

Fundamentos de la Psicoterapia Cognitiva Conductual en el Tratamiento del Trauma

Dr. Jonathan Martínez Líbano

Académico e Investigador

Director Magíster en Educación Emocional y Convivencia
Escolar

Claustro Académico Doctorado en Educación y Sociedad

Universidad Andrés Bello

jonathan.martinez.l@unab.cl

_jonathan@adipa.cl



Antecedentes Generales del Trauma

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.

Lenquist, 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.

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
- 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 violentan 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) "Exposición a la muerte real o amenazada, lesiones graves o violencia sexual" (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022).

Se elimina la experiencia crónica de trauma del niño y descarta el diagnóstico

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.

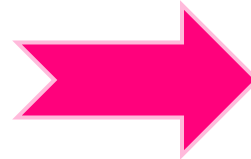
DSM V v/s Trauma Complejo

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.

Child Abuse in Natural Disasters and Conflicts: A Systematic Review

Hamed Seddighi¹, Ibrahim Salmani²,
Mohammad Hossein Javadi³, and Saeideh Seddighi⁴

TRAUMA, VIOLENCE, & ABUSE
2021, Vol. 22(1) 176-185
© The Author(s) 2019
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/1524838019835973
journals.sagepub.com/home/tva



Abstract

Violence against children affects a significant portion of youth around the world. Emergencies and natural disasters escalate the risk due to weakened child protection systems and disruption of preventative mechanisms. In this systematic review, 692 related papers were searched in various databases in the initial search. After review, 11 papers were finally selected for full review. These papers were selected based on publication date, relevance to emergencies, their geographical area type of violence, age of subjects, and their gender. Most families affected by natural disasters, especially those in lower socioeconomic status, face greater social and economic pressures. The families that are more vulnerable to loss of food and shelter commit violence against children more frequently. On the other hand, while the rate of violence increases in emergencies, the reported rate of violence is less than the actual rate due to lack of required infrastructure and reporting mechanisms. The emergency housing increased risk of some types of child abuse. The history of exposure to violence, parental substance abuse, poverty, and child labor were predictors of increased violence against children in emergency situations. Sexual violence against girls after conflicts and physical violence against boys after emergencies are common forms of violence. Poverty as another predictor exposes children to more violence due to limited family economic resources and support. Given the identified predictors of violence, humanitarian organizations can come closer to providing appropriate plans to reduce the risk during and postdisaster.

Keywords

child abuse, gender-based violence, conflicts, natural disasters, polyvictimization

- 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.

La violencia aumenta después de muchas emergencias en comparación a las condiciones previas a emergencias y desastres.

Polivictimización o exposición a múltiples tipos de abusos como la violencia física, el abandono y el maltrato parecen más comunes en los desastres.

Los predictores más comunes fueron la inseguridad alimentaria y de vivienda, el nivel socioeconómico más bajo, el abuso de sustancias, el trabajo infantil y un historial de exposición a la violencia.

Las familias y los cuidadores del niño/a son entre los principales perpetradores de violencia contra los niño/as en este contexto, la atención a este tema en las intervenciones humanitarias puede ayudar a reducir la violencia.

La mayoría de la violencia cometida por los padres fue física y las madres cometieron más malos tratos.

La violencia sexual contra las niñas es una de las más prevalentes.



Prevalencias del Trauma

Review article

Rates of post-traumatic stress disorder
in trauma-exposed children and adolescents:
meta-analysisEva Alisic, Alyson K. Zalta, Floryt van Wesel, Sadie E. Larsen, Gertrud S. Hafstad,
Katayun Hassanpour and Geert E. Smid**Background**

It is unclear how many children and adolescents develop post-traumatic stress disorder (PTSD) after trauma.

Aims

To determine the incidence of PTSD in trauma-exposed children and adolescents as assessed with well-established diagnostic interviews and to examine potential moderators of the estimate.

Method

A systematic literature search identified 72 peer-reviewed articles on 43 independent samples ($n = 3563$). Samples consisting only of participants seeking or receiving mental health treatment were excluded. Main analyses involved pooled incidence estimates and meta-analyses of variance.

Results

The overall rate of PTSD was 15.9% (95% CI 11.5–21.5), which varied according to the type of trauma and gender. Least at risk were boys exposed to non-interpersonal trauma (8.4%, 95% CI 4.7–14.5), whereas girls exposed to interpersonal trauma showed the highest rate (32.9%, 95% CI 19.8–49.3). No significant difference was found for the choice of assessment interview or the informant of the assessment.

Conclusions

Research conducted with the best available assessment instruments shows that a significant minority of children and adolescents develop PTSD after trauma exposure, with those exposed to interpersonal trauma and girls at particular risk. The estimates provide a benchmark for DSM-5 and ICD-11.

Declaration of interest

None.

La tasa general de TEPT fue del 15.9%

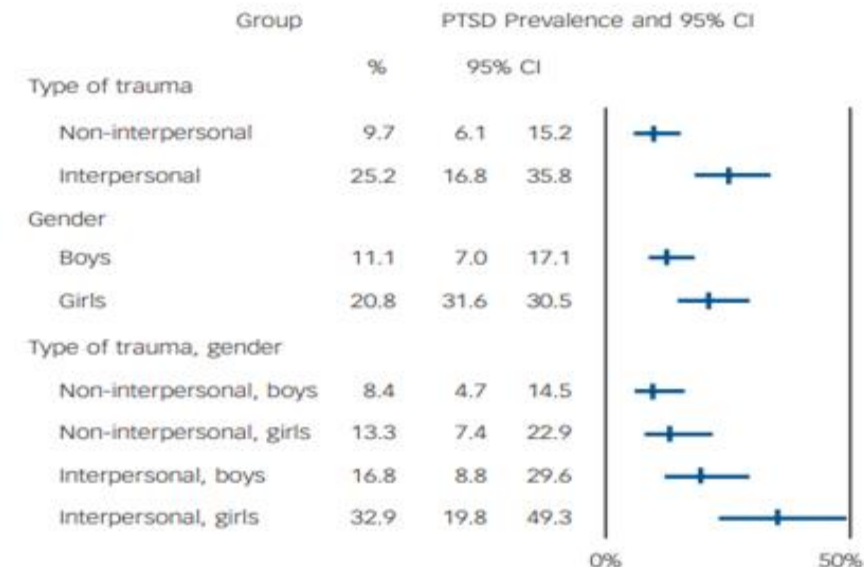
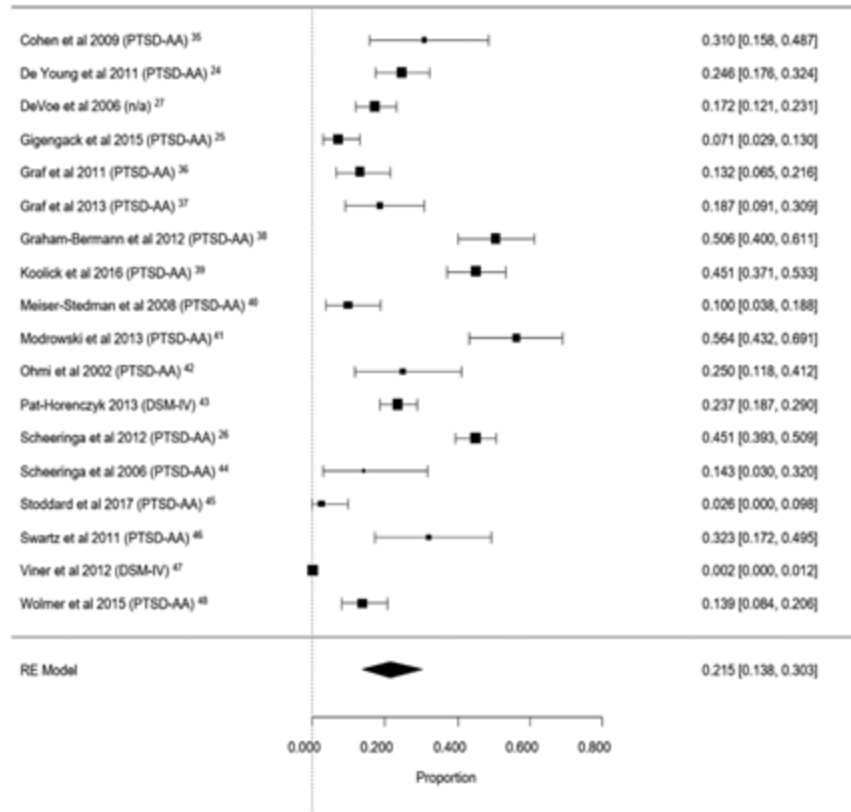


Fig 3 Forest plot of subgroups (PTSD, post-traumatic stress disorder).

Los traumas interpersonales tienen una prevalencia de TEPT significativamente más alta (25.2%) comparado con los traumas no interpersonales (9.7%).

Género: Las niñas tienen una prevalencia de TEPT más alta (20.8%) que los niños (11.1%).

FIGURE 2 Forest Plot for Overall Prevalence Levels Using Optimal Diagnostic Criteria Applied in Each Study



Note: This figure gives proportions rather than percentage prevalence (ie, multiply by 100 for percentage estimates. RE = random effects, study-specific odds ratios (95% CIs) are denoted by black boxes (black lines) and presented in the right-hand column. The combined proportion estimate for all studies is represented by a black diamond, where diamond width corresponds to 95% CI bounds. Box and diamond heights are inversely proportional to the precision of the proportion estimate.

- Se incluyeron 18 estudios con un total de 1941 niños.
- Variabilidad en las estimaciones de la prevalencia del TEPT en diferentes estudios y proporciona una estimación combinada que sugiere que la prevalencia general del TEPT es aproximadamente **21.5%**, con un intervalo de confianza del 95% **que va del 13.8% al 30.3%**.
- Se observó una heterogeneidad significativa entre los estudios y una falta de estudios en países de bajos ingresos.

Woolgar, Francesca, et al. "Systematic review and meta-analysis: Prevalence of posttraumatic stress disorder in trauma-exposed preschool-aged children." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 61.3 (2022): 366-377.



SPOILER

Estudio Salud Mental en Niños, Niñas y Adolescentes con Trauma Complejo



Muestra 50 niños, niñas y Adolescentes con Trauma Complejo

Programas de Reparación de Maltrato (PRM)

Edad Media 13,48 = SD 1,31

82% mujeres ; 14% hombres; 4% Otro

38% E. Media; 62% E. Básica

Resultados entre la misma muestra:

- 30% (15) trastorno depresivo
- 52% (26) trastorno de ansiedad
- 36% (18) estrés crónico.
- 66% (33) ideación suicida
- 54% (27) ha intentado suicidarse en 1 o más veces.

Mujeres mayor riesgo de depresión, ansiedad e ideación suicida.

Resultados Estudio Salud Mental en Niños, Niñas y Adolescentes con Trauma Complejo

Comparación con muestra sin trauma complejo:

Regresión Logística								
Variables	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Habla con Desconocidos en Internet	2,442	0,864	7,986	1	0,005	11,495	2,113	62,521
Depresión	1,703	0,759	5,040	1	0,025	5,490	1,241	24,283
En tratamiento Psicologico	3,091	0,996	9,629	1	0,002	22,004	3,123	155,048
En tratamiento Psiquiatrico	5,245	1,605	10,683	1	0,001	189,662	8,165	4405,495
Familiar con Antecedentes psiquiatrico	1,350	0,773	3,045	1	0,030	3,857	0,847	17,564
Padres Separados	3,764	1,024	13,501	1	0,000	43,119	5,791	321,081
Constante	-4,523	1,335	11,476	1	0,001	0,011		

Los NNA que hablan con desconocidos en Internet tienen 11.495 veces más probabilidades de tener trauma complejo.

Los NNA con depresión tienen 5.490 veces más probabilidades de tener trauma complejo.

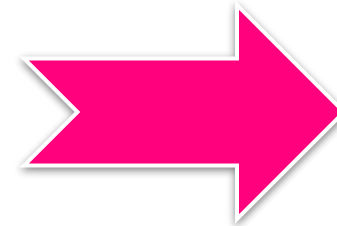
Los NNA con familiares con historial psiquiátrica tienen 3.857 veces más probabilidades de tener trauma complejo

Los NNA con padres separados tienen 43.119 veces más probabilidades de tener trauma complejo.

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).

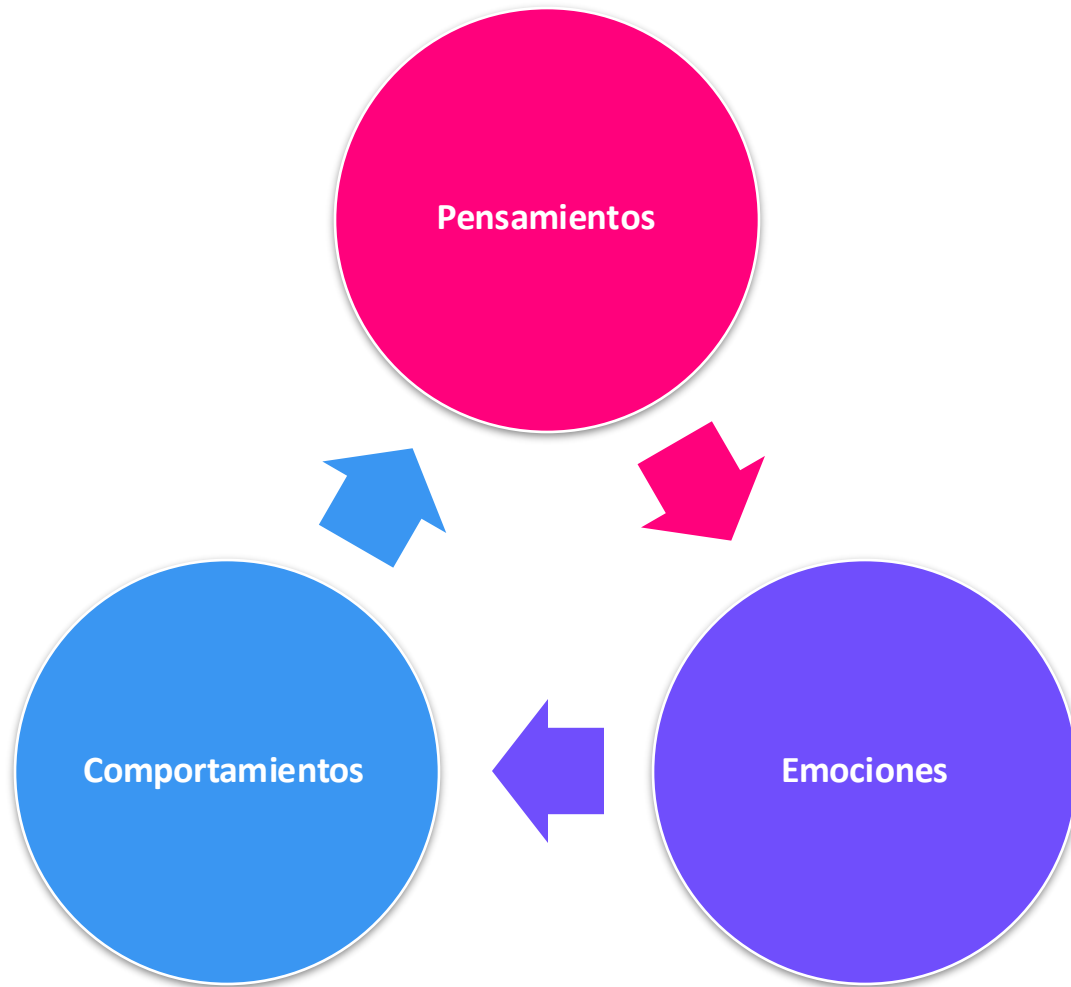


**Terapia Cognitiva
Conductual
Centrada en el
Trauma**

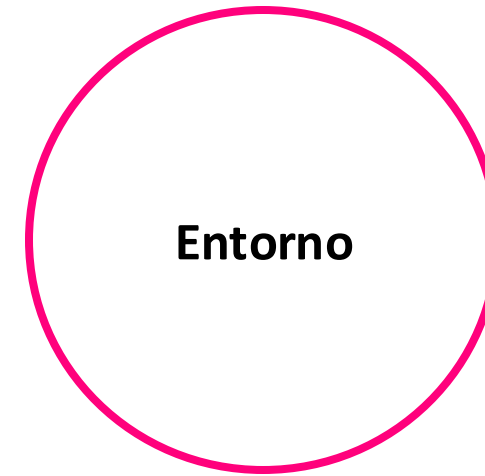
The image shows a therapist and a client in a session. The therapist, a man in a suit, is on the right, and the client, a woman, is on the left. They are both sitting in chairs and holding notebooks. In the background, a large diagram illustrates the TCC model, showing a central box with a person and a tree, connected by arrows to other boxes containing icons for a person, a sun, and a person with a speech bubble. The entire scene is overlaid with a blue tint.

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.

A stylized illustration of a therapy session. A therapist is seated on the left, writing in a notebook. A client is seated on the right, facing the therapist. They are in a room with large windows and indoor plants. A central table holds water bottles and glasses. The entire scene is overlaid with a semi-transparent blue filter.

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.

Efectividad de la TF-CBT

The screenshot shows the Sage Journals website interface. At the top, there is a banner for 'Sage Journal Reviewer Gateway' with the text 'Resources for peer reviewers' and a 'Find out more >>' link. Below this is the Sage Journals logo and a search bar. The main content area features a dark blue header for 'Research on Social Work Practice' and a white box containing the journal's impact factors: 'Impact Factor: 1.8 / 5-Year Impact Factor: 2.2'. Below this, there are buttons for 'JOURNAL HOMEPAGE' and 'SUBMIT PAPER'. The article title is 'Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy Among Maltreated Children: A Meta-Analysis' by 'Wewei Wang, Keyu Chen, and Huiling Zhao'. The page also includes a 'Restricted access' icon, a 'Research article' label, and the publication date 'First published online December 28, 2022'. At the bottom, there is a navigation bar with links for 'Contents', 'Get access', 'Cite article', 'Share options', 'Information, rights and permissions', and 'Metrics and citations'. The word 'Abstract' is visible at the bottom left, and a 'How to Do' button is at the bottom right.

- La TF-CBT mostró grandes mejoras en la superación del trauma y la gestión emocional.
- Hubo mejoras moderadas a grandes en los síntomas de TEPT y depresión.
- Hubo pequeñas mejoras en la ansiedad, el comportamiento internalizado (emociones no expresadas), el comportamiento sexualizado y las prácticas de crianza.
- Algunos de estos efectos positivos se mantuvieron entre 3 y 12 meses después del tratamiento.
- La TF-CBT fue más efectiva cuando se aplicó a niños mayores.
- La efectividad no cambió según la versión de TF-CBT utilizada, el formato de entrega (individual, grupal, en persona, remoto), el número de sesiones o la duración del tratamiento.


NO LO SE RICK, PARECE FALSO

Evidencia de la sostenibilidad del cambio




Browse by discipline ▾ Information for ▾

Child Maltreatment

Impact Factor: 5.1 / 5-Year Impact Factor: 5.3 JOURNAL HOMEPAGE SUBMIT PAPER

Open access  Review article | First published online March 23, 2023

Stability of Treatment Effects and Caregiver-Reported Outcomes: A Meta-Analysis of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents


[Jonathan Felix Benjamin Thielemano](#) , [Barbara Kasparik](#)  and [Rita Rosner](#)  [View all authors and affiliations](#)

Volume 29, Issue 2 | <https://doi.org/10.1177/10775595231167383>

[Contents](#) | [PDF / ePub](#) | [Cite article](#) | [Share options](#) | [Information, rights and permissions](#) | [Metrics and citations](#) | [Figures and tables](#)

Abstract

The efficacy of trauma-focused treatments for children and adolescents is well researched. However, less is known about the long-term and caregiver-reported effects. Searched databases were PsychInfo, MEDLINE, Cochrane Library, PTSDpubs, PubMed, Web of Science, and OpenGrey. Treatment effects of trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) were computed at 12-month follow-up with posttraumatic stress symptoms (PTSS) as primary outcome and symptoms of depression, anxiety, and grief as secondary outcomes. Concordance between participant and caregiver ratings were investigated. TF-CBT showed large



- La TF-CBT mostró grandes mejoras en todos los resultados desde antes del tratamiento hasta 12 meses después (PTSS: $g = 1.71$, CI 1.27-2.15).
- A los 12 meses, los resultados de TF-CBT fueron mejores en comparación con otros tratamientos activos y con el tratamiento habitual (PTSS: $g = .35$, CI .13-.56).
- Los efectos fueron más pronunciados en entornos grupales.

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:

- Psychoeducation and Parenting skills
- Relaxation
- Affective expression and regulation
- Cognitive coping
- Trauma narrative development and processing
- In vivo gradual exposure
- Conjoint parent child sessions
- Enhancing safety and future development

TFCBT (Terapia Cognitivo-Conductual enfocada en el Trauma) (Cohen, et al., 2006).

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



TCC-T

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

Dos consideraciones primordiales del desarrollo:

El papel del cuidador (Persona Significativa)

La naturaleza en desarrollo de la regulación emocional y las capacidades de afrontamiento del niño y/o adolescente.

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

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

12 a 16 sesiones de tratamiento ambulatorio

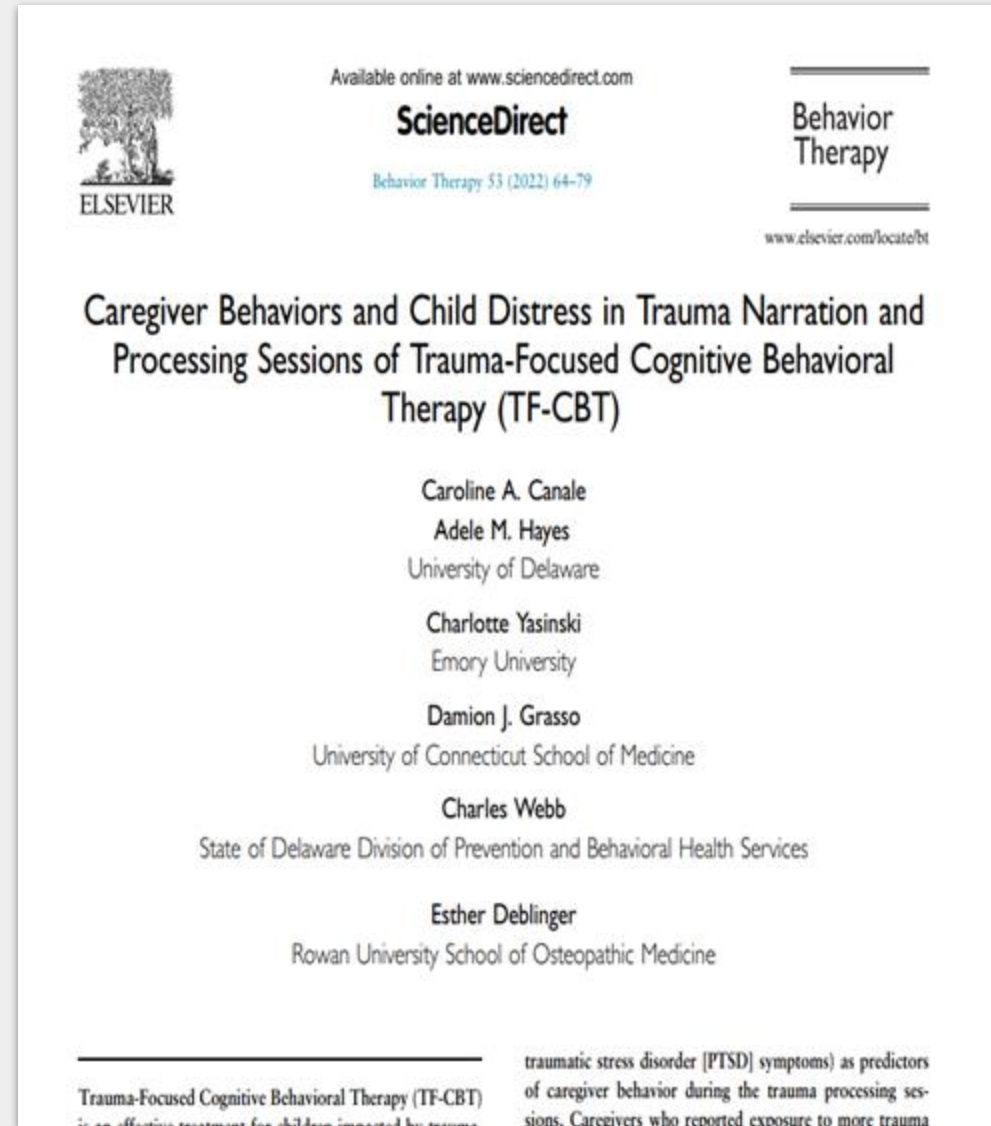
Aborda las reacciones emocionales de padres y cuidadores no infractores.



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

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

Diversas formas en la actualidad: Individual, adultos, parejas, etc.



Canale, C. A., Hayes, A. M., Yasinski, C., Grasso, D. J., Webb, C., & Deblinger, E. (2022). Caregiver behaviors and child distress in trauma narration and processing sessions of trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT). Behavior therapy, 53(1), 64-79.

Elementos Claves de la TCC-T

Psicoeducación

Habilidades de
afrontamiento

Exposición gradual

Procesamiento
cognitivo de
pensamientos y
creencias relacionados
con el trauma



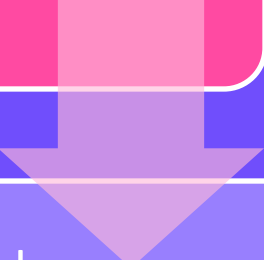
A stylized illustration of a therapy session. Two women are seated in armchairs, facing each other across a low coffee table. The room has large windows in the background, and there are plants on either side. The entire scene is rendered in a monochromatic blue-purple color scheme. A prominent red rounded rectangle is overlaid in the center, containing white text.

Recepción

Alianza – Evaluación – Tarea

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.

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

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.

A stylized illustration of a therapy session. Two women are seated in armchairs facing each other across a low table. The woman on the left is writing in a notebook. The woman on the right is sitting with her hands on her lap. The background features a large window with a view of trees and indoor plants. The entire scene is rendered in a monochromatic blue-purple color scheme.

PSICOEDUCACIÓN

Elementos Claves de la TCC-T: Psicoeducación

Entender el Trauma y Sus Efectos: Explicación de qué es el trauma y cómo puede afectar a la mente y al cuerpo. Síntomas comunes hiperactivación, la evitación, y los pensamientos intrusivos.

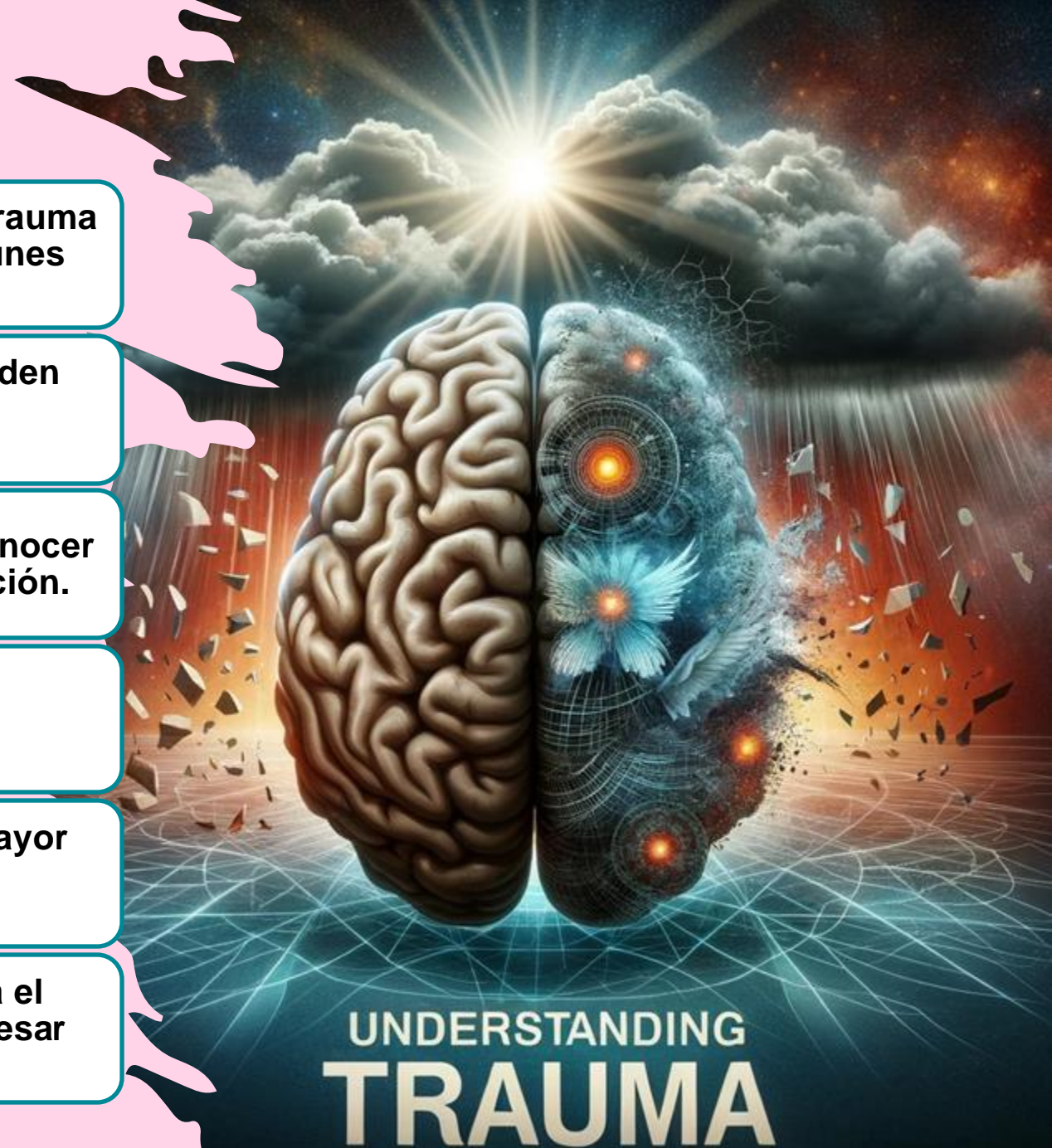
Normalización de las Reacciones al Trauma: Pacientes aprenden que sus respuestas, aunque difíciles y perturbadoras son normales.

Identificación de Síntomas y Patrones de Pensamiento: Reconocer la reexperimentación del trauma, la evitación y la hiperactivación.

Enseñanza de Estrategias de Afrontamiento: Se educan a los pacientes sobre diferentes estrategias de afrontamiento (relajación, regulación emocional, y mindfulness).

Promoción de la Autocomprensión: Esto puede llevar a un mayor autoconocimiento y a una reducción del auto-juicio y la estigmatización.

Preparación para la Terapia: Preparación a los pacientes para el trabajo terapéutico más intensivo que implica abordar y procesar directamente el trauma.



UNDERSTANDING
TRAUMA

Psicoeducación

Folletos de Reacciones Comunes

Dr. Jonathan Martínez Libano

Reacciones Comunes al Trauma

Reacciones Emocionales

- Miedo
- Shock
- Duelo
- Momentos de ira
- Irritabilidad
- Desamparo
- Desesperanza
- Culpa
- Vergüenza
- Resentimiento
- Aplanamiento emocional
- Depresión
- Ansiedad
- Desapego
- Pérdida de interés

Reacciones Cognitivas

- Pensamientos repetitivos
- Desorientación

Folletos de entendimiento del trauma

Dr. Jonathan Martínez Libano

Comprender el Trauma y su Impacto

¿Qué es el Trauma?

Los eventos traumatizantes incluyen asalto, tortura, violación, guerra, combate militar, encarcelamiento en un campo de muerte, desastres naturales, accidentes industriales y automovilísticos, y exposición a la violencia. La mayoría de las personas estarán expuestas a eventos catastróficos en su vida, y la mayoría se recuperará por sí mismas del impacto psicológico del trauma. Sin embargo, algunos desarrollarán trastorno de estrés postraumático (TEPT). El TEPT es una respuesta normal después de la exposición a un evento traumático y se ve en muchas culturas, sociedades y diferentes momentos. Aunque la capacidad natural de sanar después del trauma puede ser cierta para muchos de nosotros, una parte significativa de las personas expuestas a un evento traumático desarrollan síntomas graves y persistentes que desaparecen solo cuando se proporciona tratamiento de salud mental.

Reacciones Comunes al Trauma

Después de experimentar un evento traumático, es normal experimentar reacciones emocionales, cognitivas, físicas e interpersonales durante varios días o semanas. Estas reacciones pueden variar de persona a persona. Las reacciones emocionales comúnmente experimentadas incluyen sentimientos de miedo, choque, duelo, ira, irritabilidad, desamparo

Folleto con situaciones típicamente evitadas

Dr. Jonathan Martínez Libano

Situaciones Típicamente Evitadas

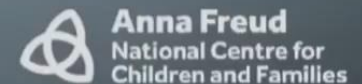
- Contacto sexual o físico, afecto con personas significativas
- Estar cerca de otras personas
- Hablar sobre el trauma
- Alguien acercándose a ti por detrás
- Leer el periódico, ver televisión o escuchar la radio
- Ver imágenes o escuchar nombres asociados con el evento traumático
- Estar solo en casa
- Estar solo de noche
- Caminar solo por la calle
- Salir después de que oscurece
- Estar en una multitud de gente

Psicoeducación: *Video Explicativo*

Video

WHAT IS TRAUMA-FOCUSED CBT?

NIHR | National Institute for
Health and Care Research



A stylized illustration of a therapy session. Two women are seated in chairs, facing each other across a small table. The woman on the left is writing in a notebook. The woman on the right is sitting with her hands on her lap. The background features large windows and indoor plants. A large red rounded rectangle is overlaid in the center, containing the word 'EVALUACIÓN' in white capital letters.

EVALUACIÓN

Evaluación en TCC-T

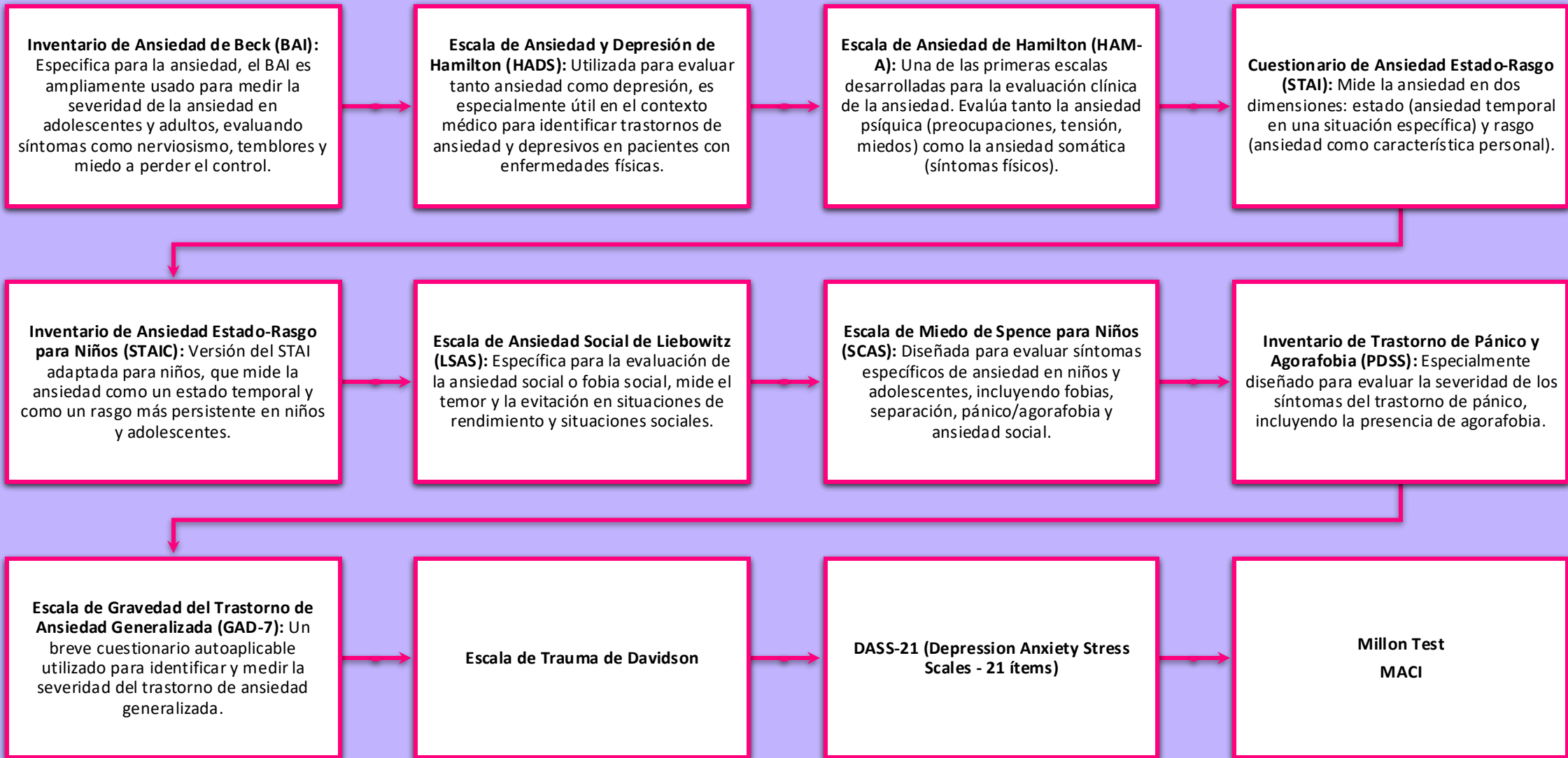
- Antes de administrar todos los programas de tratamiento de TCC, es imperativo realizar una evaluación exhaustiva de los síntomas del cliente.
- Se recomienda administrar medidas de evaluación repetidas a lo largo del curso de tratamiento para monitorear los síntomas y el nivel de funcionamiento.
-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





Escalas Generales

Midiendo Síntomas



INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK BAI

(Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988)

Nombre: _____

Fecha: _____

INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

ANSIEDAD-ESTADO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a uno mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Me siento calmado				
2. Me siento seguro				
3. Estoy tenso				
4. Estoy contrariado				
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)				
6. Me siento alterado				
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras				
8. Me siento descansado				
9. Me siento angustiado				
10. Me siento confortable				
11. Tengo confianza en mí mismo				
12. Me siento nervioso				
13. Estoy desasosegado				
14. Me siento muy "atado", como oprimido				
15. Estoy relajado				
16. Me siento satisfecho				
17. Estoy preocupado				
18. Me siento aturdido y sobreexcitado				
19. Me siento alegre				
20. En este momento me siento bien				

Terapeuta _____ Fecha Aplicación ddmmaa Clave participante _____

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombre completo:	
Sexo: Masculino (1) Femenino (2)	Edad:
Barrio:	Estrato socioeconómico (1) (2) (3) (4) (5) (6)
Estado Civil: Soltero/a (1) Casado/a (2) Unión libre (3) Separado/a (4) Viudo/a (5)	
Escolaridad: Sin estudios (1) Primaria (2) Secundaria (3) Técnico (4) Superior (5)	
A continuación hay una lista de síntomas frecuentes de ansiedad. Lea, por favor, cada uno de ellos atentamente. Indique el grado de molestia que le ha provocado cada síntoma durante los últimos 7 días colocando el número adecuado en el espacio correspondiente:	
0: Ninguno _ 1: Ligero _ 2: Moderado _ 3: Grave	
1. Insensibilidad física o cosquilleo	0 1 2 3
2. Acaloramiento	0 1 2 3
3. Debilidad en las piernas	0 1 2 3
4. Incapacidad para relajarme	0 1 2 3
5. Temor a que suceda lo peor	0 1 2 3
6. Mareos o vértigos	0 1 2 3
7. Aceleración del ritmo cardíaco	0 1 2 3
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física	0 1 2 3
9. Sensación de estar aterrorizado	0 1 2 3
10. Nerviosismo	0 1 2 3
11. Sensación de ahogo	0 1 2 3
12. Temblor en las manos	0 1 2 3

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirse nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
2. No ser capaz de detener o controlar las preocupaciones	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas	0	1	2	3
4. Tener problemas para relajarse	0	1	2	3
5. Sentirse tan inquieto que no puede permanecer quieto	0	1	2	3
6. Enojarse fácilmente o irritable	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo horrible pudiera suceder	0	1	2	3
Sumar el puntaje de cada columna				
	+	+	+	
Puntaje Total (sumar puntajes de las columnas) =				

DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación *durante la semana pasada*. La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

1.	Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8.	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10.	He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11.	Me he sentido inquieto	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13.	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo....	0	1	2	3

Puntos de corte comúnmente utilizados:

Depresión:

5-6 depresión leve

7-10 depresión moderada

11-13 depresión severa

14 o más, depresión extremadamente severa.

Ansiedad:

4 ansiedad leve

5-7 ansiedad moderada

8-9 ansiedad severa

10 o más, ansiedad extremadamente severa.

Estrés:

8-9 estrés leve

10-12 estrés moderado

13-16 estrés severo

17 o más, estrés extremadamente severo.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Escalas Específicas TEPT

Escala de Trauma de Davidson, o Davidson Trauma Scale

Escala de Trauma de Davidson (DTS)
 (Jonathan R. T. Davidson)
 (Traducida por: J. Bobes, MTBaccarín, MP González, MBousoño, A. Calcedo, JA Homareda, D.H. Wallace,
 17 de febrero de 1999)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo H M

Estado civil: _____ Domicilio: _____ Fecha: ____/____/____

Por favor, identifique el trauma que más le molesta

Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante la última semana . Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número, de 0 a 4 para indicar la frecuencia y gravedad del síntoma.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Frecuencia</th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Gravedad</th> </tr> <tr> <td>0 = nunca</td> <td>0 = nada</td> </tr> <tr> <td>1 = a veces</td> <td>1 = leve</td> </tr> <tr> <td>2 = 2-3 veces</td> <td>2 = moderada</td> </tr> <tr> <td>3 = 4-6 veces</td> <td>3 = marcada</td> </tr> <tr> <td>4 = a diario</td> <td>4 = extrema</td> </tr> </table>	Frecuencia	Gravedad	0 = nunca	0 = nada	1 = a veces	1 = leve	2 = 2-3 veces	2 = moderada	3 = 4-6 veces	3 = marcada	4 = a diario	4 = extrema
Frecuencia	Gravedad												
0 = nunca	0 = nada												
1 = a veces	1 = leve												
2 = 2-3 veces	2 = moderada												
3 = 4-6 veces	3 = marcada												
4 = a diario	4 = extrema												

1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?.....
2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?.....
3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Como si lo estuviera reviviendo?.....
4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?.....
5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea).....
6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?.....
7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?.....
8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?.....
9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?.....
10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?.....
11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?.....
12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?.....
13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?.....
14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?.....
15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?.....
16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido "en guardia"?.....
17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?.....

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R). (Adultos)

[Terapia psicológica](#)

versión On-line ISSN 0718-4808

Ter Psicol vol.34 no.2 Santiago jul. 2016

<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004>

Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas

Posttraumatic Stress Disorder Symptom Severity Scale-Revised (EGS-R) according to DSM-5 criteria: Psychometric Properties

Enrique Echeburúa

Universidad del País Vasco (UPV-EHU), San Sebastián, España

Pedro J. Amor

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España

Belén Sarasua

Centro de Asistencia Psicológica para la Violencia de Género, Vitoria, España

Irene Zubizarreta

Centro de Asistencia Psicológica para la Violencia de Género, Vitoria, España

Francisco Pablo Holgado-Tello

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España.

José Manuel Muñoz

Psicólogo Forense.

Servicios Personalizados
Revista ▾
 SciELO Analytics
 Google Scholar H5M5 (2021)
Artículo ▾
 Español (pdf)
 Artículo en XML
 Como citar este artículo
 SciELO Analytics
 Traducción automática
Indicadores <▾
Links relacionados <▾
Compartir ▾
 Otros
Otros
 Permalink

Echeburúa, Enrique, Amor, Pedro J, Sarasua, Belén, Zubizarreta, Irene, Holgado-Tello, Francisco Pablo, & Muñoz, José Manuel. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia psicológica*, 34(2), 111-128. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004>

N°:	Fecha:	Sexo:	Edad:
Estado civil:	Profesión:	Situación laboral:	

1. SUCESO TRAUMÁTICO

Descripción: _____

Tipo de exposición al suceso traumático

<input type="checkbox"/>	Exposición directa
<input type="checkbox"/>	Testigo directo
<input type="checkbox"/>	Otras situaciones
<input type="checkbox"/>	Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)
<input type="checkbox"/>	Interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias)

Frecuencia del suceso traumático

<input type="checkbox"/>	Episodio único
<input type="checkbox"/>	Episodios continuados (por ej., maltrato, abuso sexual)

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió?: _____ (meses) / _____ (años)

¿Ocurre actualmente? No Sí (indíquese el tiempo transcurrido desde el último episodio): _____ (meses) / _____ (años)

¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido? No Sí (especificar):

Tipo de tratamiento	Duración	¿Continúa en la actualidad?
<input type="checkbox"/> Psicológico	_____ (meses) / _____ (años)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Farmacológico	_____ (meses) / _____ (años)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia: No Sí

Revictimización a otro suceso traumático: No Sí

Secuelas físicas experimentadas: No Sí (especificar):

2. NÚCLEOS SENTOMÁTICOS

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma.

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/ Bastante	5 o más veces por semana/ Mucho

Reexperimentación	
Ítems	Valoración
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0 1 2 3
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3

Puntuación en reexperimentación: _____ (Rango: 0-15)

Evitación conductual/cognitiva	
Ítems	Valoración
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3

Puntuación en evitación: _____ (Rango: 0-9)

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	
Ítems	Valoración
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0 1 2 3
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0 1 2 3
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0 1 2 3

Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	
Ítems	Valoración
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0 1 2 3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0 1 2 3
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0 1 2 3
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0 1 2 3
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	0 1 2 3
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0 1 2 3

Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica: _____ (Rango: 0-18)

Puntuación total de la gravedad del IEPT: _____ (Rango: 0-63)

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA	
Síntomas disociativos	
Ítems	Valoración
1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	0 1 2 3
2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?	0 1 2 3
3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	0 1 2 3
4. ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?	0 1 2 3

Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos: Sí No

Presentación demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO	
Áreas afectadas por el suceso traumático	
Áreas	Valoración
1. Deterioro en la relación de pareja	0 1 2 3
2. Deterioro de la relación familiar	0 1 2 3
3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica	0 1 2 3
4. Interferencia negativa en la vida social	0 1 2 3
5. Interferencia negativa en el tiempo de ocio	0 1 2 3
6. Disfuncionalidad global	0 1 2 3

Inventario de Estrés Postraumático para el DSM-5 (PCL-5) (Adultos – Adolescentes)

ESTRÉS, TRAUMA Y EXPERIENCIAS INFANTILES ADVERSAS

AUTOADMINISTRADO POR EL CLIENTE

Lista de verificación de Trastorno de Estrés Postraumático para el DSM-5 [OPCIONAL]

Ahora va a leer una lista de problemas y síntomas que a veces tiene la gente después de una experiencia estresante. Dígame cuánto le ha molestado cada una de estas cosas desde que ocurrió la experiencia estresante.

Durante el pasado mes, ¿cuánta molestia ha sentido por:	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1. Recuerdos repetidos, perturbadores e indeseados sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. Sueños repetidos y perturbadores sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. Sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estresante estuviera sucediendo nuevamente (como si estuviera reviviéndola)?	0	1	2	3	4
4. Sentirse muy angustiado cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
5. Tener reacciones físicas intensas cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante (por ejemplo, latidos cardíacos muy fuertes, problemas para respirar, sudoración)?	0	1	2	3	4
6. Evitar recuerdos, pensamientos o					

sudoración)?					
6. Evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
7. Evitar claves o recordatorios externos de la experiencia estresante (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?	0	1	2	3	4

Original measure translated for EPINET by the EPINET National Data Coordinating Center.

26 de febrero de 2021

1

Evaluaciones de base y de seguimiento



N.º de ID de cliente _____

Fecha de administración: _____

Durante el pasado mes, ¿cuánta molestia ha sentido por:	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
8. Dificultad para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
9. Tener creencias negativas fuertes acerca de sí mismo, de otras personas o del mundo (por ejemplo, tener pensamientos como: soy malo, hay algo en mí que está muy mal, no se puede confiar en nadie, el mundo es completamente peligroso)?	0	1	2	3	4
10. Culparse a sí mismo o a otros por la experiencia estresante, o por lo que	0	1	2	3	4



Escalas Específicas Trauma Complejo

Complex Trauma Exposure Scale (CTES)



Complex Trauma Exposure Screen (CTES)

Please indicate whether the child experienced the following types of traumatic events using all available information (e.g. self- or caregiver report, review of records, etc.). Conduct a **brief** interview with the child only if you do not already have enough information to make a determination about complex trauma exposure. To avoid undue distress, ask only about types for which you do not already have information. If information for a particular trauma is known, do not request additional details from the child for that type. For example, if the child has a documented history of physical neglect, endorse "Y", and move on to the next category. Once the presence of 2 or more trauma types has been reported (or 1 lasting greater than 6 months), discontinue the interview portion of the screen.

Sources of Information (check all that apply): Parents/Caregiver Chart/Records Review
 Child/Youth Report Other (specify):

Prompts/Questions <small>(suggested prompts/questions for assessing trauma exposure within each category)</small>	Trauma Type	Present? Y/N	> 6 mos?
Was there a time when adults who were supposed to be taking care of you didn't? Has there ever been a time when you did not have enough food to eat?	Physical/Emotional Neglect Or Emotional Maltreatment		
Did a parent or other adult in the household often ... Swear at you, insult you, put you down, or humiliate you? Or act in a way that made you afraid that you might be physically hurt?			
Have you lived with someone other than your parents/caregiver while you were growing up (because they couldn't take care of you or you were kicked out)? Have you ever been homeless? This means you ran away or were kicked out and lived on the street for more than a few days? Or you and your family had no place to stay and lived on the street, or in a car, or in a shelter?	Displacement		
Have you lost a primary caregiver through death, incarceration, deportation, migration, or for other reasons? Have you been left in the care of different people due to parental incapacity or dysfunction, even if your primary place of residence did not change? Have you had two or more changes in your primary caregiver or guardian, either formally (legally) or informally?	Attachment Disruption		
Has anyone ever made you do sexual things you didn't want to do, like touch you, make you touch them, or try to have any kind of sex with you? Has anyone ever tried to make you do sexual things you didn't want to do? Has anyone ever forced you (or tried to force you) to have intercourse?	Sexual abuse Sexual assault/rape		

Has anyone ever made you do sexual things you didn't want to do, like touch you, make you touch them, or try to have any kind of sex with you? Has anyone ever tried to make you do sexual things you didn't want to do? Has anyone ever forced you (or tried to force you) to have intercourse?	Sexual abuse Sexual assault/rape		
Have you ever been hit or intentionally hurt by a family member? If yes, did you have bruises, marks or injuries?	Physical Abuse		
Have you ever seen or heard someone in your family/house being beaten up or Have you ever seen or heard someone in your family/house get threatened with harm?	Domestic violence		
Have you ever seen or heard someone being beaten, or who was badly hurt? Have you seen someone who was dead or dying, or watched or heard them being killed? Has anyone ever hit you or beaten you up (physically assaulted you)? Has anyone ever threatened to physically assault you (with or without a weapon)?	Community Violence (chronic) or Interpersonal Violence (episodic)		
Did other children often tease or insult you, put you down, or threaten you physically? Did they spread lies about you or turn other people against you?	Bullying		
Have you or anyone in your family been involved in, or in direct danger from a terrorist attack, war, or political violence?	Terrorism/War/ Political Violence		
Has anyone ever stalked you? Did anyone ever try to kidnap you?	Stalking/Kidnapping		
Is there anything else really scary or very upsetting that has happened to you that I haven't asked you about? Sometimes people have something in mind but they're not comfortable talking about the details. Is that true for you?	Other trauma		
Number of different types of traumas experienced (total # Trauma Types = Yes)			
Number of chronic traumas experienced (total # Trauma Types Experienced for more than 6 months)			

If number of Trauma Types = 2 or greater: Refer child to Health Home for Further Assessment.

If 1 Trauma type lasting > 6 months (i.e. chronic): Refer child to Health Home for Further Assessment.

* Prompts derived from Trauma History Checklist & Interview.

Updated 2/23/17

Early Trauma Inventory Self Report-Short Form (ETISR-SF)

Early Trauma Inventory Self Report-Short Form (ETISR-SF)

J. Douglas Bremner, Emory University School of Medicine, Atlanta GA

Participant Name or ID: _____ DOB: _____ Age: _____ Assessment Date: _____

Part 1. General Traumas. Before the age of 18

1. Were you ever exposed to a life-threatening natural disaster?.....	YES	NO
2. Were you involved in a serious accident?	YES	NO
3. Did you ever suffer a serious personal injury or illness?	YES	NO
4. Did you ever experience the death or serious illness of a parent or a primary caretaker?	YES	NO
5. Did you experience the divorce or separation of your parents?	YES	NO
6. Did you experience the death or serious injury of a sibling?	YES	NO
7. Did you ever experience the death or serious injury of a friend?	YES	NO
8. Did you ever witness violence towards others, including family members?	YES	NO
9. Did anyone in your family ever suffer from mental or psychiatric illness or have a "breakdown"?	YES	NO
10. Did your parents or primary caretaker have a problem with alcoholism or drug abuse?	YES	NO
11. Did you ever see someone murdered?	YES	NO

Part 2. Physical Punishment. Before the age of 18

1. Were you ever slapped in the face with an open hand?	YES	NO
2. Were you ever burned with hot water, a cigarette or something else?	YES	NO
3. Were you ever punched or kicked?	YES	NO
4. Were you ever hit with an object that was thrown at you?	YES	NO
5. Were you ever pushed or shoved?	YES	NO

Part 3. Emotional Abuse. Before the age of 18

1. Were you often put down or ridiculed?	YES	NO
2. Were you often ignored or made to feel that you didn't count?	YES	NO
3. Were you often told you were no good?	YES	NO
4. Most of the time were you treated in a cold, uncaring way or made to feel like you were not loved?	YES	NO
5. Did your parents or caretakers often fail to understand you or your needs?.....	YES	NO

Part 4. Sexual Events. Before the age of 18

1. Were you ever touched in an intimate or private part of your body (e.g. breast, thighs, genitals) in a way that surprised you or made you feel uncomfortable?	YES	NO
2. Did you ever experience someone rubbing their genitals against you?.....	YES	NO
3. Were you ever forced or coerced to touch another person in an intimate or private part of their body?	YES	NO
4. Did anyone ever have genital sex with you against your will?	YES	NO
5. Were you ever forced or coerced to perform oral sex on someone against your will?	YES	NO
6. Were you ever forced or coerced to kiss someone in a sexual rather than an affectionate way?	YES	NO

If you responded "YES" for any of the above events, answer the following for the one that has had the greatest impact on your life. In answering consider how you felt at the time of the event.

1. Did you experience emotions of intense fear, horror or helplessness?.....	YES	NO
2. Did you feel out-of-your-body or as if you were in a dream?	YES	NO

Revised on 3/99

Trauma general

- T1. desastre natural
- T2. Accidente grave
- T3. Lesiones personales graves
- T4. Lesión/enfermedad grave de los padres
- T5. Separación de padres
- T6. Enfermedad/lesión grave de un hermano
- T7. Lesión grave de un amigo
- T8. Ser testigo de la violencia
- T9. enfermedad mental familiar
- T10. padres alcohólicos
- T11. Ver a alguien asesinado

Abuso físico

- P1. Abofeteado en la cara
- P2. Quemado con cigarrillo
- P3. Golpeado o pateado
- P4. Golpe con objeto arrojado
- P5. Empujado o empujado

Abuso emocional

- E1. A menudo menospreciado o ridiculizado
- E2. A menudo lo ignoran o le hacen sentir que no cuenta.
- E3. A menudo te dicen que no eres bueno
- E4. La mayoría de las veces tratado con frialdad o indiferencia.
- E5. Los padres no comprenden sus necesidades

Abuso sexual

- S1. Tocado en partes íntimas de una manera que resultaba incómoda.
- S2. Alguien frota sus genitales contra ti.
- S3. Obligado a tocar partes íntimas.
- S4. Alguien tuvo relaciones sexuales genitales en contra de su voluntad.
- S5. Obligado a realizar sexo oral
- S6. Obligado a besar a alguien de forma sexual.

Evaluación del Trauma

Escalas de Evaluación del 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)

Medidas de exposición al trauma

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)

Entrevistas clínicas estandarizadas de trauma

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)

HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO




Elementos Claves de la TCC-T: Habilidades de afrontamiento

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



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.



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.

Reestructuración Cognitiva



Día	Evento Activador	Pensamientos/Cr eencias	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)

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 malévolo.	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.

Elementos Claves de la TCC-T: Habilidades de afrontamiento

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.



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.



PARTICIPACIÓN PADRES ADULTO SIGNIFICATIVO

Participación de Padres

1. Psicoeducación para los Padres: Los padres reciben información detallada sobre el trauma, sus efectos y cómo puede manifestarse en el comportamiento y las emociones del niño. Esto les ayuda a entender mejor lo que su hijo está experimentando. Se les ayuda a comprender que las reacciones de su hijo son respuestas normales a situaciones anormales y traumáticas.

2. Desarrollo de Habilidades de Afrontamiento: Los padres aprenden técnicas de relajación y manejo del estrés que pueden utilizar tanto para sí mismos como para apoyar a su hijo. Se les enseña a comunicarse de manera efectiva y abierta con su hijo, fomentando un ambiente de apoyo y comprensión.

3. Entrenamiento en Disciplina Positiva y Manejo de Comportamientos: Los padres aprenden técnicas de disciplina positiva que no re-traumatizan al niño y ayudan a manejar conductas difíciles de manera constructiva. Se fomenta el uso de refuerzo positivo para alentar comportamientos saludables y reducir las conductas problemáticas.

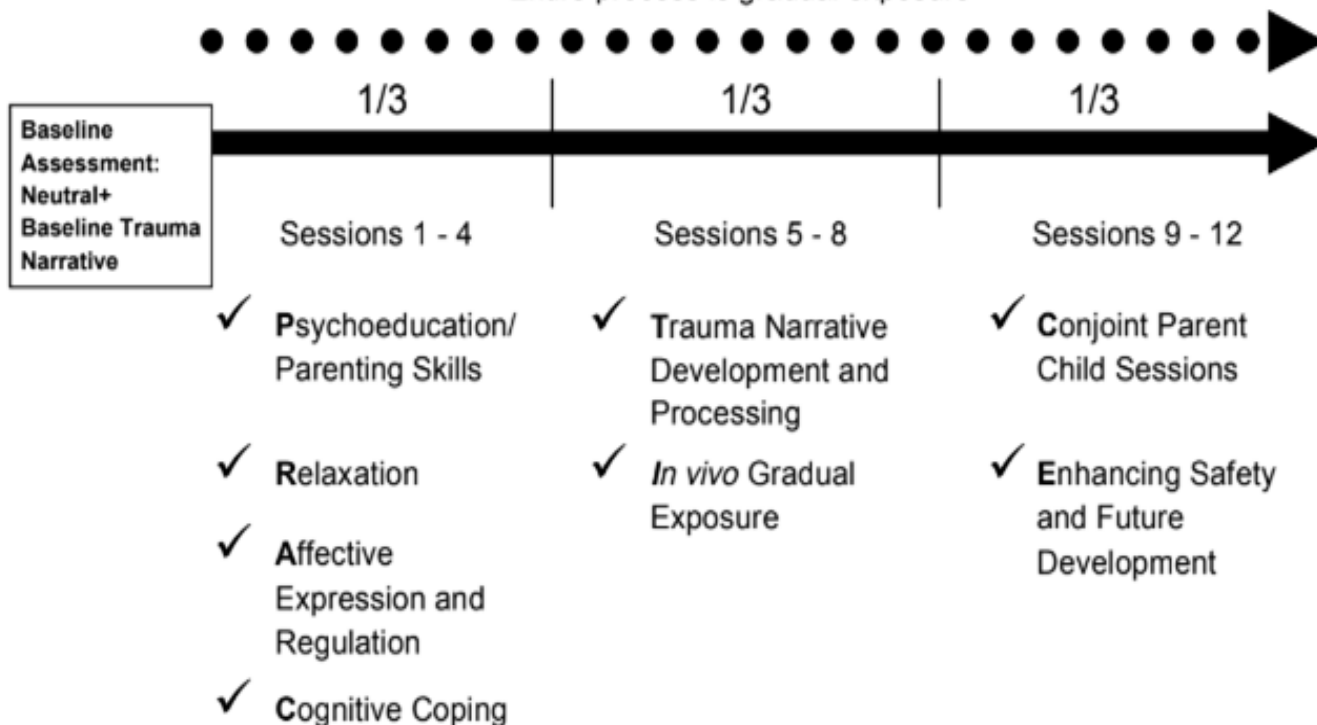
4. Involucración en las Sesiones de Terapia: En algunas sesiones, los padres participan junto con su hijo, lo que permite practicar habilidades de comunicación y procesamiento de emociones en un entorno terapéutico seguro. Los padres pueden ser parte del proceso de narración del trauma, proporcionando apoyo y validación mientras el niño narra su experiencia traumática.

5. Apoyo Emocional y Validación: Los padres aprenden a validar y reconocer las emociones del niño, ofreciendo un espacio seguro para que el niño exprese sus sentimientos sin juicio. Se les enseña a proporcionar apoyo emocional continuo fuera del entorno terapéutico, fortaleciendo el vínculo familiar y la red de apoyo del niño.

Proceso Terapéutico TCC-T

TFCBT Sessions Flow

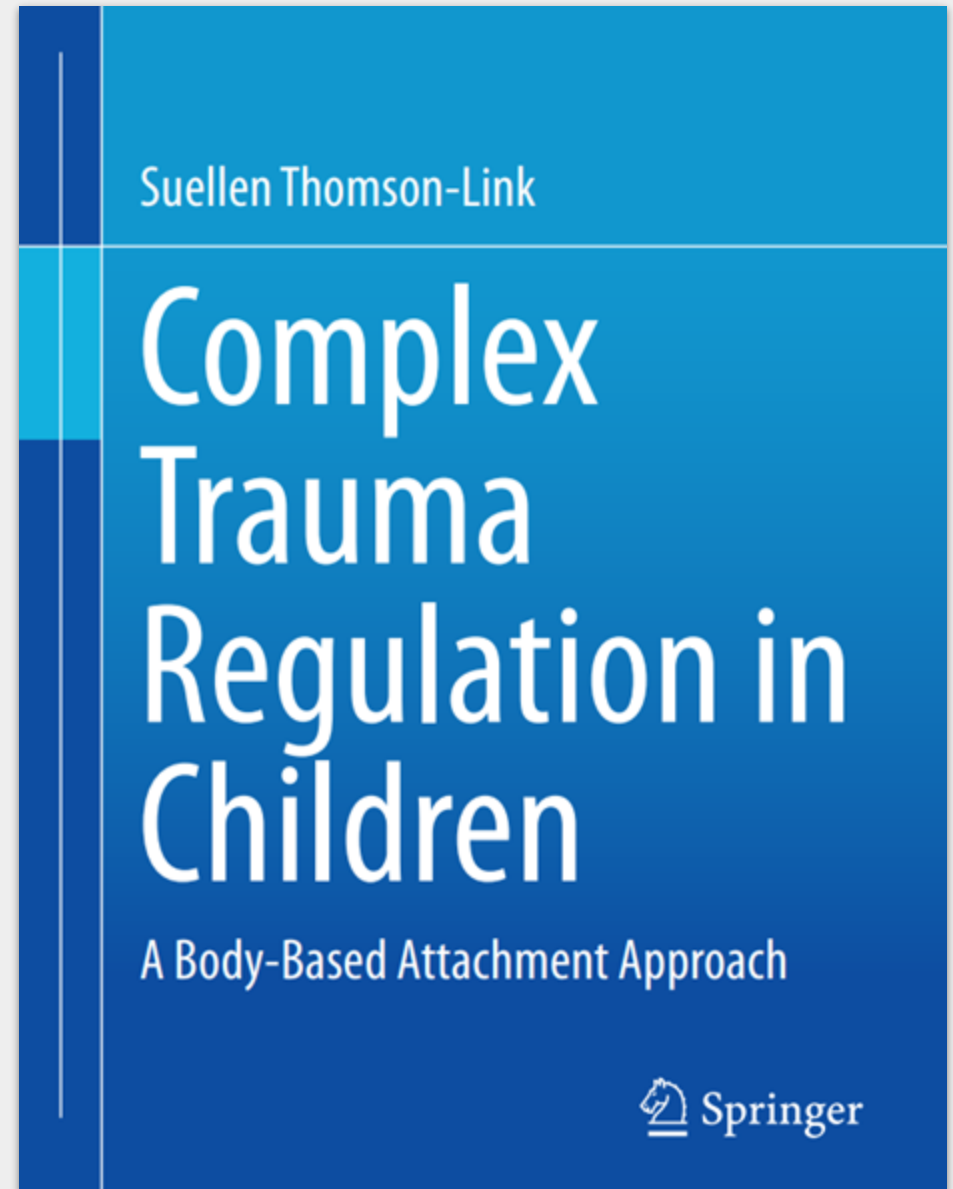
Entire process is gradual exposure



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		

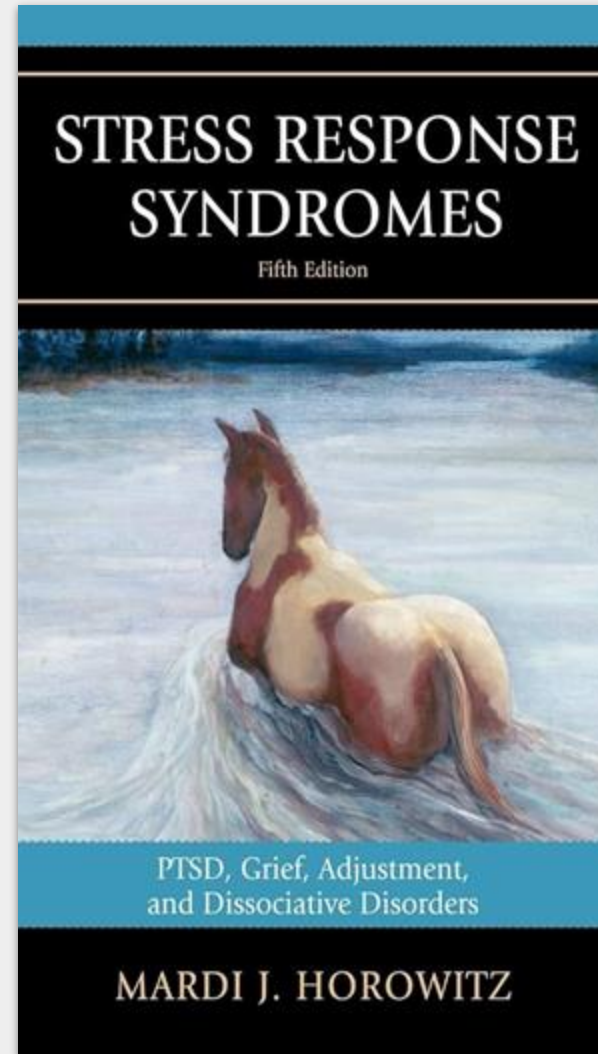
Recomendaciones de **profundización**

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)

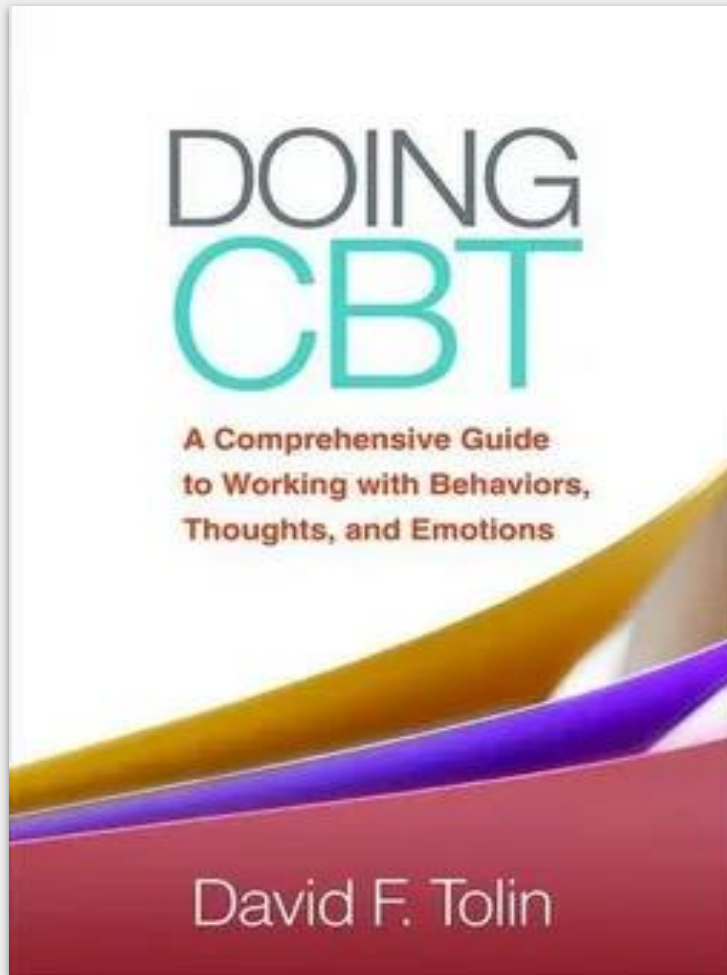
Cita bibliográfica: Rauld, J.C. (2023). Más allá del trauma complejo: Hacia una filosofía del suplicio en la infancia. *Disjuntiva*, 4(2), 107-117. <https://doi.org/10.14198/DISJUNTIVA2023.4.2.7>

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 manage



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

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.

Assessing the Evidence Base Series

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

Fin

Dr. Jonathan Martínez Líbano

Académico e Investigador

Director Magíster en Educación Emocional y Convivencia Escolar

Claustro Académico Doctorado en Educación y Sociedad

Universidad Andrés Bello

jonathan.martinez.l@unab.cl

¡Muchas gracias!