

Seminario: Estrategias y desafíos de la Terapia Cognitiva Conductual Centrada en el Trauma

Dr. Jonathan Martínez Líbano
Doctor en Psicología Clínica y de la Salud
Terapeuta Cognitivo Conductual
Académico e Investigador

 jonathan@adipa.cl

 [@drmartinezlibano](https://www.instagram.com/drmartinezlibano)

 <https://www.linkedin.com/in/psjmartinez>

 <https://drmartinezlibano.com/>

Dr. Jonathan Martínez Líbano / jonathan@adipa.cl



Objetivos de Hoy!

- Introducción al Trauma

- TCC- Trauma

- TCC - Trauma Complejo

- Conceptualizaciones "Muy Básicas de TCC"

- Lineamiento del TCC-T

- Recomendaciones.



Conceptualización del Trauma

Freud (1856-1939): Inicialmente, Freud asoció muchos problemas psicológicos con las experiencias traumáticas de la infancia, especialmente con el abuso sexual. Más tarde sus teorías para enfatizar más los impulsos internos y los conflictos inconscientes.

Primera Guerra Mundial (1914-1918):
"Shell Shock"- "Shock de granada"
Síntomas de los soldados que habían estado en combate intenso. Esto marcó un reconocimiento creciente de los efectos psicológicos del trauma de guerra.

Segunda Guerra Mundial (1939-1945):
"Neurosis de Guerra": respuestas traumáticas de los soldados en la Segunda Guerra Mundial.

Década de 1970: Veteranos de Vietnam: La observación y el estudio de los veteranos de la Guerra de Vietnam llevaron a la identificación del Trastorno de **Estrés Postraumático (TEPT) como una condición clínica.**

1979 - Bessel van der Kolk:
Comienza su trabajo pionero en el campo del trauma y el TEPT.

1980 Inclusión TEPT en el DSM-III:
El Trastorno de Estrés Postraumático se incluye por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Judith Herman (1992):
Publica "**Trauma and Recovery**", donde propone el concepto de **Trauma Complejo** y destaca la importancia de un enfoque terapéutico que aborde la seguridad, la rememoración y la reconexión.

Francine Shapiro (1990s):
Desarrolla la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR).

Peter Levine, Gabor Maté, Bruce Perry:
Continúan expandiendo la comprensión del trauma, especialmente en relación con la somatización, el trauma en la infancia y los efectos del trauma en el cerebro en desarrollo.

Actualidad:
El campo del trauma sigue evolucionando, con un enfoque creciente en el trauma histórico, el trauma racial y comunitario, y la neurobiología del trauma.

Crocq, M. A., & Crocq, L. (2000). From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues in clinical neuroscience*, 2(1), 47-55.
Linden, S. C., & Jones, E. (2014). 'Shell shock' revisited: an examination of the case records of the National Hospital in London. *Medical history*, 58(4), 519-545.

Shell Shock

Med. Hist. (2014), vol. 58(4), pp. 519-545. © The Author(s) 2014. Published by Cambridge University Press 2014
doi:10.1017/mdh.2014.51

'Shell shock' Revisited: An Examination of the Case Records of the National Hospital in London

STEFANIE CAROLINE LINDEN^{1*} and EDGAR JONES²

¹Centre for the Humanities and Health, 5th Floor, East Wing, Strand Campus, King's College London, London WC2R 2LS, UK

²Kings College London, King's Centre for Military Health Research, Institute of Psychiatry, 16 De Crespigny Park, London SE5 8AF, UK

Abstract: During the First World War the National Hospital for the Paralysed and Epileptic, in Queen Square, London, then Britain's leading centre for neurology, took a key role in the treatment and understanding of shell shock. This paper explores the case notes of all 462 servicemen who were admitted with functional neurological disorders between 1914 and 1919. Many of these were severe or chronic cases referred to the National Hospital because of its acknowledged expertise and the resources it could call upon. Biographical data was collected together with accounts of the patient's military experience, his symptoms, diagnostic interpretations and treatment outcomes. Analysis of the notes showed that motor syndromes (loss of function or hyperkinesias), often combined with somato-sensory loss, were common presentations. Anxiety and depression as well as vegetative symptoms such as sweating, dizziness and palpitations were also prevalent among this patient population. Conversely, psychogenic seizures were reported much less frequently than in comparable accounts from German tertiary referral centres. As the war unfolded the number of physicians who believed that shell shock was primarily an organic disorder fell as research failed to find a pathological basis for its symptoms. However, little agreement existed among the Queen Square doctors about the fundamental nature of the disorder and it was increasingly categorised as functional disorder or hysteria.

Keywords: First World War, Trauma, Psychopathology, Case histories, Neurology, Hysteria

Introduction

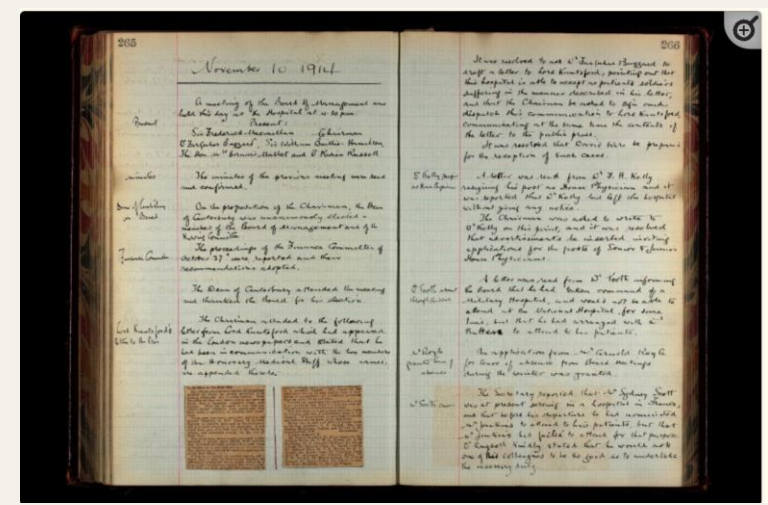
Soon after the beginning of the First World War 'cases of nervous and mental shock' began to arrive in England.¹ At first, the medical profession did not pay much attention to these

Paper: Linden, S. C., & Jones, E. (2014). 'Shell shock' revisited: an examination of the case records of the National Hospital in London. Medical history, 58(4), 519-545.

link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4176276/>

Video: https://www.youtube.com/watch?v=dOJ_2NaydE0

Dr. Fiona Reid - University of South Wales



Neurosis de guerra

Trauma And The Vietnam War Generation

Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study

Richard A. Kulka,
William E. Schlenger,
John A. Fairbank,
Richard L. Hough,
B. Kathleen Jordan,
Charles R. Marmar and
Daniel S. Weiss



Paper: Crocq, M. A., & Crocq, L. (2000). From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues in clinical neuroscience*, 2(1), 47-55.

Link:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.31887/DCNS.2000.2.1/macrocq?scroll=top&needAccess=true>

Clinical research

From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology

Marc-Antoine Crocq, MD; Louis Crocq, MD



The term posttraumatic stress disorder (PTSD) has become a household name since its first appearance in 1980 in the third edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) published by the American Psychiatric Association. In the collective mind, this diagnosis is associated with the legacy of the Vietnam War disaster. Earlier conflicts had given birth to terms, such as "soldier's heart," "shell shock," and "war neurosis." The latter diagnosis was equivalent to the névrose de guerre and Kriegsneurose of French and German scientific literature. This article describes how the immediate and chronic consequences of psychological trauma made

Epics and classics

Mankind's earliest literature tells us that a significant proportion of military casualties are psychological, and that witnessing death can leave chronic psychological symptoms. As we are reminded in Deuteronomy 20:1-9, military leaders have long been aware that many soldiers must be removed from the frontline because of nervous breakdown, which is often contagious:

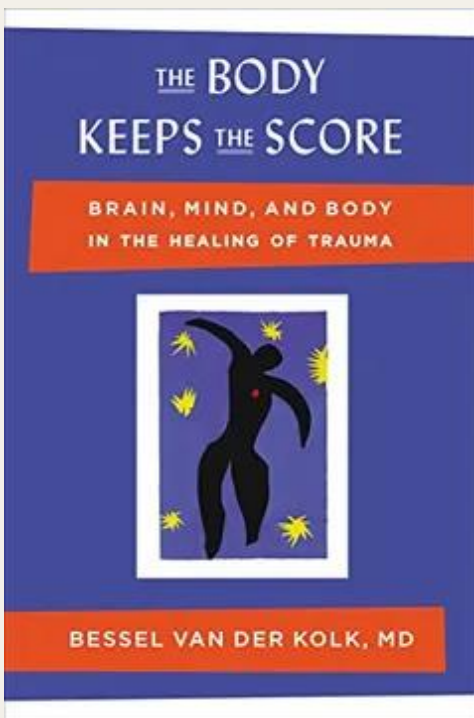
When thou goest out to battle against thine enemies, and seest horses, and chariots, and a people more than thou . . . the officers shall say, What man is there that is fearful and fainthearted? Let him go and return unto his house, lest his brethren's heart faint as well as his heart. (King James's Version)

Mankind's first major epic, the tale of Gilgamesh, gives us explicit descriptions of both love and posttraumatic symptoms, suggesting that the latter are also part of human fundamental experience. After Gilgamesh loses his friend Enkidu, he experiences symptoms of grief, as one may expect. But after this phase of mourning, he races from place to place in panic, realizing that he too

Bessel van der Kolk: “El covid crea condiciones pre-traumáticas”

El renombrado psiquiatra, autor de “El cuerpo lleva la cuenta” y especialista en la investigación sobre los efectos del trauma en el cerebro, habla sobre los efectos de la pandemia sobre la población y el lento proceso de regreso a la normalidad. Además, advierte sobre el riesgo de que las sociedades se vuelquen hacia liderazgos autoritarios. “La pregunta importante acá es si la lección de esto será estar más en control de nuestras vidas, o las personas se sentirán más desvalidas y buscarán una solución externa que los salve”.

Paula Escobar 12 MAR 2021 10:00 PM Tiempo de lectura: 11 minutos



El trauma afecta profundamente el cerebro, alterando tanto la capacidad de pensar como el contenido de los pensamientos.

No es solo un evento pasado, sino una huella duradera en la mente, el cerebro y el cuerpo, afectando la supervivencia actual.

El cerebro, diseñado para sobrevivir y prosperar, se ve impactado por el trauma, alterando su sistema de alarma, las hormonas del estrés y la filtración de información.

Los cambios fisiológicos del trauma incluyen alteraciones en áreas cerebrales relacionadas con la sensación física de estar vivo, llevando a hipervigilancia y dificultades en aprender de experiencias.

La insula, crucial para integrar sensaciones internas, se activa anormalmente en personas con trauma.

La neuroplasticidad ofrece esperanza, permitiendo a los sobrevivientes superar el trauma mediante terapias, conexión social, medicación y experiencias corporales.

Fases de recuperación del trauma (Judith Herman) son:

Estabilización

En esta primera fase, el objetivo principal es **establecer la seguridad y la estabilización.**

Abordar cualquier problema de seguridad inmediato, como una situación de abuso en curso, y trabajar para estabilizar los síntomas agudos del trauma.

Ayudar a la persona a desarrollar estrategias para manejar los **recuerdos traumáticos** y las **emociones intensas** relacionadas con ellos.

Recuerdo y Duelo

Durante esta fase, la persona trabaja en el procesamiento del trauma. Esto implica recordar y hablar sobre los eventos traumáticos, expresar y procesar los sentimientos asociados con esos eventos, y comenzar a hacer sentido y entender lo que sucedió.

Es un período donde se puede experimentar un duelo por las pérdidas asociadas con el trauma.

Reconexión y Reintegración

La última fase se centra en la reconstrucción de una vida más allá del trauma. Esto puede incluir el desarrollo de nuevas relaciones, la participación en actividades significativas y la construcción de un sentido de futuro. En esta etapa, la persona trabaja para reintegrarse en su vida y comunidad con una nueva sensación de empoderamiento y autonomía.

"One of the most important psychiatric works to be published since Freud." —NEW YORK TIMES

TRAUMA AND RECOVERY

The Aftermath of Violence—
From Domestic Abuse to Political Terror

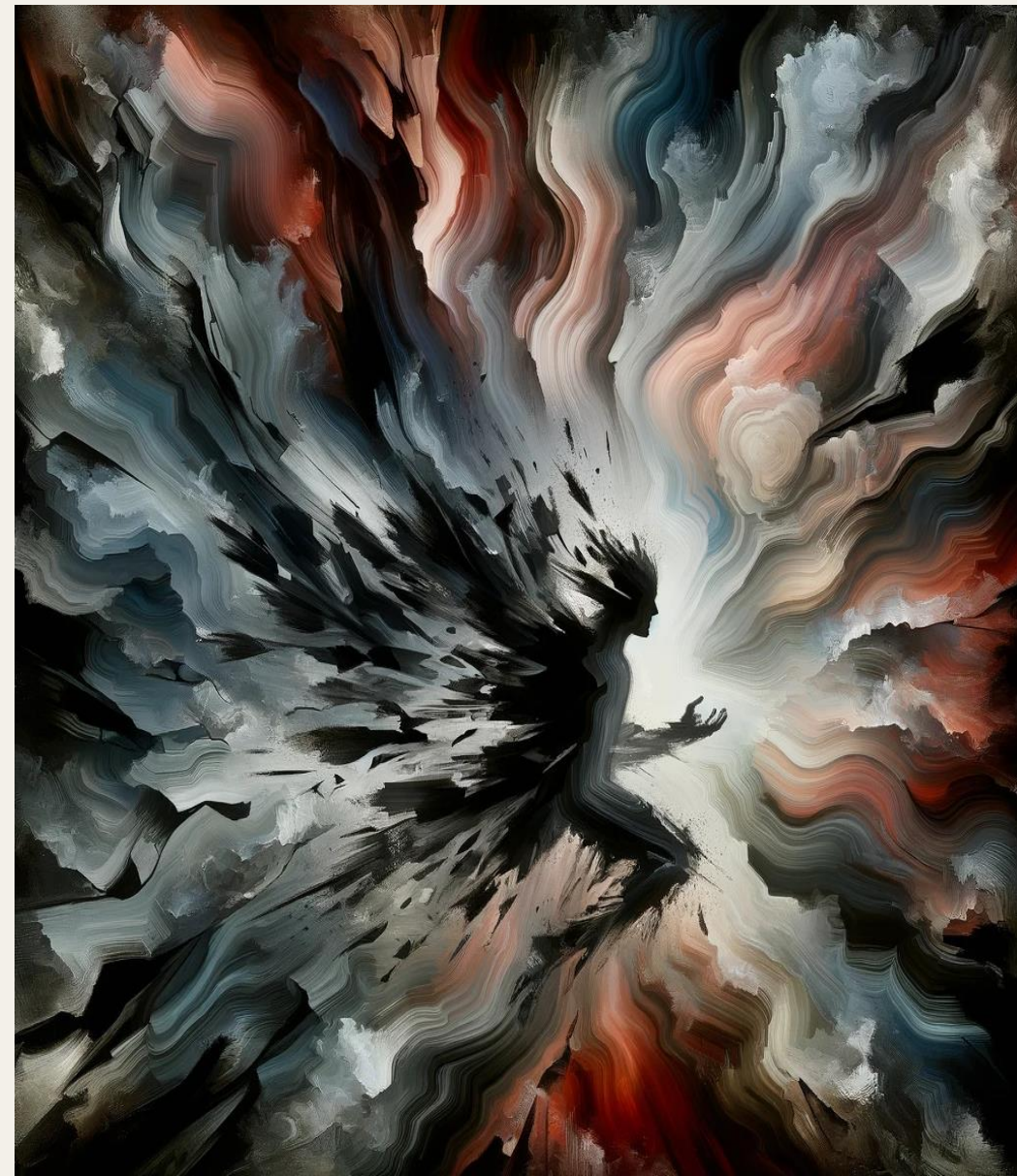


JUDITH L. HERMAN, MD

With a new epilogue by the author

Trauma

- El término "trauma" se utiliza en diversos contextos y puede tener diferentes significados dependiendo de su aplicación.
- De manera general, el trauma se refiere a **una lesión o daño grave, ya sea físico o psicológico, causado por un evento o situación intensa y a menudo inesperada.**
- **Trauma Físico:** Se refiere a una **lesión corporal** seria o daño a los tejidos y órganos del cuerpo causado por un evento externo, como un accidente, una caída, una herida por arma de fuego, o una cirugía mayor. El trauma físico puede ser agudo o crónico y requiere atención médica inmediata para tratar las lesiones físicas.
- **Trauma Psicológico:** Es una **respuesta emocional y psicológica a eventos que son extremadamente estresantes y perturbadores para el individuo**, tales como el abuso, la violencia, la pérdida de un ser querido, desastres naturales, o experiencias de guerra.
- El trauma psicológico puede conducir a trastornos a largo plazo como el trastorno de estrés postraumático (TEPT), la ansiedad y la depresión.



Kubany, E. S., & Watson, S. B. (2003). Guilt: Elaboration of a multidimensional model. *Psychological Record*, 53(1), 51-90.

Lennquist, S. (2012). Incidents caused by physical trauma. *Medical Response to Major Incidents and Disasters: A Practical Guide for All Medical Staff*, 111-196.

Horowitz, M. J. (2011). Stress response syndromes: PTSD, grief, adjustment, and dissociative disorders. Jason Aronson, Incorporated. 8

DSM V: Trastornos Relacionados con el Trauma y Factores de Estrés

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT):

Desarrollo de síntomas específicos después de la exposición a uno o más eventos traumáticos, como reexperimentación del trauma, evitación, cambios negativos en cogniciones y estado de ánimo, y aumento de la reactividad y excitación.

Trastorno de Estrés Agudo:

Síntomas similares al TEPT, pero que ocurren inmediatamente después de la exposición al trauma y duran desde tres días hasta un mes.

Trastornos de Adaptación:

Reacciones emocionales o conductuales en respuesta a un factor de estrés identificable, que surgen dentro de los tres meses del inicio del factor de estrés y causan un deterioro significativo en el funcionamiento social, ocupacional o en otras áreas importantes.

Trastorno Reactivo del Apego:

Patrón consistentemente inhibido, emocionalmente retraído de comportamiento hacia cuidadores adultos, asociado con experiencias de cuidado social extremadamente insuficiente en la infancia.

Trastorno de Relación Social Desinhibida:

Patrón de comportamiento en el que un niño muestra un comportamiento verbal o físico culturalmente inapropiado, excesivamente familiar y desinhibido hacia personas adultas relativamente desconocidas. El trastorno surge en el contexto de un ambiente de cuidado social extremadamente insuficiente.

Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo:

Se caracteriza por irritabilidad severa y arranques de ira desproporcionados a la situación. Aunque no está directamente relacionado con el trauma, se incluye en esta categoría debido a su relación con el estrés y los problemas de regulación emocional.

Trauma Complejo

- Ha habido un debate continuo sobre la inclusión de un nuevo grupo diagnóstico en los Trastornos Relacionados con el Trauma y el Estrés en el DSM V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales).
- La comunidad de trauma ha reconocido, particularmente en la población infantil y adolescente, la existencia de una **forma crónica de trauma perpetrada en niños principalmente por sus cuidadores**, las personas que se supone deben proteger a sus hijos.
- En cambio, son ellos quienes violan a estos niños, y el impacto en el apego y el desarrollo los afecta en múltiples niveles.
- Por lo tanto, se ha propuesto incluir un diagnóstico de **Trauma Desarrollo o Trauma Complejo**.



Trauma Complejo

El criterio actual del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

A menudo elimina la experiencia crónica de trauma del niño y descarta el diagnóstico de TEPT, debido a la necesidad de tener "exposición a la muerte real o amenazada, lesiones graves o violencia sexual" (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022).

Sin embargo, al observar los criterios de abuso y negligencia infantil, es claro notar en las estadísticas nacionales y estatales que el tipo predominante de trauma que impacta a los niños en el grupo de edad de menos de 6 años es la negligencia.



Trauma "Normal" v/s "Complejo"

Característica	Trauma "Normal"	Trauma Complejo
Definición	Generalmente se refiere a la respuesta a un evento traumático único o a eventos aislados.	Se refiere a la exposición a múltiples eventos traumáticos, a menudo prolongados y repetitivos, y frecuentemente interpersonales en naturaleza.
Causas	Accidentes, desastres naturales, una experiencia de violencia o pérdida súbita.	Abuso físico, sexual o emocional prolongado, guerra, tortura, vivir en zonas de conflicto, negligencia crónica en la infancia.
Duración	Relativamente limitada en el tiempo, aunque el impacto puede ser duradero.	Prolongada y repetitiva; los eventos traumáticos suelen ocurrir durante un período extendido.
Impacto en el Desarrollo	Menos probable que interfiera con el desarrollo si se trata de adultos, pero puede afectar el desarrollo en niños.	A menudo interfiere significativamente con el desarrollo emocional, cognitivo y social, especialmente si comienza en la infancia.
Síntomas	Estrés postraumático, ansiedad, depresión, flashbacks, pesadillas.	Similar al trauma normal, pero también incluye dificultades en la regulación emocional, problemas de relación, desregulación del afecto, disociación.
Tratamiento	Terapia de corto a medio plazo, como EMDR, CBT, terapia de exposición.	A menudo requiere un tratamiento más largo y enfoques integrados que abordan el trauma en múltiples niveles, incluyendo la terapia basada en el apego, terapia de procesamiento cognitivo, y terapias somáticas.
Recuperación	La recuperación puede ser más rápida si se recibe el apoyo adecuado.	La recuperación suele ser un proceso más largo y complejo, a menudo requiere abordar problemas de apego y desregulación emocional.

Van der Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in clinical neuroscience*, 2(1), 7-22.
 Seddighi, H., Salmani, I., Javadi, M. H., & Seddighi, S. (2021). Child abuse in natural disasters and conflicts: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(1), 176-185.

DSM V v/s Trauma Complejo

Características	TEPT	Trastorno de Estrés Agudo	Trastornos de Adaptación	Trastorno Reactivo del Apego	Trastorno de Relación Social Desinhibida	Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo	Trauma Complejo
Definición	Desarrollo de síntomas tras exposición a un evento traumático específico.	Síntomas corta duración tras el evento traumático.	Reacción emocional o conductual a un factor estresante identificable.	Retraimiento emocional hacia cuidadores debido a cuidado insuficiente.	Comportamiento desinhibido hacia desconocidos, debido a cuidado insuficiente.	Irritabilidad severa y arranques de ira no proporcional a la situación.	Exposición prolongada a múltiples eventos traumáticos, a menudo de naturaleza interpersonal.
Duración	Largo plazo (más de un mes).	Corto plazo (3 días a un mes).	Variable, relacionada con el factor estresante.	Largo plazo, inicio en la infancia.	Largo plazo, inicio en la infancia.	Largo plazo, inicio generalmente en la infancia.	Prolongada, a menudo a lo largo de la infancia.
Síntomas	Reexperimentación, evitación, cambios en cognición y estado de ánimo, aumento de reactividad.	Síntomas similares al TEPT, pero de corta duración.	Depresión, ansiedad, alteraciones conductuales.	Retraimiento, inhibición emocional.	Familiaridad desinhibida, falta de precaución con extraños.	Irritabilidad, arranques de ira, problemas de conducta.	Alteraciones emocionales, de comportamiento, relaciones interpersonales, autoimagen.
Causa	Un evento traumático específico.	Un evento traumático específico.	Estrés o cambio significativo.	Cuidado insuficiente o inadecuado.	Cuidado insuficiente o inadecuado.	No específicamente relacionado con trauma.	Exposición repetida a traumas, frecuentemente en el contexto de relaciones.
Tratamiento	Terapia cognitivo-conductual, EMDR, medicación.	Apoyo inmediato, terapia breve, manejo de síntomas.	Terapia enfocada en el estrés, apoyo, técnicas de afrontamiento.	Terapia enfocada en la creación de vínculos seguros.	Terapia enfocada en la creación de vínculos seguros.	Terapia conductual, medicación, apoyo educativo y familiar.	Terapia a largo plazo, enfoques integrales, tratamiento del trauma subyacente.

*Profesionales de
la Salud y la
necesidad de
conocer acerca
del trauma*



Necesidad de conocer del Trauma Complejo

El trauma complejo es relativamente común y puede tener efectos profundos y duraderos en la salud mental y física de una persona. Comprender su naturaleza y consecuencias permite a los profesionales identificar y tratar adecuadamente a aquellos que han sido afectados.

Los síntomas del trauma complejo pueden solaparse con los de otros trastornos mentales, como el trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastornos de ansiedad, depresión y trastornos de la personalidad. Un conocimiento profundo del trauma complejo ayuda a los profesionales a realizar diagnósticos más precisos y a evitar la sobrediagnóstico o el diagnóstico erróneo.

El trauma complejo puede requerir enfoques terapéuticos especializados. Los tratamientos estándar para otros trastornos pueden no ser efectivos o incluso pueden agravar la condición de personas con trauma complejo. Por lo tanto, es crucial que los profesionales de la salud mental estén equipados con estrategias terapéuticas adecuadas y sensibles al trauma.

El trauma complejo a menudo afecta la forma en que las personas perciben y responden a su entorno, lo que puede llevar a comportamientos que son difíciles de entender sin el contexto del trauma. Los profesionales de la salud mental necesitan comprender estas dinámicas para proporcionar respuestas empáticas y efectivas.

Sin un conocimiento adecuado del trauma complejo, existe el riesgo de que los profesionales de la salud mental, sin querer, revictimicen a sus pacientes a través de enfoques terapéuticos inadecuados o interacciones que pueden ser percibidas como amenazantes o insensibles.

Entender el trauma complejo permite a los profesionales ayudar a sus pacientes a desarrollar resiliencia y estrategias de afrontamiento efectivas. Esto es crucial para la recuperación a largo plazo y para mejorar la calidad de vida general de los afectados.

El trauma complejo a menudo requiere un enfoque de tratamiento multidisciplinario. Los profesionales de la salud mental deben colaborar con otros profesionales (como médicos, trabajadores sociales, y educadores) para proporcionar un cuidado integral. Entender el trauma complejo facilita esta colaboración y coordinación de cuidados.

Razones más comunes por las cuales niños, adolescentes, mujeres y hombres podrían buscar consulta psicológica relacionada con el trauma complejo

Razones para Consulta Psicológica	Niños	Adolescentes	Mujeres	Hombres
Abuso Físico	✓	✓	✓	-
Abuso Sexual	✓	✓	✓	-
Abuso Emocional/Psicológico	✓	✓	✓	✓
Negligencia	✓	✓	-	-
Violencia Domestica	-	-	✓	-
Pérdida/Separación Traumática	✓	✓	✓	✓
Experiencias de Guerra/Conflicto	✓	✓	✓	✓
Discriminación/Marginalización	-	✓	✓	✓
Desastres Naturales/Accidentes	✓	✓	✓	✓
Trauma Vicario/Secundario	-	-	✓	-
Presiones Sociales y Expectativas de Género	-	✓	✓	✓
Problemas de Salud Mental/Física Grave	-	✓	✓	✓
Bullying o Acoso Escolar	✓	✓	-	-
Trauma Relacionado con el Embarazo	-	✓	✓	-
Tráfico de Personas y Explotación	-	✓	✓	-
Explotación Laboral/Sexual	-	✓	✓	-
Presión Académica o Expectativas Familiares	-	✓	-	-
Experiencias de Pobreza Extrema y Desamparo	-	✓	✓	-

En Resumen Qué es el Trauma Complejo?

"El trauma complejo se refiere a la **exposición prolongada y repetida a eventos traumáticos**, a menudo en situaciones de abuso, negligencia o violencia crónica. Esta exposición continua provoca **una crisis psicológica profunda, llevando a un colapso en la capacidad de la psiquis para procesar y manejar estas experiencias**. Como resultado, se manifiestan síntomas psicológicos y psiquiátricos multifacéticos y desafiantes. Estos síntomas van más allá de la reexperimentación de los eventos traumáticos; afectan profundamente la regulación emocional, el procesamiento cognitivo y los patrones de comportamiento de la persona. El trauma complejo puede tener efectos duraderos y requiere un enfoque terapéutico especializado para su manejo y recuperación."(Martínez Líbano, 2024).

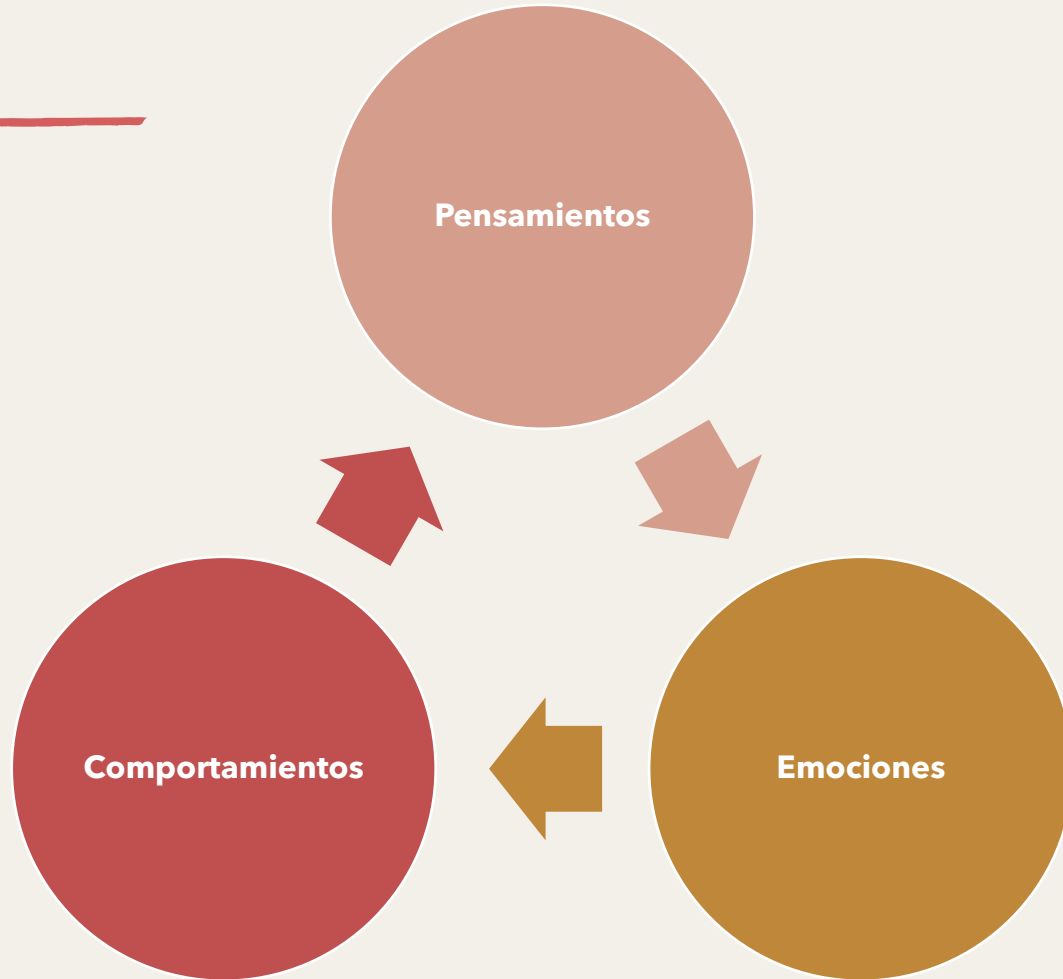


**Terapia
Cognitiva
Conductual
Centrada en el
Trauma**

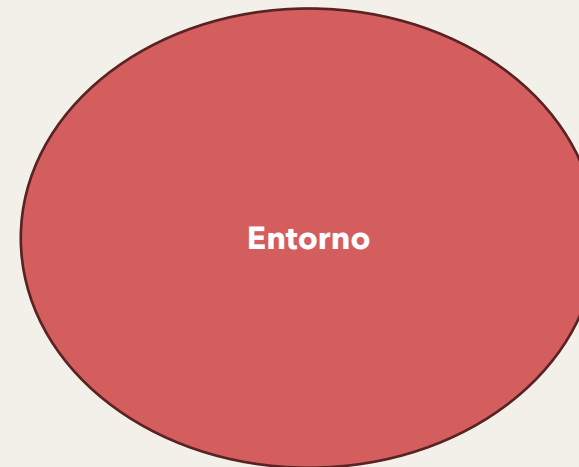


Terapia Cognitiva Conductual (TCC)

Terapia Cognitivo Conductual (TCC)



La TCC se basa en la idea de que nuestros pensamientos, sentimientos y comportamientos están interconectados, y que cambiar uno de estos elementos puede cambiar los otros



Tolin, D. F. (2023). **Doing CBT: A comprehensive guide to working with behaviors, thoughts, and emotions.** Guilford Publications.

Elemento	Depresión	Manía	Pánico	TLP
Cognitivo	Creencia de que no valgo nada	Creencia de que soy todopoderoso	Creencia de que me estoy muriendo	Creencia de que otros me abandonarán y será heavy!
Emocional	Tristeza, sensación de pesadez, baja energía	Excitación, alta energía, necesidad disminuida de dormir	Miedo, aumento de la frecuencia cardíaca, mareos	Todo lo anterior en diferentes momentos
Conductual	Pasar tiempo excesivo en la cama	Sexo impulsivo, gastos	Evitación, búsqueda de reafirmación	Autolesiones, amenazas de suicidio, lanzar objetos

SEGURIDAD Y ALIANZA TERAPÉUTICA





Algunas víctimas de trauma pueden subestimar o ignorar amenazas reales para su seguridad, como las de un cónyuge, pareja o padre abusivo. También podrían subestimar o ignorar los riesgos que sus arranques de ira representan para otros. Por el contrario, algunos clientes podrían ser hipervigilantes y por lo tanto estar predispuestos a sobreestimar el grado de peligro en el que se encuentran



Subestimar o ignorar amenazas

- Cuando las víctimas de trauma subestiman o ignoran amenazas reales para su seguridad, especialmente en contextos de relaciones con un cónyuge, pareja o padre abusivo, varios factores psicológicos y emocionales pueden estar en juego:
- Desensibilización al peligro: Las personas que han estado expuestas a ambientes abusivos por períodos prolongados pueden volverse menos sensibles a las señales de amenaza. Esta desensibilización puede hacer que perciban como normales comportamientos que son objetivamente peligrosos o dañinos.
- Dependencia emocional: En muchos casos, la víctima puede desarrollar una dependencia emocional hacia su abusador, un fenómeno a veces explicado por la teoría del vínculo traumático. Este tipo de vínculo se forma en relaciones donde la alternancia entre abuso y recompensa crea una fuerte conexión emocional que dificulta que la víctima reconozca la relación como dañina y la abandone.



Subestimar o ignorar amenazas

Miedo a las consecuencias: El miedo a represalias por parte del abusador si se reconocen o se actúa en contra del abuso puede hacer que una víctima minimice el peligro. Este miedo puede ser tanto a más violencia como a consecuencias emocionales o económicas.

Esperanza de cambio: La esperanza de que el abusador cambie su comportamiento también puede llevar a la víctima a ignorar las amenazas a su seguridad. Esta esperanza a menudo se ve reforzada durante los períodos de calma o arrepentimiento del abusador.

Baja autoestima y culpa: El trauma recurrente puede erosionar la autoestima de la víctima y fomentar sentimientos de culpa, llevándola a creer que merece el maltrato o que es responsable de provocar el comportamiento abusivo.

Aislamiento social: Los abusadores a menudo aíslan a sus víctimas de amigos, familiares y otros apoyos sociales que podrían ayudarlas a reconocer y responder a las amenazas. La falta de perspectivas externas puede hacer que la víctima no reconozca la gravedad de su situación.




- Un principio genérico del tratamiento del trauma es que, si es necesario, la primera prioridad es proporcionar intervención de crisis o manejo de casos para asegurar un entorno seguro y recursos básicos de supervivencia para las víctimas de trauma. Por ejemplo: una víctima de abuso podría necesitar encontrar un lugar diferente para vivir



Alianza Terapéutica

Independientemente del tipo de problemas que traten los clínicos, ya sean relacionados con trauma o cualquier otra cosa, uno de los factores más importantes que influyen en su efectividad es la calidad de la relación terapeuta-cliente; es decir, la alianza terapéutica.



De hecho, algunas investigaciones han encontrado que la calidad de las habilidades relacionales clínicas básicas del terapeuta tiene más influencia en el resultado del tratamiento que las intervenciones específicas que emplean.

Alianza Terapéutica en el Trauma

Creación de un espacio seguro: Para las personas que han experimentado trauma complejo, a menudo caracterizado por experiencias repetidas o prolongadas de abuso, abandono o negligencia, el establecimiento de un entorno seguro es primordial. La alianza terapéutica proporciona este espacio seguro donde los pacientes pueden sentirse protegidos y libres de juicios, lo que es esencial para que puedan explorar y expresar sus experiencias y emociones traumáticas.

Reparación de relaciones dañadas: El trauma complejo frecuentemente resulta en desconfianza hacia los demás y dificultades en las relaciones interpersonales. Una relación terapéutica sólida y empática puede servir como un modelo de relación saludable. A través de esta relación, el terapeuta puede ayudar al paciente a aprender y practicar habilidades de interacción social, mejorando su capacidad para formar y mantener relaciones fuera del entorno terapéutico.

Validación y aceptación: Una alianza terapéutica efectiva ayuda a los pacientes a sentirse entendidos y aceptados, lo cual es crucial para aquellos cuya realidad y sufrimiento han sido a menudo ignorados o invalidados. Esta validación puede ser profundamente curativa, ayudando a los pacientes a reconciliarse con sus experiencias y a comenzar el proceso de curación.

Fomento de la autonomía y el empoderamiento: Una buena alianza terapéutica permite que el paciente tome un papel activo en su proceso de recuperación. El terapeuta apoya al paciente en explorar opciones y tomar decisiones, lo que fomenta la autonomía y el empoderamiento, contrarrestando los sentimientos de impotencia que a menudo acompañan al trauma complejo.

Manejo de la transferencia y la contratransferencia: En el tratamiento del trauma complejo, pueden surgir intensas emociones y patrones relacionales tanto en el paciente (transferencia) como en el terapeuta (contratransferencia). Una alianza terapéutica sólida permite manejar estos fenómenos de manera efectiva, utilizando estas dinámicas como herramientas terapéuticas para profundizar la comprensión del paciente sobre sus relaciones y comportamientos.

Afrontamiento de emociones intensas: El tratamiento del trauma complejo implica trabajar con emociones profundamente dolorosas y a menudo abrumadoras. Una alianza terapéutica fuerte brinda el apoyo emocional necesario para que el paciente pueda tolerar y procesar estas emociones sin sentirse sobrepasado.

Aspectos Generales del tratamiento del Trauma



De particular importancia al trabajar con víctimas de trauma, especialmente aquellas que son víctimas de abuso, es **restaurar su sentido de control y empoderamiento**.



Durante la evaluación, por ejemplo, deberían sentir que están a cargo del proceso de contar su propia historia.



Deberían sentir que están un paso adelante del terapeuta al contar esa historia.

Por ejemplo, preguntar: "¿Por dónde crees que deberíamos empezar?"



Si los pacientes aún no están listos para discutir el evento traumático, no deberían ser forzados a hacerlo.



Podría pasar bastante tiempo antes de que se sientan suficientemente seguros y cómodos en la relación para revelar el abuso que experimentaron.

Aspectos Generales del tratamiento del Trauma



Si el paciente no menciona el trauma durante la evaluación, pero el clínico está al tanto de ello, en lugar de mencionar el trauma directamente, el clínico podría preguntar si el cliente ha tenido alguna vez una experiencia muy mala.



Si el paciente ya mencionó el trauma, el clínico podría fomentar un sentido de control y empoderamiento al pedir permiso para discutir el evento traumático.



También se puede alentar a los pacientes a compartir solo aquellos aspectos del trauma que creen que el terapeuta necesita saber y a mantener privadas otras cosas si así lo desean.



También se les puede animar a tomar descansos cuando quieran y a detener la discusión cuando quieran.



También se puede fomentar un sentido de control y empoderamiento alentando a los clientes a expresar sus objetivos de tratamiento y el orden en el que les gustaría trabajar en cada uno.

Aspectos Generales del tratamiento del Trauma

También es de gran importancia al trabajar con víctimas de trauma la necesidad de validar la experiencia de la víctima.

Una razón por la cual la validación es tan importante es que muchas víctimas de abuso no son creídas cuando informan del abuso a otros.

Aspectos Generales del tratamiento del Trauma

Otra razón para la importancia de la validación es que la víctima podría atribuir sus síntomas de TEPT a algo que está intrínsecamente mal en ellos y quizás que están perdiendo la razón.



Por lo tanto, es importante que el terapeuta comunique a los clientes que sus comportamientos y otros síntomas son completamente comprensibles a la luz del trauma que experimentaron, que virtualmente cualquier persona respondería de manera similar.

Aspectos Generales del tratamiento del Trauma

Además, la validación es parte de empoderar a las víctimas de trauma.

La validación y el empoderamiento también pueden ser fomentados comentando sobre las fortalezas del paciente.

- Por ejemplo, el terapeuta podría elogiar al paciente por iniciar el tratamiento y tener el coraje de discutir sus dolorosos recuerdos del trauma(s).

Podrían destacar lo notable que es que el paciente haya tenido la fuerza para continuar y lograr cosas después de experimentar el trauma.

- Por ejemplo, el terapeuta podría comentar lo impresionante que es que a pesar de lo que el cliente pasó, pudo criar a sus hijos, seguir trabajando, obtener su título, etc.

Para fortalecer aún más un sentido de fuerza y empoderamiento, el terapeuta podría preguntar al paciente cómo logró lograr todo eso después de lo que pasó.

Se debe tener cuidado de no exagerar el enfoque en las fortalezas. Hacerlo corre el riesgo de invalidar el sentido de dolor y vulnerabilidad severos del cliente.

El terapeuta debe equilibrar los comentarios sobre las fortalezas del cliente con comentarios que transmitan una comprensión de ese sentido de dolor y vulnerabilidad.

Aspectos Generales del tratamiento del Trauma

Una advertencia para tener en cuenta sobre la validación es que el clínico debe validar las experiencias del paciente y no la verdad factual de lo que describen.

El clínico no tiene forma de saber sin evidencia de terceros u otra evidencia qué sucedió realmente en casos donde la verdad está en disputa, como en casos judiciales.

Cómo Validar la Experiencia en el Trauma



Uso de técnicas de comunicación efectiva: Técnicas como la reformulación (parafrasear lo que el cliente ha dicho para mostrar que se ha entendido su punto) y la clarificación (pedir al cliente que explique más sobre sus sentimientos o pensamientos) pueden ayudar a centrar la discusión en las experiencias internas del cliente más que en los hechos objetivos.



Mantener un enfoque terapéutico: El objetivo del terapeuta es ayudar al cliente a procesar sus experiencias y emociones de manera que promueva su bienestar y recuperación. Esto puede incluir trabajar sobre cómo los eventos percibidos han afectado su autoestima, sus relaciones y su visión del mundo, independientemente de la realidad objetiva de esos eventos.



Establecer y mantener límites claros: Es importante que los terapeutas establezcan límites claros sobre su rol. No son investigadores, jueces, ni jurados. Su función es apoyar psicológicamente al cliente, y deben comunicar esto claramente si el cliente busca confirmación de los hechos en disputa.

Trauma-Focused Cognitive- Behavioral Therapy (TF-CBT)

de Arellano, M. A. R., Lyman, D. R., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., ... & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: Assessing the evidence. *Psychiatric services*, 65(5), 591-602.



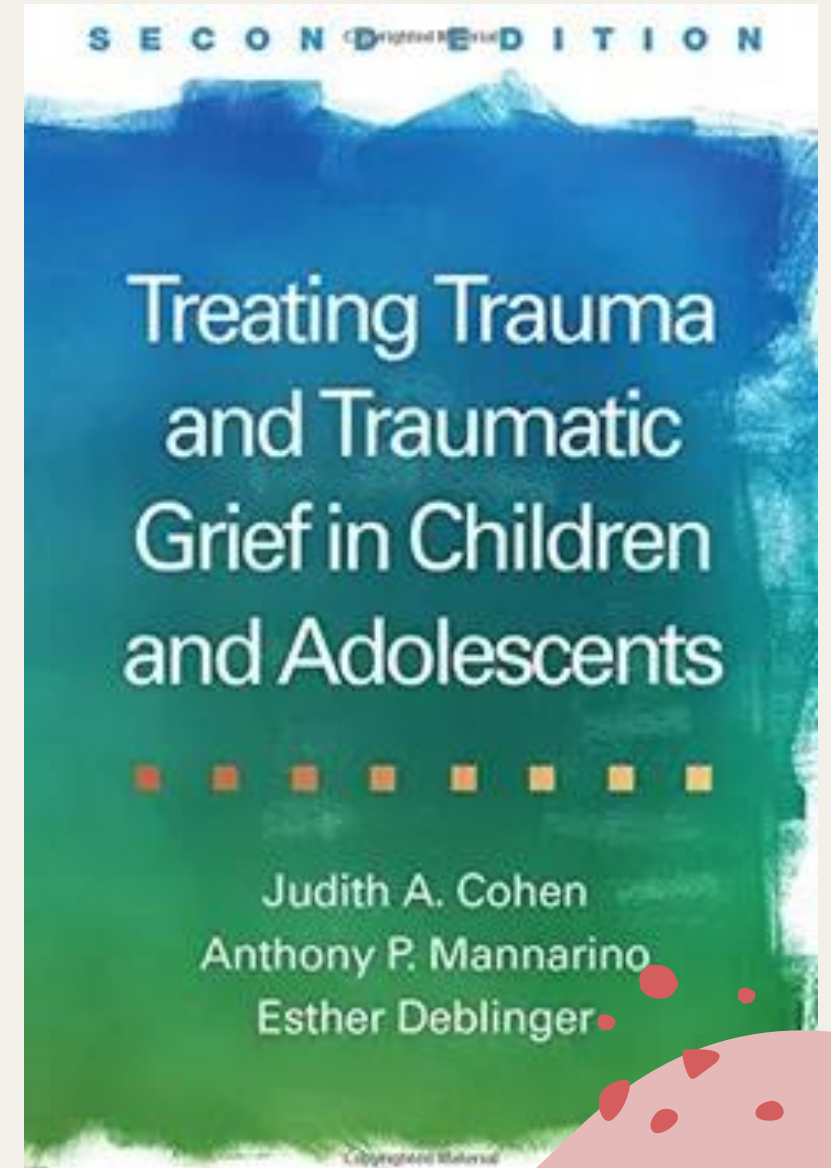
TCC-T

La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-T) o (TF-CBT) es un tratamiento conjunto entre padres e hijos desarrollado por Cohen, Mannarino y Deblinger que utiliza principios cognitivo-conductuales y técnicas de exposición para prevenir y tratar el estrés postraumático, la depresión y los problemas de conducta.

TCC-T proporciona una estructura para el uso de principios cognitivo-conductuales en el contexto de dos consideraciones primordiales del desarrollo:

El papel del cuidador

La naturaleza en desarrollo de la regulación emocional y las capacidades de afrontamiento del niño



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

Video

What is trauma-focused CBT? | UK Trauma Council

<https://www.youtube.com/watch?v=B0xUwMcMwwc>

TCC-T

El modelo fue diseñado originalmente para abordar los síntomas de PTSD asociados con el abuso sexual:

Síntomas depresivos, problemas de conducta (incluida la agresión y conductas sexuales inapropiadas) y pensamientos y sentimientos inútiles con respecto al abuso, como distorsiones cognitivas, culpa y vergüenza.

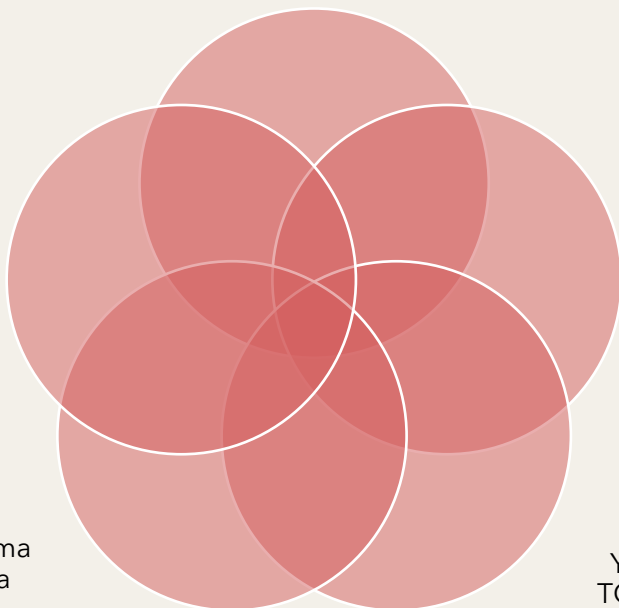
Posteriormente, el modelo se ha adaptado para tratar diversos tipos de abuso y otros traumas, como experimentar abuso o abandono físico o emocional y presenciar violencia comunitaria o doméstica, pérdidas traumáticas, guerras o desastres naturales.



TCC-T

La TCC se diseñó para administrarse en 12 a 16 sesiones de tratamiento ambulatorio, según las necesidades y capacidades del niño y de los cuidadores.

El modelo también aborda las reacciones emocionales de padres y cuidadores no infractores. Aunque también podría incluir al perpetrador una vez realizado tratamiento éxito y se tiene la seguridad que no hará daño nuevamente al menor.



Sesiones estipulan la misma cantidad de tiempo para niño/adolescente y cuidador principal.

Individual - Grupal =
Sesiones incluyen a los padres y/o cuidadores principales.

Ya hay diversas formas de TCC-T = Individual, adultos, parejas, etc.



Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

Behavior Therapy 53 (2022) 64–79

Behavior
Therapy

www.elsevier.com/locate/bt

Caregiver Behaviors and Child Distress in Trauma Narration and Processing Sessions of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT)

Caroline A. Canale

Adele M. Hayes

University of Delaware

Charlotte Yasinski

Emory University

Damion J. Grasso

University of Connecticut School of Medicine

Charles Webb

State of Delaware Division of Prevention and Behavioral Health Services

Esther Deblinger

Rowan University School of Osteopathic Medicine

Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) is an effective treatment for children impacted by trauma

traumatic stress disorder [PTSD] symptoms) as predictors of caregiver behavior during the trauma processing sessions. Caregivers who reported exposure to more trauma

Elementos Claves de la TCC-T

1. Psicoeducación (p. ej., reacciones comunes a exposición al trauma)
2. Habilidades de afrontamiento (p. ej., relajación, identificación de sentimientos, afrontamiento cognitivo).
3. Exposición gradual (p. ej., imaginal, in vivo)
4. Procesamiento cognitivo de pensamientos y creencias relacionados con el trauma y participación del cuidador (p. ej., padres formación, sesiones conjuntas entre padres e hijos).

Elementos Claves de la TCC-T: Psicoeducación

1. Entender el Trauma y Sus Efectos: La psicoeducación en la TCC-T comienza con la explicación de qué es el trauma y cómo puede afectar a la mente y al cuerpo. Esto incluye discutir los síntomas comunes del trauma, como la hiperactivación, la evitación, y los pensamientos intrusivos.

2. Normalización de las Reacciones al Trauma: Uno de los aspectos más importantes de la psicoeducación es normalizar las reacciones al trauma. Los pacientes aprenden que sus respuestas, aunque difíciles y perturbadoras, son reacciones humanas normales a eventos anormales y extremadamente estresantes.

3. Identificación de Síntomas y Patrones de Pensamiento: La TCC-T ayuda a los pacientes a identificar sus síntomas específicos y los patrones de pensamiento que surgen como resultado del trauma. Esto puede incluir reconocer la reexperimentación del trauma, la evitación y la hiperactivación.

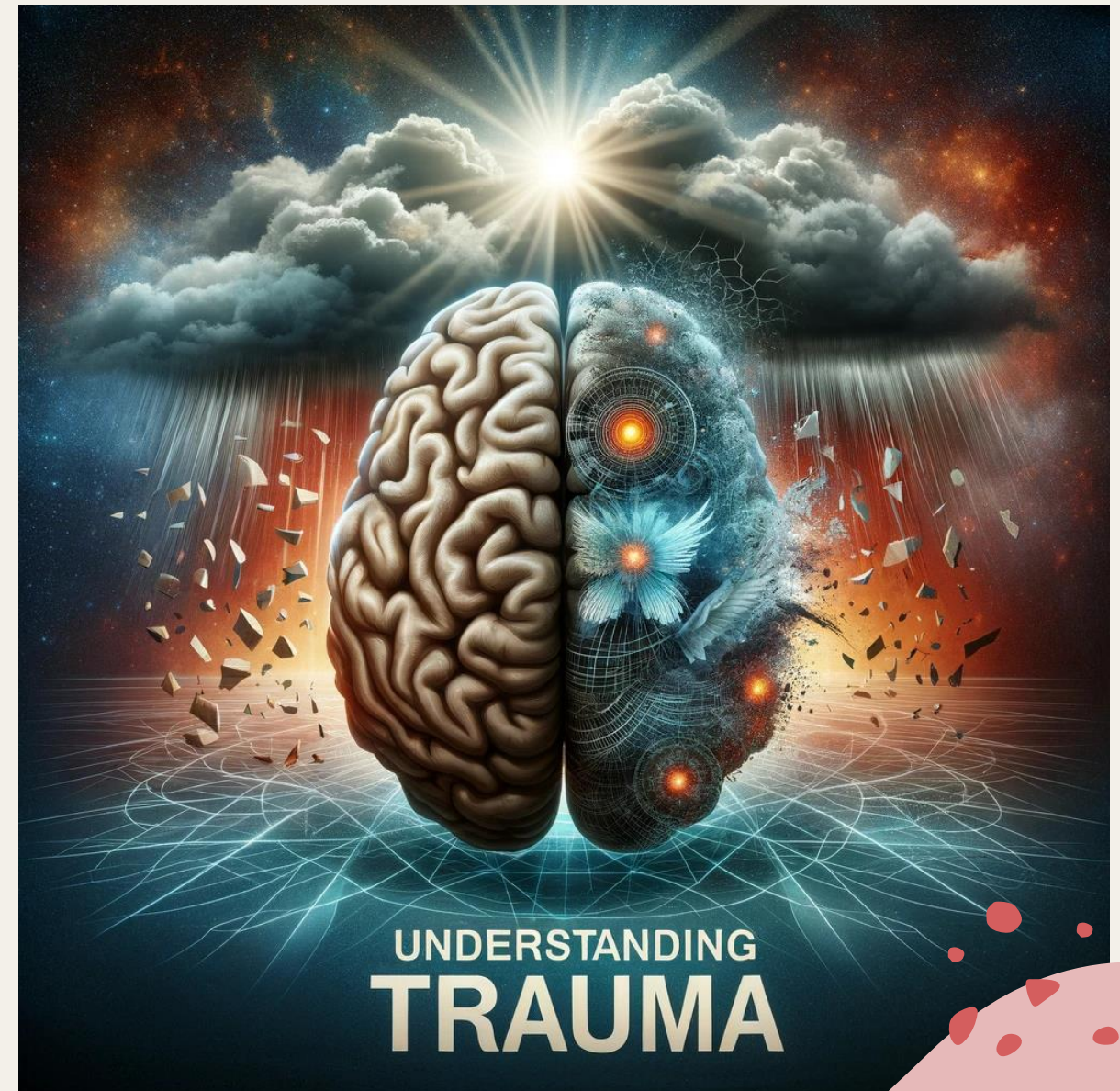
4. Construcción de un Vocabulario Común: La psicoeducación proporciona un lenguaje común para que pacientes y terapeutas discutan las experiencias traumáticas y sus efectos. Esto ayuda a facilitar la comunicación y el entendimiento mutuo.

5. Enseñanza de Estrategias de Afrontamiento: Se educan a los pacientes sobre diferentes estrategias de afrontamiento y habilidades de manejo, como la relajación, la regulación emocional, y técnicas de mindfulness. Estas herramientas son fundamentales para manejar los síntomas del trauma.

6. Promoción de la Auto-comprensión: A través de la psicoeducación, los pacientes ganan una mayor comprensión de sus propias experiencias y reacciones. Esto puede llevar a un mayor autoconocimiento y a una reducción del auto-juicio y la estigmatización.

7. Preparación para la Terapia: La psicoeducación sirve como un paso preliminar antes de entrar en la fase más activa de la TCC-T, preparando a los pacientes para el trabajo terapéutico más intensivo que implica abordar y procesar directamente el trauma.

8. Apoyo para la Recuperación a Largo Plazo: Proporciona a los pacientes el conocimiento y las habilidades necesarias para su recuperación a largo plazo, promoviendo una mayor resiliencia y un sentido de agencia.



Psicoeducación

Folletos de Reacciones Comunes

Folletos de entendimiento del trauma

Folleto con situaciones típicamente evitadas

HANDOUTS

The handouts in this section can be reproduced and given to your clients for the purpose of psychoeducation.

Handout 2-1 Common Reactions to Trauma

Emotional Reactions

- Fear
- Shock
- Grief
- Outbursts of anger
- Irritability
- Helplessness
- Hopelessness
- Guilt
- Shame
- Resentment
- Emotional numbing
- Depression
- Anxiety
- Detachment
- Loss of interest

Cognitive Reactions

- Repetitive thoughts
- Disorientation

Handout 2-3 Understanding Trauma and Its Impact

INTRODUCTION: WHAT IS TRAUMA?

Traumatizing events include assault, torture, rape, war, military combat, incarceration in a death camp, natural disasters, industrial and automobile accidents, and exposure to violence. Most people will be exposed to catastrophic stress in their lifetime, and most of them will recover on their own from the psychological impact of trauma. However, some will develop posttraumatic stress disorder (PTSD). PTSD is a normal response after exposure to a traumatic event and is seen in many different countries, cultures, and societies. While a natural ability to heal ourselves after trauma may be true for many of us, a significant number of people exposed to a traumatic event develop severe and persistent symptoms that dissipate only when mental health treatment is provided.

COMMON REACTIONS TO TRAUMA

After experiencing a traumatic event, it is normal to experience emotional, cognitive, physical, and interpersonal reactions for several days or weeks. These reactions will vary from person to person. Emotional reactions experienced most often include feelings of fear, shock, grief, anger, irritability, helplessness, hopelessness, guilt, shame, resentment, and numbing. Cognitive reactions may include disorientation, confusion, difficulty concentrating, memory loss, self-blame, unwanted memories, and indecisiveness. Often, these reactions are accompanied by tension, headaches, fatigue, a racing pulse, change in sleeping patterns, startle reactions, edginess, change in appetite, and nausea. For people with PTSD, trauma reminders (such as noises, thoughts, or

Handout 2-2 Typically Avoided Situations

- Sexual or physical contact, affection with significant others
- Standing close to other people
- Talking about the trauma
- Someone coming up to you from behind
- Reading the newspaper, watching television, or listening to the radio
- Seeing images or hearing names associated with the traumatic event
- Being alone at home
- Being alone at night
- Walking down the street alone
- Going out after dark
- Being in a crowd of people
- Sleeping with the lights off
- Sleeping with the bedroom door unlocked
- Sleeping with the windows open or unlocked
- Sleeping alone

Evaluación en TCC-T

- Antes de administrar todos los programas de tratamiento de TCC, es imperativo realizar una evaluación exhaustiva de los síntomas del cliente.
- Se recomienda administrar medidas de evaluación repetidas a lo largo del curso de tratamiento para monitorear los síntomas y el nivel de funcionamiento.
- 2 propósitos:
 - Ayudar al terapeuta a monitorear el proceso del cliente, y
 - Proporcionar al cliente evidencia de mejora, que pueda fomentar una sensación de logro, dominio y confianza.

Elementos Claves de la TCC-T: Habilidades de afrontamiento

1. **Técnicas de Relajación:** Respiración Profunda / Relajación Muscular Progresiva / Mindfulness y Meditación

2. **Identificación de Sentimientos: Reconocimiento Emocional:** Ayuda a los pacientes a identificar y nombrar sus emociones, lo cual es un paso importante para entender cómo las emociones afectan sus pensamientos y comportamientos. **Diarios Emocionales:** Puede incluir el uso de diarios para registrar emociones y situaciones desencadenantes, lo que ayuda a aumentar la conciencia emocional.

3. **Afrontamiento Cognitivo: Reestructuración Cognitiva:** Enseña a los pacientes a identificar y desafiar pensamientos distorsionados o negativos que son producto del trauma, reemplazándolos por otros más equilibrados y realistas. **Entrenamiento en Resolución de Problemas:** Ayuda a los pacientes a desarrollar habilidades para abordar de manera efectiva los desafíos cotidianos, reduciendo así la ansiedad y el estrés. **Confrontación de Pensamientos Catastróficos:** Trabaja en identificar y manejar pensamientos catastrofistas o de 'lo peor', que a menudo acompañan a los traumas.

4. **Técnicas Complementarias: Visualización o Imaginería Guiada:** Utiliza la visualización de escenas tranquilas o positivas para promover la relajación y el bienestar. **Habilidades de Comunicación:** Enseña técnicas efectivas de comunicación para mejorar las relaciones interpersonales, lo que puede ser especialmente útil para aquellos cuyos traumas involucran abuso o negligencia.

5. **Práctica y Aplicación: Tareas Graduadas:** Los pacientes son animados a practicar estas habilidades fuera de la terapia, comenzando con situaciones menos desafiantes y avanzando gradualmente. **Feedback y Ajustes:** El terapeuta proporciona retroalimentación y hace ajustes según sea necesario para asegurar que las técnicas de afrontamiento sean efectivas para el paciente.

Elementos Claves de la TCC-T: Habilidades de afrontamiento

Exposición Imaginal:

Recordar el Evento Traumático:

Los pacientes son guiados para recordar y describir el evento traumático en detalle, incluyendo sus pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas durante el evento.

Este proceso se realiza en un entorno seguro y controlado, bajo la guía del terapeuta.

Procesamiento del Trauma:

A través de repetidas sesiones de exposición imaginal, los pacientes aprenden a procesar y manejar las emociones y recuerdos relacionados con el trauma.

El terapeuta ayuda a los pacientes a reinterpretar el evento traumático de una manera menos perturbadora y más realista.

Desensibilización:

Con el tiempo, la exposición repetida reduce la intensidad emocional asociada con los recuerdos traumáticos, un proceso conocido como desensibilización.

Elementos Claves de la TCC-T: Habilidades de afrontamiento

Exposición In Vivo:

Confrontación de Situaciones Evitadas:

- Incluye enfrentar situaciones, lugares o actividades que se han evitado por su conexión con el trauma.
- Estas situaciones son seleccionadas cuidadosamente y ordenadas en una jerarquía de menos a más desafiantes.

Práctica Gradual y Controlada:

- Los pacientes se exponen gradualmente a estas situaciones en la vida real, comenzando con las menos angustiantes.
- El objetivo es disminuir el miedo y la evitación a través de la experiencia directa.

Apoyo y Monitoreo:

- El terapeuta proporciona apoyo y monitoreo durante este proceso, ayudando a los pacientes a aplicar las habilidades de afrontamiento aprendidas y a procesar sus experiencias.

Reforzamiento del Sentimiento de Control:

- La exposición in vivo ayuda a los pacientes a recuperar un sentido de control y normalidad en su vida diaria.

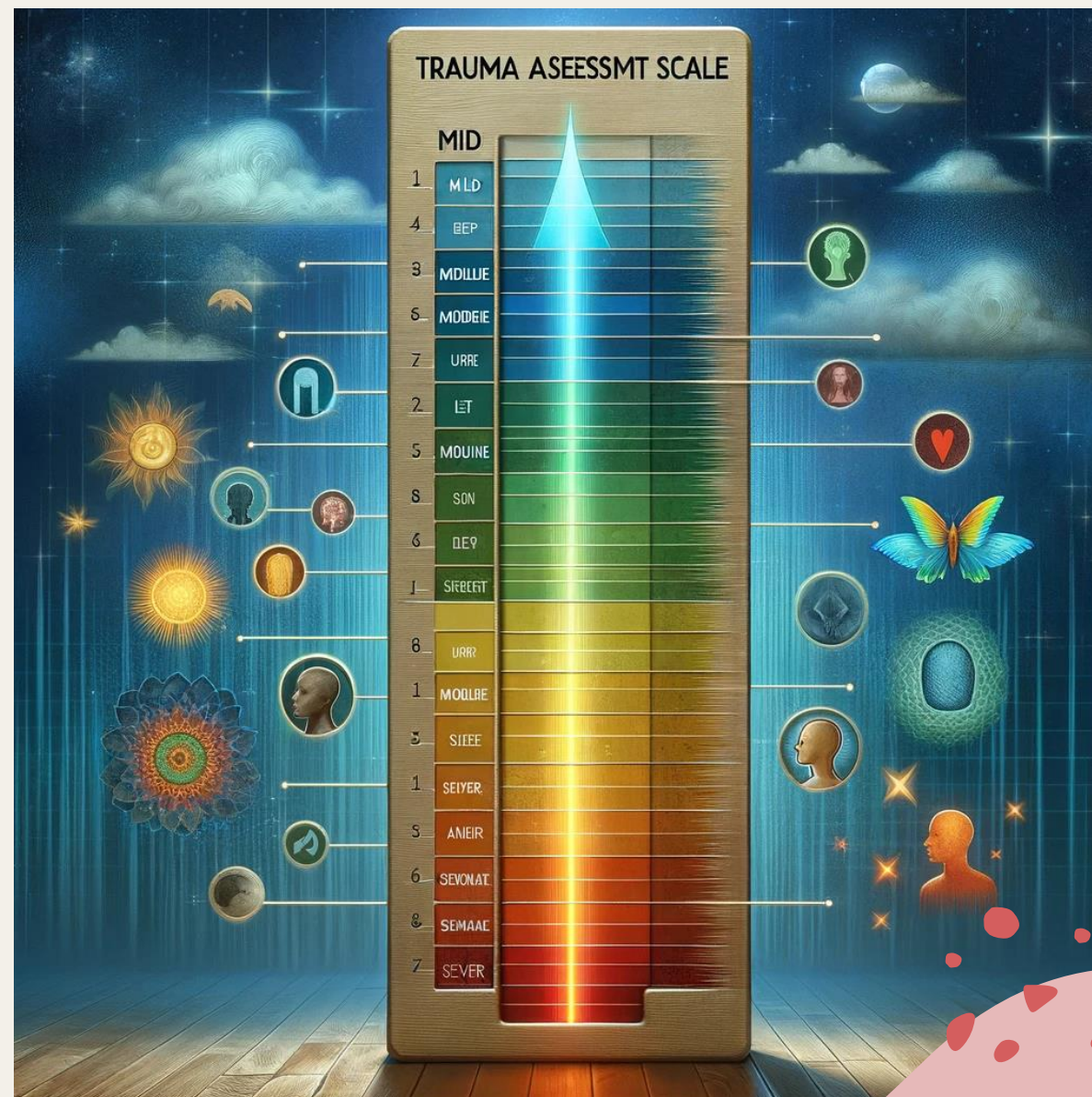
Técnicas de Exposición

Según la teoría del aprendizaje de dos factores de Mowrer, cuando un cliente se enfrenta a una situación o recuerdo temido sin las consecuencias negativas que anticipa, se espera que se produzca una habituación (desensibilización) del miedo (Mowrer, 1960; Foa y Rothbaum, 1998).

Esta habituación o desensibilización es un objetivo del tratamiento.

Proceso TCC-T

- Identificación Situación Traumática
- Evaluación de los síntomas (repetitiva)
- Aplicación de sesiones y Estrategias
- Evaluación del Proceso



Evaluación del Trauma

Escalas de Evaluación del Trauma

Medidas de exposición al trauma

Entrevistas clínicas estandarizadas de trauma

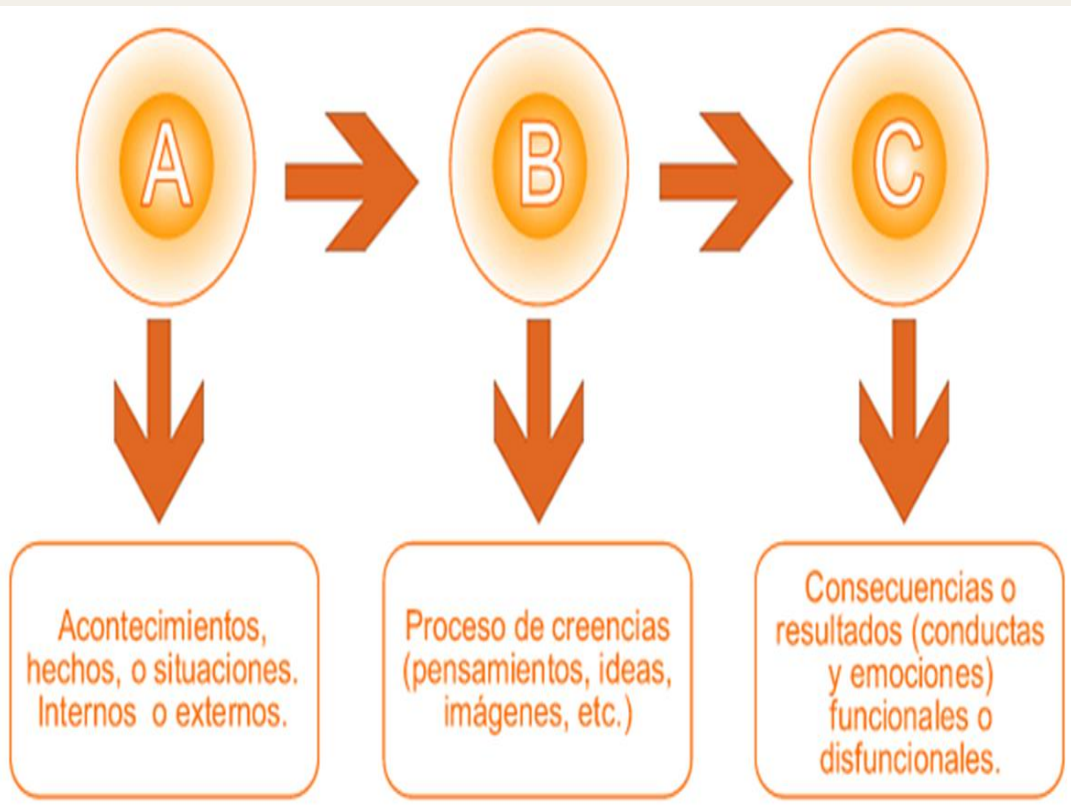
Symptom Severity and Level of Functioning	Citations
PTSD Checklist (PCL)	Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane (1995)
PTSD Symptom Scale (PSS)	Foa, Riggs, Dancu, & Rothbaum (1993)
PK and PS Scales of the MMPI-2	Lyons & Keane (1992); Schlenger & Kulka (1989)
SCL-PTSD	Saunders, Arata, & Kilpatrick (1990); Ursano, Fullerton, Kao, & Bhartiya (1995)
Impact of Event Scale-Revised (IES-R)	Weiss & Marmar (1997)
Mississippi Scale for Combat-Related PTSD (M-PTSD)	Keane, Gerardi, Lyons, & Wolfe (1988)
Revised Civilian Mississippi Scale	Norris & Perilla (1996)
Penn Inventory	Hammarberg (1992)
Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40)	Briere & Runtz (1989)
Trauma Symptom Inventory (TSI)	Briere (1995)

Table 2.6
Exposure to Trauma Measures

Exposure Measures	Citations
Traumatic Stress Schedule (TSS)	Norris (1992)
Potential Stressor Experiences Inventory (PSEI)	Kilpatrick, Resnick, & Freedy (1991)
Traumatic Events Questionnaire (TEQ)	Vrana & Lauterbach (1994)
Evaluation of Lifetime Stressors (ELS)	Krinsley & Weathers (1995)
Trauma History Questionnaire (THQ)	Green (1996)
Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ)	Kubany et al. (2000)
Stressful Life Events Screening Questionnaire (SLESQ)	Goodman, Corcoran, Turner, Yuan, & Green (1998)
Life Stressor Checklist-Revised (LSC-R)	Wolfe, Kimerling, Brown, Chrestman, & Levin (1996)

Clinical Interviews	Citations
Clinician Administered PTSD Scale (CAPS)	Blake et al. (1995)
Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)	First, Spitzer, Williams, & Gibbon (1996)
Composite International Diagnostic Interview (CIDI)	World Health Organization (1997)
Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)	Foa, Casman, Jaycox, & Perry (1997)
Diagnostic Interview Schedule IV (DIS-IV)	Robins, Cottler, & Bucholz (1995)
Davidson Self-Rating PTSD Scale	Davidson et al. (1997)
PTSD-Interview	Watson, Juba, Manifold, Kucal, & Anderson (1991)

Reestructuración Cognitiva



Día	Evento Activador	Pensamientos/ Creencias	Consecuencia Emocional	Consecuencia Conductual
5/20	Hombre caminando hacia mi	Él va a violarme, va levantarme el jumper como lo hizo el otro. Soy demasiado débil. No puedo protegerme.	Me siento asustada y enojada, me siento muy angustiada	Corro hacia cualquier lugar seguro rápidamente, llorando

Caso Fernanda 14 años víctima de un abuso sexual en micro (2023)

PRIMER PASO: DESCRIBE EL ACONTECIMIENTO QUE TE PREOCUPA:

SEGUNDO PASO: ANOTA TUS EMOCIONES NEGATIVAS (rabia, pena, ansiedad, desánimo, etc.) y puntúa cada uno de ellos de 0 (nada) a 100 (máximo).

TERCER PASO: TÉCNICA DE LAS TRES COLUMNAS

Pensamientos automáticos

Distorsiones

Respuestas racionales

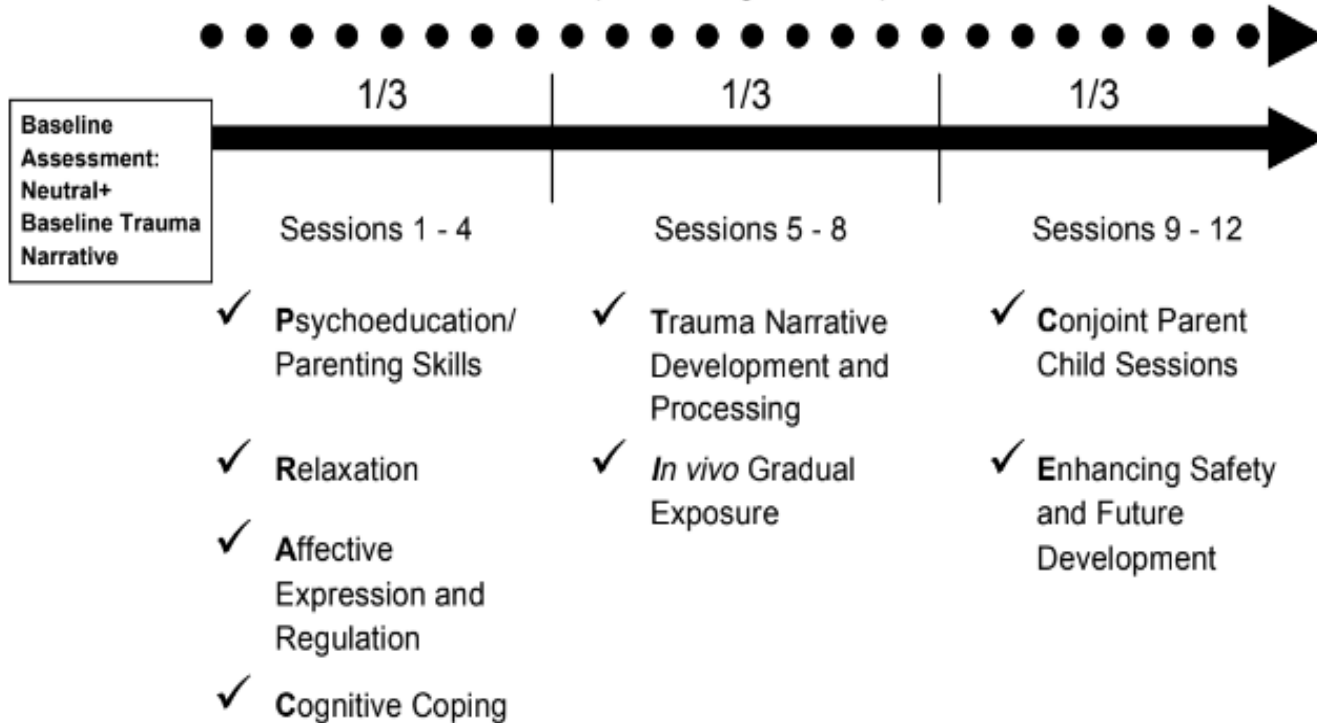
<i>Pensamientos automáticos</i>	<i>Distorsiones</i>	<i>Respuestas racionales</i>

Pensamientos Comunes Relacionados con el Trauma y Creencias Más Adaptativas

Tipo de Creencia	Creencias Maladaptativas	Creencias Adaptativas
Legitimidad	Todos piensan que estoy exagerando y debería ser capaz de dejarlo atrás. Mis reacciones al trauma significan que estoy loco/a.	Me llevará a mí y a otros tiempo superar esto. Aunque desagradables, mis reacciones relacionadas con el trauma no significan que esté loco/a.
Benevolencia/Justicia del Mundo	El mundo es peligroso. El mundo es malévol.	Algunos aspectos del mundo son inseguros y otros son seguros y predecibles. Hay tanto lo bueno como lo malo; algunos aspectos de la vida son gratificantes.
Confianza	Siempre seré explotado/a si no tengo cuidado. Es peligroso acercarse a las personas; las personas son indignas de confianza.	Algunas personas pueden intentar aprovecharse de mí, pero la mayoría no lo hará. Algunas personas son indignas de confianza, pero muchas pueden ser confiables.
Estima	Soy incompetente. Fracaso en todo lo que intento. La insensibilidad que siento me hace un/a esposo/a y padre/madre horrible. Nunca me recuperaré.	Hay muchas cosas que hago bastante bien. Continuaré intentando hacer lo mejor y aprender de mis errores. La insensibilidad es parte de mi condición de TEPT, en la cual estoy trabajando. No significa que sea un mal miembro de la familia.
Esperanza	Nunca volveré a ser el mismo/a.	Siempre recordaré lo que sucedió, pero no tiene por qué definirme. Puedo superar sus efectos.
Poder/Elección	Soy una niña pequeña e impotente de nuevo. Podría haberlo detenido. Fue mi culpa.	Hice lo mejor que pude y soy capaz de controlar muchas cosas en mi vida. Hice lo que pude, pero no pude detenerlo. No fue mi culpa. No causé que esto sucediera.

TFCBT Sessions Flow

Entire process is gradual exposure



Sesiones 1 - 4	Sesiones 5 - 8	Sesiones 9 - 12
Psicoeducación/ Habilidades Parentales	Desarrollo y Procesamiento de la Narrativa del Trauma	Sesiones Conjuntas de Padres e Hijos
Relajación	Exposición Gradual In vivo	Mejora de la Seguridad y Desarrollo Futuro
Expresión y Regulación Afectiva		
Afrontamiento Cognitivo		

Ejemplo de Una Sesión de 90 Minutos de Mitad de Tratamiento

Metas	Actividades	Tiempo
Revisar la justificación para la exposición gradual	Revisar el trabajo de exposición gradual del niño/adolescente de sesiones anteriores	30-40 minutos
	Sesión Individual del Niño / adolescente	
Reducir la angustia asociada con la experiencia abusiva	Continuar añadiendo capítulos adicionales al libro del niño proporcionando opciones de temas en los que enfocarse	
	Elicitar pensamientos y sentimientos relacionados con el abuso	
	Reforzar la educación sobre el abuso sexual infantil al disputar creencias disfuncionales	
	Procesar y disputar pensamientos disfuncionales	
	Preparar para la sesión conjunta con el cuidador. Ensayar compartir el capítulo del libro del niño así como refuerzos para el cuidador	
Reducir la angustia asociada con la experiencia abusiva del niño	Compartir el trabajo de exposición gradual del niño	30-40 minutos
	Sesión Individual del Cuidador	
	Elicitar pensamientos y sentimientos relacionados con el abuso	
	Ayudar en la aplicación de habilidades de afrontamiento cognitivo para combatir creencias disfuncionales	
	Procesar y disputar pensamientos disfuncionales	
	Preparar para la sesión conjunta con el niño. Ensayar los comentarios del cuidador al capítulo seleccionado del libro del niño así como elogios	
	Ayudar al cuidador a manejar el comportamiento del niño en casa	
	Promover la comunicación abierta sobre la experiencia de abuso del niño	
El niño comparte un capítulo de su libro de exposición gradual	Sesión Conjunta	10-20 minutos
	Proporcionar una oportunidad para que el cuidador modele comodidad al discutir el abuso	
	Intercambio mutuo de elogios	
	Fortalecer la relación cuidador-niño	

TFCBT COMPONENTS

Let's consider the following PRACTICE acronym as a means of remembering the components used in TFCBT (Cohen, et al., 2006). Each will be discussed below:

- **P**sychoeducation and **P**arenting skills
- **R**elaxation
- **A**ffective expression and regulation
- **C**ognitive coping
- **T**rauma narrative development and processing
- **I**n vivo gradual exposure
- **C**onjoint parent child sessions
- **E**nhancing safety and future development

TFCBT (Terapia Cognitivo-Conductual enfocada en el Trauma) (Cohen, et al., 2006). Cada uno será discutido a continuación:

Psicoeducación y habilidades parentales

Relajación

Expresión y regulación afectiva

Afrontamiento cognitivo

Desarrollo y procesamiento de la narrativa del trauma

Exposición gradual in vivo

Sesiones conjuntas de padres e hijos

Mejora de la seguridad y desarrollo futuro

1. Psicoeducación y habilidades parentales.

2. Relajación

3. Expresión y regulación afectiva

4. Afrontamiento cognitivo

5. Desarrollo y procesamiento de la narrativa del trauma

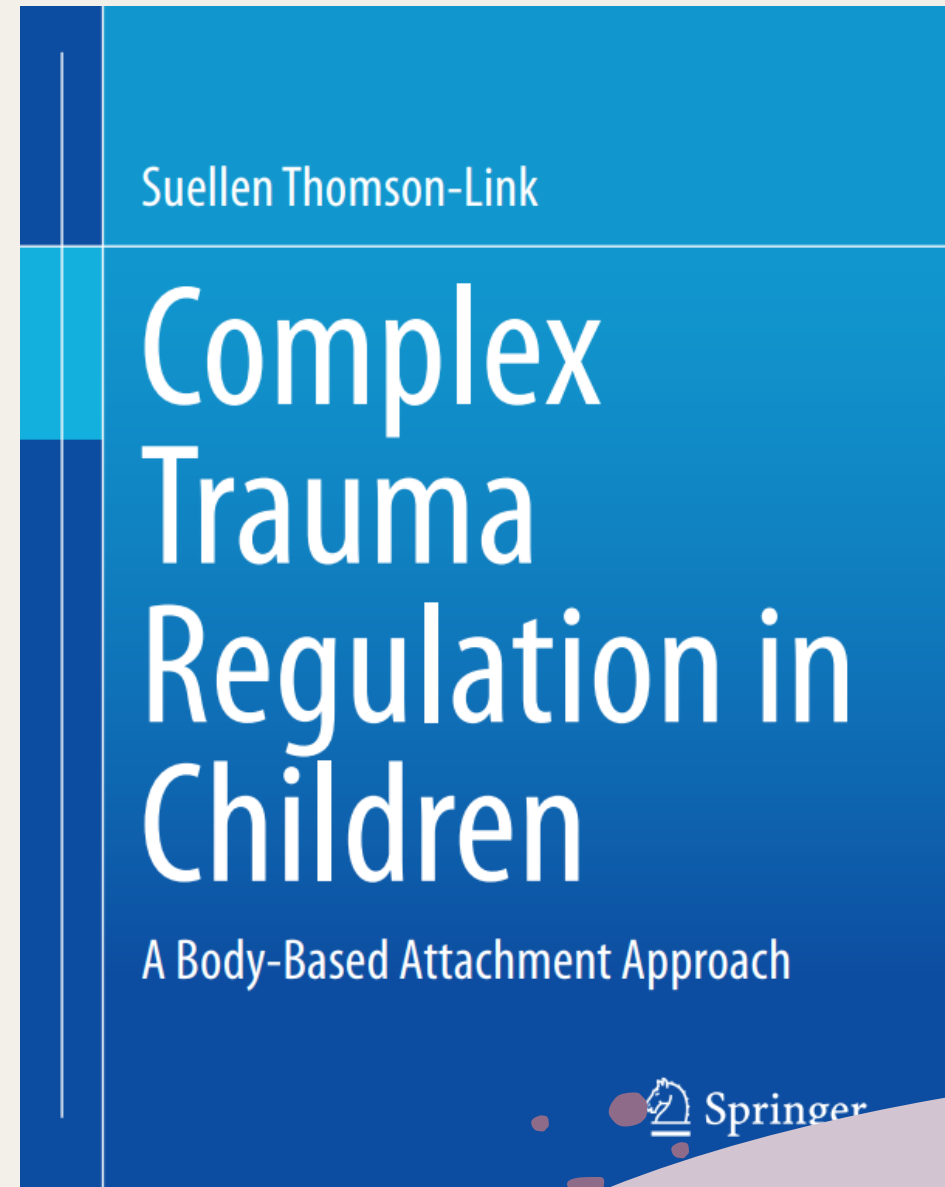
6. Exposición gradual in vivo

7. Sesiones conjuntas de padres e hijos

8. Mejora de la seguridad y desarrollo futuro

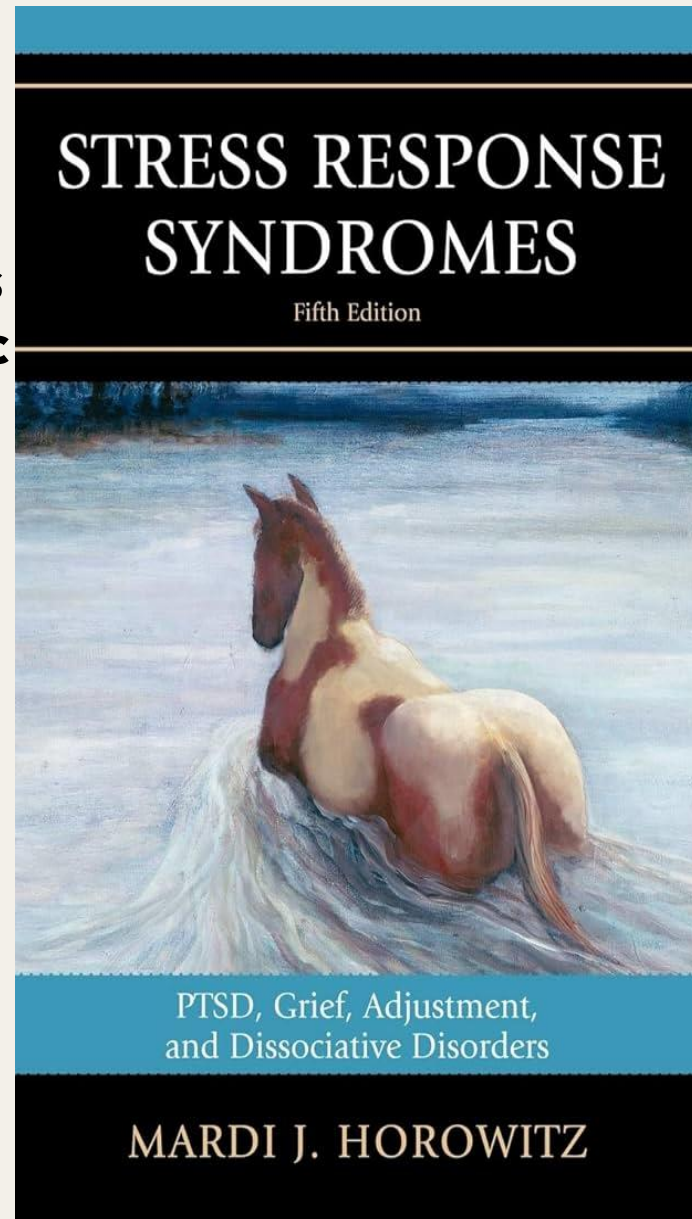
Recomendaciones de profundización

Ayuda a profundizar en el entendimiento del trauma complejo



Horowitz, M. J. (2011). Stress response syndromes: PTSD, grief, adjustment, and dissociative disorders. Jason Aronson, Incorporated.

Horowitz, M. J. (2020). Treatment of stress response syndromes. American Psychiatric Pub.



Recomendaciones de profundización

Ayuda a contextualizar en Chile



Vol. 4, núm. 2, julio, pp. 107-117
ISSN: 2659-7071
<https://doi.org/10.14198/DISJUNTIVA2023.4.2.7>

Disjuntiva-Crítica de les Ciències Socials. Departament de Sociologia II
Universitat d'Alacant/Universidad de Alicante

Fecha de recepción: 12-05-2023 Fecha de aceptación: 28-06-2023 Fecha de publicación: 15-07-2023

Más allá del trauma complejo: Hacia una filosofía del suplicio en la infancia

Beyond complex trauma: Towards a Philosophy of Torture in Childhood

Juan Carlos Rauld Farías
(Universidad Andrés Bello, Chile)

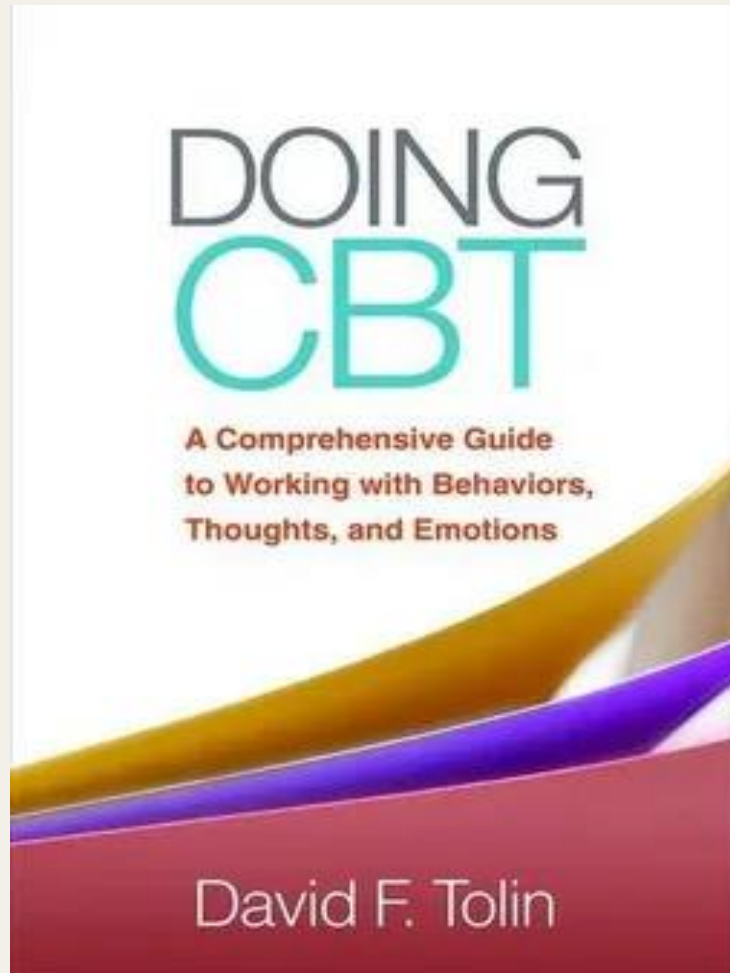
Cita bibliográfica: Rauld, J.C. (2023). Más allá del trauma complejo: Hacia una filosofía del suplicio en la infancia. *Disjuntiva*, 4(2), 107-117. <https://doi.org/10.14198/DISJUNTIVA2023.4.2.7>

Resumen

El presente trabajo examina el concepto de trauma complejo a la luz de la filosofía política del célebre filósofo francés Michel Foucault, específicamente a partir del pensamiento teórico conocido como biopolítica. El nexo entre trauma complejo y biopolítica nos permitirá arribar en torno al concepto de suplicio en la obra de Foucault. Esta conceptualización es pertinente por dos razones. La primera, porque ella ofrecería la posibilidad de pensar una filosofía de la niñez más allá del trauma psicológico. Mientras que la segunda, dice relación con que el suplicio como concepto permitiría expresar de manera precisa, una dimensión clínica que el trauma por sí mismo no

Abstract

This paper examines the concept of complex trauma in light of the political philosophy of the famous French philosopher Michel Foucault, specifically from the theoretical thought known as biopolitics. The link between complex trauma and biopolitics will allow us to arrive at the concept of torture in Foucault's work. This conceptualization is pertinent for two reasons. The first, because it would offer the possibility of thinking about a philosophy of childhood beyond psychological trauma. While the second is related to the fact that torture as a concept would allow to express in a precise way, a clinical dimension that the trauma by itself does not



Tolin, D. F. (2023). Doing CBT: A comprehensive guide to working with behaviors, thoughts, and emotions. Guilford Publications.

Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents: Assessing the Evidence

Michael A. Ramirez de Arellano, Ph.D.
D. Russell Lyman, Ph.D.
Lisa Jobe-Shields, Ph.D.
Preethy George, Ph.D.
Richard H. Dougherty, Ph.D.

Allen S. Daniels, Ed.D.
Sushmita Shoma Ghose, Ph.D.
Larke Huang, Ph.D.
Miriam E. Delphin-Rittmon, Ph.D.

Objective: Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT) is a conjoint parent-child treatment developed by Cohen, Mannarino, and Deblinger that uses cognitive-behavioral principles and exposure techniques to prevent and treat posttraumatic stress, depression, and behavioral problems. This review defined TF-CBT, differentiated it from other models, and assessed the evidence base. **Methods:** Authors reviewed meta-analyses, reviews, and individual studies (1995 to 2013). Databases surveyed were PubMed, PsycINFO, Applied Social Sciences Index and Abstracts, Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, PILOTS, the ERIC, and the CINAHL. They chose from three levels of research evidence (high, moderate, and low) on the basis of benchmarks for number of studies and quality of their methodology. They also described the evidence of effectiveness. **Results:** The level of evidence for TF-CBT was rated as high on the basis of ten RCTs, three of which were conducted independently (not by TF-CBT developers). TF-CBT has demonstrated positive outcomes in reducing symptoms of posttraumatic stress disorder, although it is less clear whether TF-CBT is effective in reducing behavior problems or symptoms of depression. Limitations of the studies include concerns about investigator bias and exclusion of vulnerable populations. **Conclusions:** TF-CBT is a viable treatment for reducing trauma-related symptoms among some children who have experienced trauma and their nonoffending caregivers. Based on this evidence, TF-CBT should be available as a covered service in health plans. Ongoing research is needed to further identify best practices for TF-CBT in various settings and with individuals from various racial and ethnic backgrounds and with varied trauma histories, symptoms, and stages of intellectual, social, and emotional development. (*Psychiatric Services* 65:591-602, 2014; doi: 10.1176/appi.ps.201300255)

Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT) is a manualized intervention for children who are exposed to trauma and experience trauma-related mental health symptoms (1). Published estimates indicate that 75% or more of children and adolescents experience some form of trauma by the age of 18 (2-4). A national survey of children aged 2-17 years or their caregivers conducted in 2008 found that more than 69% had experienced at least one of 33 types of victimization (2). In a 2011 update with a nationally representative sample of individuals aged one month to 17 years, the authors reported that in the past year over 57% of participants had experienced at least one of five types of victimization (physical victimization or bullying, sexual victimization, child maltreatment, damage to property, or witnessing victimization) (5). The authors interpreted trends between 2008 and 2011 as suggesting more stability than change.

The experience of trauma increases a child's risk of posttraumatic stress

de Arellano, M. A. R., Lyman, D. R., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., ... & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: Assessing the evidence. *Psychiatric services*, 65(5), 591-602.