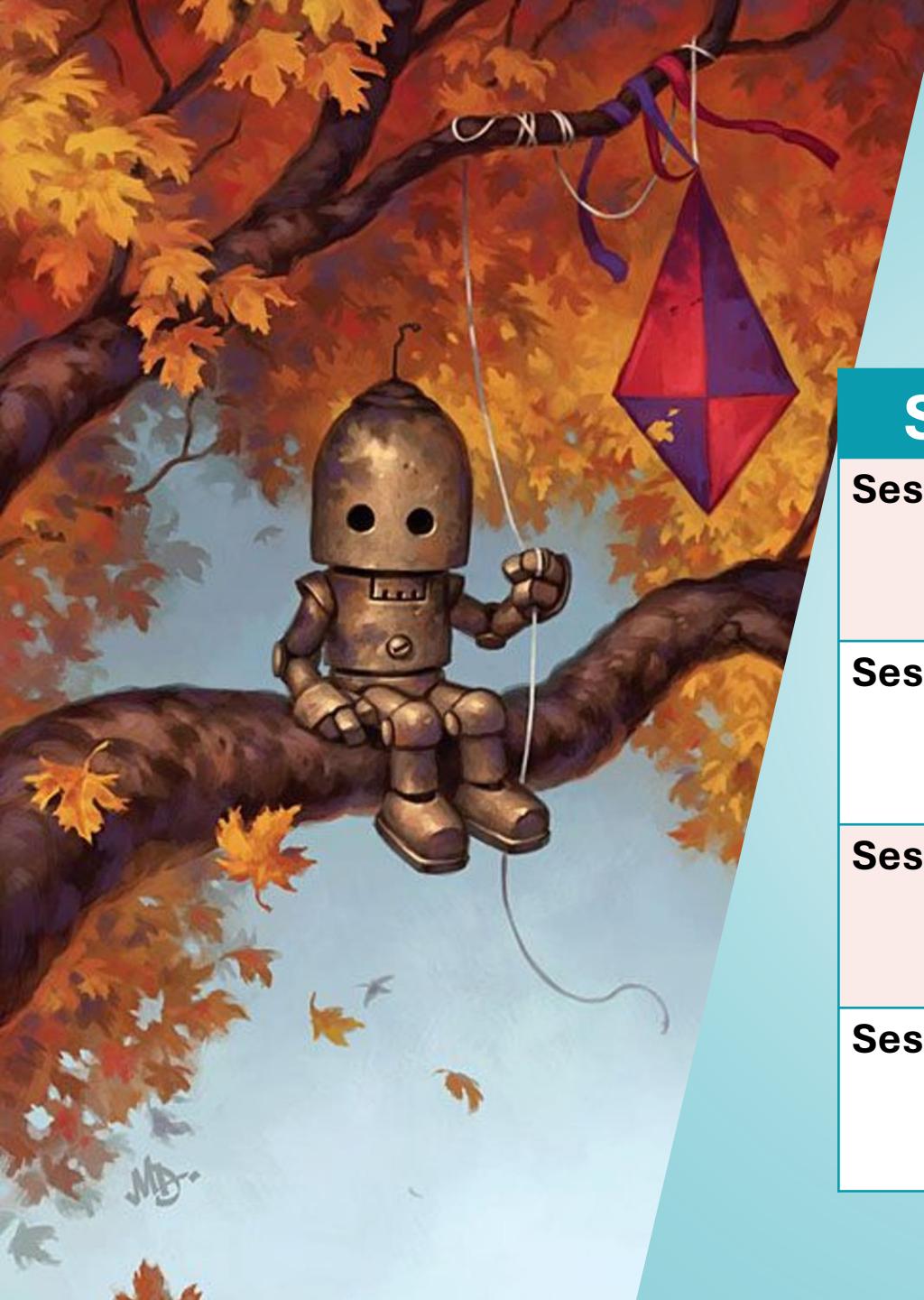


FASE 3



Sesión	Objetivo	Técnicas
Sesión 1	Explorar y clarificar valores que el consultante desea priorizar post trauma.	Clarificación de valores (ACT), mapeo de actividades significativas, análisis de barreras conductuales.
Sesión 2	Establecer y practicar conductas vinculadas con identidades saludables.	Juego de roles, práctica guiada de habilidades funcionales, planificación de acciones valiosas.
Sesión 3	Potenciar habilidades interpersonales para construir vínculos seguros.	DBT interpersonal, validación empática, negociación de límites.
Sesión 4	Reconstruir identidad resiliente basada en logros conductuales y superación.	Metáfora del viaje, carta a sí mismo desde el futuro, integración narrativa del yo fuerte.





FASE 4

Sesión	Objetivo
Sesión 1	Reforzar el repertorio conductual postraumático y prácticas de autorregulación.
Sesión 2	Promover la autoeficacia, establecer objetivos a mediano y largo plazo, vincular el trauma con crecimiento postraumático.
Sesión 3	Anticipar señales de alerta, crear un plan de acción personalizado y ensayar respuesta ante riesgo.
Sesión 4	Evaluuar mantenimiento de avances, realizar ajustes y reforzar la red de apoyo establecida.

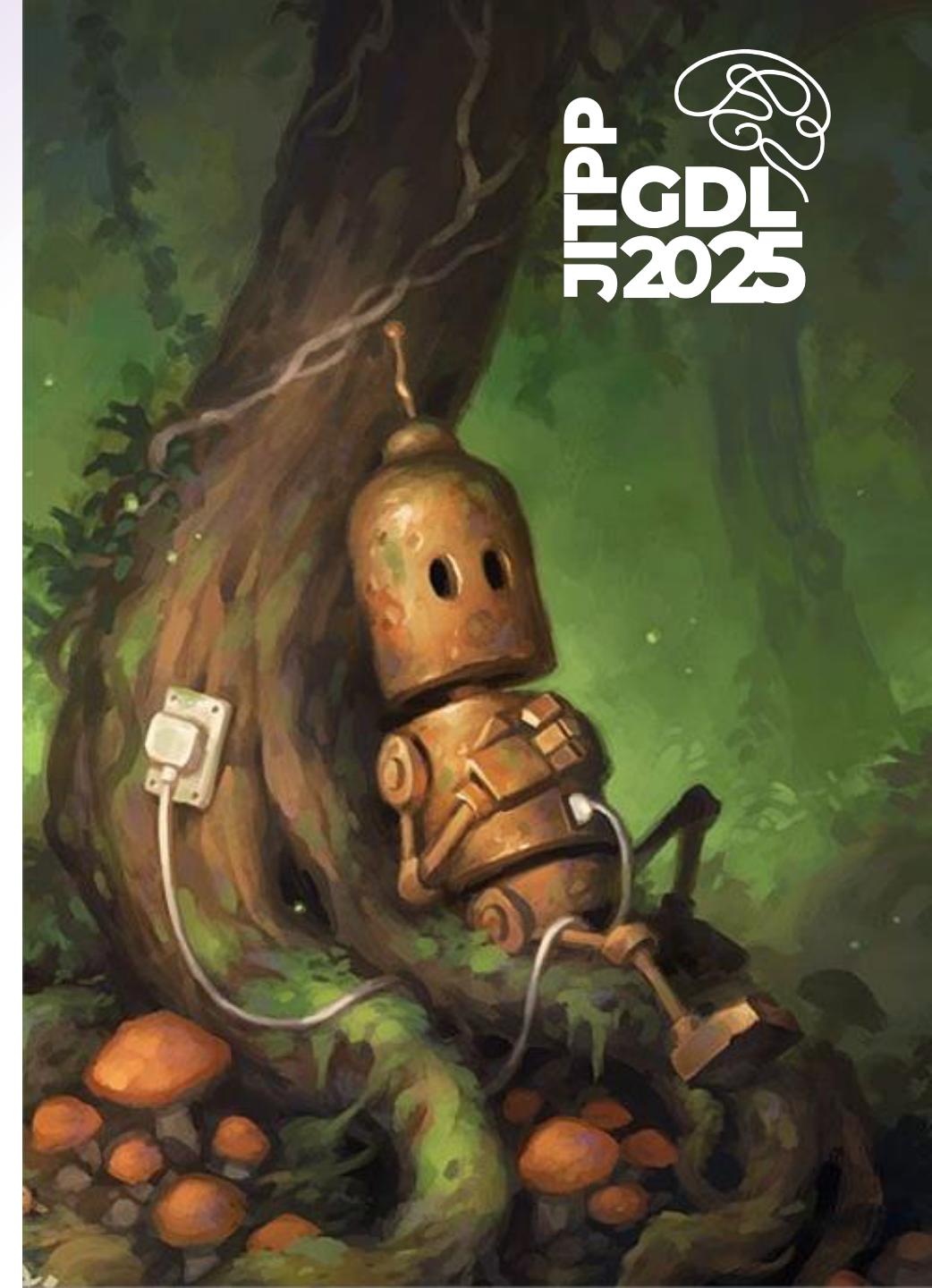
FACTORES PROTECTORES

- Los lazos afectivos reparadores son factores protectores clave frente a recaídas y retraumatización (Harned, 2022).
- El fortalecimiento del sentido de agencia y la conexión con valores personales son factores protectores claves frente al estrés postraumático recurrente (Hayes et al. 2012).

FACTORES DE RIESGO

- Poco soporte parental.
- Compromiso de los cuidadores en la amenaza
- Preexistencia de trastorno psiquiátrico
- Varias exposiciones al trauma.
- Trauma causado por personas carcanas.
- Desregulación y/o Trauma de los padres.

Romero-Acosta, Kelly & Ruiz, Federico. (2015). El trastorno de estrés postraumático en niños preescolares: una revisión literaria. *Katharsis*. 145. 10.25057/25005731.732.



There is no such thing as a “bad kid”... Just angry, hurt, tired, scared, confused, impulsive ones expressing their feelings and needs the only way they know how. We owe it to every single one of them to always remember that.

Stephens, J.

Gracias.

