



## EL TRASTORNO INVISIBLE:

Revisión de la eficacia de la Terapia  
Cognitivo-Conductual Focalizada en el  
Trauma en población infantil y  
adolescente con sintomatología de  
Trauma Complejo.

**Autora:** Davinia Sánchez Miguel – 46075284M

**Tutora:** Rocío Herrero Camarano

**Fecha:** Septiembre, 2018

## ÍNDICE

Resumen.....	2
Abstract.....	3
MARCO TEÓRICO .....	4
1. Introducción .....	5
2. Maltrato infantil .....	6
2.1. Concepto y clasificación .....	6
2.2. Prevalencia.....	8
3. Trauma complejo .....	10
3.1. Concepto .....	10
3.2. Etiología.....	12
3.3. Diagnóstico .....	14
3.4. Impacto sobre el desarrollo.....	16
4. Situación actual de la Intervención en Trauma Complejo .....	21
4.2. Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma (TCC-FT).....	22
4.3. Adaptación de la TCC-FT a población con Trauma Complejo .....	24
5. Objetivos.....	26
MARCO EMPÍRICO.....	27
6. Método .....	28
7. Resultados .....	30
8. Discusión .....	39
8.1. Conclusiones de la adaptación de la TCC-FT para Trauma Complejo .....	39
8.2. Implicaciones clínicas.....	42
8.3. Limitaciones.....	44
8.4. Futuras direcciones .....	45
9. Conclusión .....	46
Bibliografía .....	48

## **Resumen**

El maltrato infantil es un fenómeno global que afecta la vida de millones de niños/as en todo el mundo y conlleva múltiples consecuencias negativas para la salud de los/as menores. A pesar de que algunas formas y tipos de maltrato en menores pueden provocar en las víctimas alteraciones psicológicas compatibles con el modelo de TEPT, varios autores vienen defendiendo un nuevo constructo conceptualizado como Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC; Herman, 1992) que recogería la carga adicional de síntomas relacionados con problemas de autorregulación debido a un trauma de naturaleza prolongada y repetida. No obstante, en ausencia de un consenso internacional respecto a su validez diagnóstica, todavía se desconoce si los tratamientos establecidos actuales proporcionan el resultado óptimo para estos/as menores. El objetivo principal del presente trabajo ha sido realizar una revisión bibliográfica de los estudios de eficacia de la Terapia Cognitivo- Conductual Focalizada en el Trauma (TCC-FT; Cohen et al., 2006) en población infantil y adolescente con sintomatología de trauma complejo por maltrato infantil (maltrato físico o emocional, abuso sexual o exposición a violencia doméstica). Los resultados muestran que la TCC-FT puede ser eficaz en la reducción de síntomas TEPT y en la mejora de problemas emocionales y comportamentales comórbidos, aunque requiere ciertas adaptaciones para el trabajo sobre dominios específicos clave como la autorregulación. En definitiva, los hallazgos de este estudio se suman a un creciente cuerpo de literatura que sugiere fuertemente la necesidad de políticas y prácticas que fomenten la investigación científica del trauma complejo infantil y adolescente.

**Palabras clave:** trauma complejo, trastorno de estrés postraumático complejo, maltrato infantil, terapia cognitiva-conductual focalizada en el trauma.

## **Abstract**

Child maltreatment is a global phenomenon that affects the lives of millions of children around the world and has multiple negative consequences for the health of minors. Despite some forms and types of child abuse can cause psychological alterations in the victims compatible with the PTSD model, several authors have defended a new construct conceptualized as Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD, Herman, 1992) that would include the additional burden of symptoms related to self-regulation problems due to trauma with a prolonged and repeated nature. However, in the absence of an international consensus regarding its diagnostic validity, it is still unknown whether current established treatments provide the optimal result for these children. The main objective of this work has been to carry out a bibliographic review of the effectiveness studies of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT; Cohen et al., 2006) in children and adolescents with symptomatology of complex trauma due to child abuse (physical or emotional abuse, sexual abuse or exposure to domestic violence). The results show that TF-CBT can be effective in reducing PTSD symptoms and improving comorbid emotional and behavioral problems, although requires certain adaptations for work on specific key domains such as self-regulation. In summary, the findings of this study are in addition to a growing body of literature that strongly suggests the need for policies and practices that foster scientific investigation of complex childhood and adolescent trauma.

**Key words:** complex trauma, complex posttraumatic stress disorder, child maltreatment, trauma-focused cognitive behavioral therapy.

# MARCO TEÓRICO

## 1. INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil, incluido el abuso y la negligencia, es uno de los desafíos más importantes de salud pública en la sociedad, que conlleva consecuencias inmediatas y a largo plazo para la salud. El daño se produce en todas las esferas (emocional, física, social y sexual), con los consiguientes costos y pérdidas para la sociedad. Una estimación de la OMS muestra que 40 millones de niños/as en todo el mundo con edades comprendidas entre los 0 y los 14 años sufren maltrato y abandono (OMS, 1999). Es un problema universal que ha existido desde tiempos remotos, pasando de generación en generación. Sin embargo, no fue hasta el siglo XX, debido al conocimiento cada vez mayor del desarrollo normal del niño, que se formuló la Declaración de los Derechos del Niño (ONU, 1959) y el maltrato pasó a ser considerado como un delito y un problema de profundas repercusiones.

En los últimos años un número notable de investigaciones han puesto su foco en las primeras etapas del desarrollo cerebral, en particular sobre los efectos del maltrato en este período. Estas investigaciones arrojan indicaciones claras de que el desarrollo cerebral puede resultar fisiológicamente alterado en situaciones de estrés prolongadas, severas o impredecibles, entre ellas el maltrato infantil, durante los primeros años de vida. Tales alteraciones pueden, a su vez, afectar negativamente al crecimiento físico, cognitivo, emocional y social del menor (Butchart, Phinney, Harvey, y Fürniss, 2009), comprometiendo su futuro con consecuencias que pueden ser nefastas. Van der Kolk (2002) observó que muchos niños y adultos con sintomatología de estrés postraumático que piden asistencia psicológica tienen antecedentes crónicos de abuso emocional, físico y sexual (van der Kolk, 2002). No obstante, Herman (1992), a partir de diferentes estudios factoriales, encontró que las personas que habían experimentado este tipo de circunstancias bajo las cuales habían estado expuestos durante un período sostenido a instancias repetidas o formas múltiples de trauma, manifestaban un perfil característico de sintomatología postraumática diferente del habitual Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Este tipo de experiencia, ha sido recogida bajo el concepto de *trauma complejo*, convirtiéndose en un factor de riesgo para un perfil de síntomas distinguible del TEPT, yendo más allá de éste. De esta manera, la presencia de TEPT en combinación con estas características asociadas se conoce comúnmente como *TEPT Complejo* (TEPTC) y retiene la terminología de Herman (1992). A pesar de esta designación, ha habido una controversia continua y una investigación sistemática

limitada sobre la presencia, la importancia clínica y las implicaciones del tratamiento de este conjunto de síntomas (Cloitre et al., 2011).

En última instancia, independientemente del diagnóstico que los/as menores puedan recibir, dada la naturaleza del trauma estos niños y niñas tienden a caracterizarse por problemas generalizados con el apego, la atención y el manejo de la excitación fisiológica (van der Kolk, 2005). No resulta sorprendente entonces valorar que el impacto psiquiátrico a largo plazo difiere de las secuelas de un incidente que se da una sola vez, por lo que al relegar el espectro completo de los problemas relacionados con el trauma a condiciones comórbidas a TEPT aparentemente no relacionadas, las alteraciones fundamentales relacionadas con el trauma pueden perderse con la investigación científica, y los profesionales pueden correr el riesgo de aplicar enfoques de tratamiento que no son útiles (van der Kolk, 2005). Así pues, este nuevo síndrome ha sido propuesto para su inclusión en los manuales de referencia para salud mental, tanto en la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; APA, 2013), como en la 11ª Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS, con la intención de operativizarlo y asentar las bases para el fomento de investigaciones en tratamientos bien establecidos que puedan proporcionar un resultado óptimo para estos pacientes considerando tanto la naturaleza prolongada como repetida del trauma, así como la carga adicional de síntomas de los problemas de autorregulación que presentan las personas con trauma complejo.

## **2. MALTRATO INFANTIL**

El maltrato a menores tiene graves consecuencias físicas y psicosociales que afectan negativamente a la salud y hace referencia a todo acto u omisión de acto que viole los derechos del niño, que ponga en peligro su salud, supervivencia o desarrollo óptimo (Butchart et al., 2009).

### **2. 1. Concepto y clasificación**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el maltrato infantil como los abusos y la desatención de que son objeto los/as menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud,

desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil (Butchart et al., 2009). El Informe mundial sobre la violencia y la salud (OMS, 2003) y la Consulta de la OMS sobre la prevención del abuso infantil (1999) distinguen cuatro tipos de maltrato infantil, que se pueden ver en la Tabla 1 (OMS, 1999), los cuales continuando constituyendo la clasificación de referencia para la OMS.

**Tabla 1. Clasificación de los tipos de maltrato infantil.**

<p><b>Abusos físicos</b></p> <p>El abuso físico de un niño puede definirse como el uso deliberado de la fuerza física contra un niño de modo que ocasione, o muy probablemente ocasione, perjuicios para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño. Se incluyen en este concepto los golpes, palizas, patadas, zarandeos, mordiscos, estrangulamientos, abrasamientos, quemaduras, envenenamientos y asfixia. Gran parte de la violencia infantil en el hogar responde al propósito de castigar al niño.</p>
<p><b>Abusos sexuales</b></p> <p>El abuso sexual puede definirse como la participación de un niño en actividades sexuales que no comprende plenamente, en las que no puede consentir con conocimiento de causa o para las que no está suficientemente desarrollado, o que transgreden leyes o tabúes sociales. Los niños pueden ser objeto de abusos sexuales por parte de adultos o de otros niños que, o en razón de su edad o de su estado de desarrollo, estén en una situación de responsabilidad, confianza o poder en relación con su víctima.</p>
<p><b>Abusos emocionales y psicológicos</b></p> <p>Los abusos emocionales y psicológicos pueden manifestarse tanto en incidentes aislados como en una reiterada dejación por parte de un progenitor o cuidador, que mantiene al niño en un entorno inapropiado a su desarrollo y carente de apoyo. Los comportamientos de este tipo dañarán muy probablemente la salud física o mental del niño, o bien su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Se incluyen en esta categoría: las restricciones de movimientos, el menosprecio continuado, la culpabilización, las amenazas, los actos de terror, la discriminación o ridiculización, y otras variantes no físicas de rechazo o de trato hostil.</p>
<p><b>Desatención</b></p> <p>La desatención abarca tanto incidentes aislados como la reiterada dejación por parte de un progenitor u otro miembro de la familia – cuando están en condiciones de ofrecérselo – con respecto al desarrollo y bienestar del niño, en uno o más de los aspectos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• salud;</li><li>• educación;</li><li>• desarrollo emocional;</li><li>• nutrición;</li><li>• hogar y condiciones de vida seguras.</li></ul>

Tabla 1. Extraído del Informe de la Reunión Consultiva sobre el Maltrato de Menores (OMS, 1999).

## 2.2. Prevalencia

Hasta finales del siglo XX no se tomó conciencia de que la violencia en la familia era un fenómeno intolerable y no una forma adecuada de educar a los niños. De hecho, hasta los años 60 este tipo de prácticas educativas no se tipificaron como atentados contra los derechos del niño. Por ello, las investigaciones sobre maltrato infantil en la familia son relativamente recientes y escasas (Centro Reina Sofía, 2011).

Los estudios internacionales de la OMS (2004) revelan que una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños, mientras que una de cada 5 mujeres y uno de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia. Por lo general, las niñas están más expuestas a los abusos sexuales, mientras que los niños lo están al castigo físico severo. Además, pese a que las cifras mundiales son más difusas, se estima que un gran número de niños y niñas son objeto de maltrato psicológico (también llamado maltrato emocional) y víctimas de desatención (Butchart et al., 2009).

Esto no es sorprendente si nos paramos un instante a valorar las cifras de prevalencia sobre este tipo de abusos infantiles que se informan en los metaanálisis más recientes. Por un lado, respecto al abuso sexual, cuya investigación es predominante en el estudio del maltrato infantil, se estima una prevalencia entre 8 y 31% para las niñas, y entre 3 y 17% para los niños (Pereda, Guilera, Forn, y Gómez-Benito, 2009; Stoltenborgh, van IJzendoorn, Euser, y Bakermans-Kranenburg, 2011; Barth, Bermetz, Heim, Trelle, y Tonia, 2013). Teniendo en cuenta estas cifras, mínimo 8 niñas y 3 niños de cada 100 son víctimas de relaciones sexuales forzadas. Por otro lado, una exhaustiva revisión de Stoltenborgh y cols. (2015) sobre la prevalencia del abuso sexual, físico y emocional infantil, y el abandono físico y emocional, indicaron que las tasas de prevalencia generales estimadas fueron 12,7% para abuso sexual (7,6% entre niños y 18% entre niñas), 22,6% para abuso físico, 36,3% para abuso emocional, 16,3% por negligencia física y 18,4% por negligencia emocional (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink, y van IJzendoorn, 2015).

A nivel nacional, en España la Fundación ANAR presentó en 2006 el informe “Doce años de violencia a menores: maltrato, abandono y abuso sexual desde 1994-2005”, a partir de las llamadas realizadas al teléfono de atención al menor (Fundación ANAR,

2006). La media de llamadas relativas a casos de maltrato fue de un 16% durante los años analizados. En cuanto a la tipología, los/as menores sufrían maltrato físico (58,86%), abuso sexual (30,32%), maltrato psicológico (7,69%) y abandono (3,11%). El 64,3% eran chicas y el 35,7% chicos, siendo en el caso del abuso sexual la proporción de mujeres triple a la de hombres. También es relevante destacar el informe del Centro Reina Sofía de 2002, en el cual se presentan los datos de un estudio epidemiológico a escala nacional sobre los expedientes de menores incoados por los Servicios Sociales entre 1997 y 1998 (cerca de 33.000). Esta investigación, titulada “Maltrato infantil en la familia. España (1997/1998)”, confirmó la existencia de 11.148 menores víctimas de maltrato en el ámbito familiar. El 86,37% de estos/as menores sufría negligencia, el 35,38% maltrato psicológico, el 19,91% maltrato físico y el 3,55% abuso sexual. Los niños/as menores de un año eran quienes presentaban un mayor riesgo de sufrir maltrato. En cuanto al sexo de las víctimas, el 53% eran chicos y el 47% chicas (Centro Reina Sofía, 2002).

Teniendo estos datos en cuenta es indiscutible que el maltrato infantil es un fenómeno global que afecta a la vida de millones de niños/as en todo el mundo y conlleva múltiples consecuencias negativas para la salud de los/as menores. El trauma infantil debido a maltrato es un problema de gran complejidad, ya que su impacto en la salud física y psicológica de la víctima, así como su posterior intervención, van a depender en gran medida de la edad del menor, del entorno en que aconteció y de la relación entre la víctima y el perpetrador. Por tanto, la naturaleza y gravedad tanto de la violencia como de sus consecuencias pueden variar enormemente. En los casos extremos, el maltrato infantil puede llegar a causar la muerte. En la mayoría de los casos, sin embargo, las lesiones físicas no son tan lesivas para el bienestar del niño/a como las consecuencias psicológicas y psiquiátricas agudas y sus efectos duraderos sobre el desarrollo neurológico, cognitivo y emocional del niño y su salud en general (Butchart et al., 2009), ya que lo más complejo del maltrato infantil es que en la mayoría de los casos la violencia se da justamente en aquellos lugares que deberían ser espacios de afecto y protección.

### **3. TRAUMA COMPLEJO**

En los últimos 20 años ha habido intentos de formular diagnósticos separados para individuos expuestos a eventos traumáticos únicos y aquellos expuestos a traumatización prolongada (Davidson et al., 1996; Pelcovitz et al., 1997; WHO, 1994). La razón principal es que el trauma prolongado parece dar lugar a reacciones traumáticas más graves y complejas que las relacionadas con eventos únicos y es probable que esté asociado con necesidades de tratamiento diferenciadas (Cloitre et al., 2011). Actualmente, el síndrome mejor estudiado de traumatización compleja es el denominado Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC).

#### **3.1. Concepto**

Además de la pérdida de personas allegadas, los desastres naturales y los ataques terroristas, los niños y adolescentes pueden experimentar una amplia gama de eventos potencialmente traumáticos, que incluyen abuso sexual, abuso físico y presencia de violencia en el hogar o la comunidad (McCloskey y Walker, 2000; McNally, 1993; Paolucci, Genuis, y Violato, 2001; Runyon, Deblinger, Ryan, y Thakkar-Kolar, 2004). En especial los/as menores en comunidades de alto riesgo, como por ejemplo zonas urbanas deprimidas, con frecuencia experimentan múltiples traumas continuos en lugar de traumas discretos de un solo incidente (Finkelhor, Ormrod, Turner, y Hamby, 2005), estando expuestos a un alto índice de violencia. Es más, un estudio indica que entre el 51 y el 83% de jóvenes traumatizados procedentes de agencias comunitarias de salud mental y servicios sociales habían sufrido más de un trauma (Carrion et al., 2001; Carrion, Weems, Ray, Glaser et al., 2002).

Este tipo de experiencias traumáticas, los abusos que acontecen de forma temprana en la vida, afectan al desarrollo de la persona, reflejándose de forma frecuente en un diagnóstico de TEPT en la edad adulta (van der Kolk, 2002). Al mismo tiempo, se ha documentado una alta prevalencia TEPT en población infantil y adolescente víctimas de trauma físico y/o psicológico extremo en relación con el abuso físico y sexual o la negligencia (Banyard, Williams y Siegel, 2001; Hulette et al., 2008; Kaplow y Widom, 2007; Landsford et al., 2002; Tolin y Foa, 2006; Whiffen y Macintosh, 2005), a pesar de que inicialmente hubo cierto escepticismo en relación a que la población infantil pudiera presentar este diagnóstico.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 4ª edición revisada (DSM-IV-TR; APA, 2000), se describieron las características clínicas y criterios para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). A través de esta conceptualización el TEPT queda caracterizado, además de la presencia de un trauma conocido, por la manifestación principal de tres grupos sintomáticos (Reexperimentación, Evitación e Hiperactivación) tanto para adultos como para niños, niñas y adolescentes, aunque incluyendo algunas especificaciones aclaratorias de la manifestación de los síntomas en la infancia. En la última edición del manual (DSM-5; APA, 2013) donde el trastorno deja de estar bajo la categoría de *Trastornos de Ansiedad* para quedar dentro de la categoría de *Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés*, se incluye un cuarto grupo de síntomas relacionados con las cogniciones y el estado de ánimo, y se crea un apartado diagnóstico específico para menores de 6 años, conceptualizado como Trastorno por Estrés Postraumático en Niños de edad Preescolar. Además en el DSM-5 se incorporan nuevas aclaraciones en relación con el curso de los síntomas en la infancia y adolescencia (ver DSM-5, 2013; pág. 277).

No obstante, pese a que algunas formas y tipos de maltrato pueden provocar en las víctimas alteraciones psicológicas compatibles con el modelo de TEPT, el maltrato infantil se diferencia de otros tipos de trauma (accidentes de tráfico, catástrofes naturales, etc.) por ser recurrente y crónico, por lo que varios autores defienden (Briere, 1987; 1992; Herman, 1992; Courtois, 1988) que la formulación TEPT no logra capturar las secuelas, la agudeza y la gravedad del trauma prolongado y repetido, perpetrado por personas con las cuales la víctima mantenía un vínculo afectivo. En consecuencia, el trauma por maltrato infantil ha sido clasificado en la categoría de traumas complejos y comúnmente es conocido como Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC; Cook et al., 2005; van der Kolk, 2005).

El TEPTC se refiere a la aparición de características de TEPT a las que se le suma un amplio espectro de psicopatología no capturado por los criterios del DSM para TEPT, que incluyen, aunque no se limitan a, la alteración de un sentido coherente de sí mismo, disociación, relaciones inestables, y comportamientos perjudiciales (Herman, 1992). La National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) lo puntualiza como la exposición de los/as menores a experiencias de múltiples eventos traumáticos que se producen dentro de su sistema de cuidado (fuente de seguridad y estabilidad), y que por lo general, está relacionado con sucesos simultáneos o secuenciales ocurridos en los malos

tratos (abuso emocional negligencia, abuso sexual, abuso físico y testigos de la violencia doméstica) que suelen ser crónicos y empezar en la primera infancia (National Child Traumatic Stress Network, 2003). Su evaluación consistiría en seis de estos problemas que la investigación ha demostrado que están asociados con el trauma interpersonal temprano: 1) alteraciones en la regulación de los impulsos afectivos, 2) alteraciones en la atención y la conciencia, 3) alteraciones en la autopercepción, 4) alteraciones en la relación con los demás, 5) síntomas somáticos para los que no se pueden encontrar explicaciones médicas, y 6) alteraciones en los sistemas de significado (van der Kolk, 2002) (ver Tabla 2).

**Tabla 2. Síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (TEPTC)**

<b>AFECTOS E IMPULSOS</b>	Regulación del afecto
	Modulación de la Ira
	Autodestructividad
	Preocupación suicida
	Dificultad en la modulación de la sexualidad
	Conductas de riesgo
<b>ATENCIÓN Y CONCIENCIA</b>	Amnesia
	Episodios disociativos transitorios
	Despersonalización
<b>AUTOPERCEPCIÓN</b>	Ineficacia
	Culpa y responsabilidad
	Vergüenza
	Incomprensión
<b>RELACIONES INTERPERSONALES</b>	Mínimización personal
	Inhabilidad para las relaciones íntimas
	Revictimización
<b>SOMATIZACIONES</b>	Victimizar a otros
	Sistema digestivo
	Dolor crónico
	Síntomas de conversión
<b>SISTEMA DE SIGNIFICADO</b>	Sistema reproductor
	Infelicidad
	Pérdida de sistema previo de creencias
	Desesperanza

Tabla 2. Extraído de López-Soler, Daset et al. (2008).

### 3.2. Etiología

El TEPT complejo suele ser el resultado de la exposición a instancias repetidas o prolongadas o múltiples formas de trauma interpersonal, que a menudo ocurre en circunstancias donde el escape no es posible debido a limitaciones físicas, psicológicas,

de maduración, familiares /ambientales o sociales (Herman, 1992). Esos factores estresantes traumáticos pueden ser objeto de tráfico sexual o trata de esclavos; ser un niño soldado, y ser una víctima de una guerra civil, ser refugiada y haber experimentado torturas, campañas de genocidio u otras formas de violencia organizada. No obstante, estos factores también incluirían experiencias que no nos deberían parecer tan ajenas a la comunidad donde vivimos, pues incluyen el abuso físico y sexual en la infancia, ser víctima de violencia doméstica y otras formas de violencia sistematizada que ocurren en el entorno más próximo del menor y que, como se ha documentado anteriormente, constituyen un prevalencia alarmante a nivel internacional (Pereda et al., 2009; Stoltenborgh et al., 2011; Barth, Bermetz et al., 2013; Stoltenborgh et al., 2015).

Así pues, aunque se acepta que el maltrato puede producirse a causa de sistemas sociales, organizaciones y procesos más amplios, una proporción importante del maltrato de menores es cometida por las personas más cercanas a ellos (OMS, 1999) y las diversas investigaciones nos informan de que es más probable que se experimenten síntomas de TEPTC si la victimización ha sido prolongada en el tiempo y ha sido de naturaleza interpersonal, como es el caso de los abusos que acontecen en el ambiente familiar y próximo del menor (López-Soler, 2008). Estas personas son la mayoría de las veces miembros de la familia y de la comunidad y, en algunos casos, personas ajenas que el niño encuentra en su vida diaria. A estos efectos, la familia se define como padres y hermanos o, donde sea aplicable, miembros de la familia extensa o la comunidad, según la costumbre local, y tutores u otras personas legalmente responsables del niño. Entre los miembros de la comunidad se puede incluir a aquellos que tienen relaciones ocupacionales con el niño (como profesionales de la educación y de la salud, cuidadores y empleadores) y a otras personas con una relación de proximidad (como amigos de la familia) (OMS, 1999).

Por otro lado, la presencia de TEPTC está inversamente relacionada con la edad de inicio del primer trauma, por tanto, aquellas víctimas que han sufrido un trauma en edades tempranas de la vida son más propensas a manifestar los síntomas de TEPTC (van der Kolk, 2005). En la experiencia traumática la persona se enfrenta a unas circunstancias de proporciones sísmicas, porque hace temblar las bases en que se fundamentan las asunciones de la persona sobre el mundo y sobre ella misma, y suelen llevar a cuestionarse y revalorar muchas de las asunciones básicas que se mantenían anteriormente (Calhoun y Tedeschi, 1998). Más aún, cuando el trauma ocurre en niños

y niñas de temprana edad y es debido a abusos muy graves como maltrato físico/emocional extremo o abuso sexual, el/la abusador/a es una persona cercana al niño como la madre o el padre, y se da de forma intensa y prolongada de tal manera que la vida cotidiana del menor queda impregnada por este marco de referencia, sin otro tipo de significados, el impacto del menor puede ser tan dramático que comprometa todo el desarrollo de su personalidad, que quedaría marcada por una traumatización compleja (López-Soler, 2008).

### **3.3. Diagnóstico**

El TEPT como diagnóstico surge en respuesta a una demanda social para enmarcar un conjunto de síntomas psicológicos experimentados por cientos de miles de veteranos estadounidenses que acababan de regresar de la guerra de Vietnam (van der Kolk, 2005). Al crearse éste, descrito por primera vez en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III; APA, 1980), muchos síndromes postraumáticos que se habían propuesto previamente, tales como síndrome de trauma por violación (Burgess y Holmstrom, 1974), síndrome de violencia doméstica a mujeres (Walker, 1984), trauma de abuso sexual a menores (Finkelhor, 1985; Briere, 1987), quedaron incluidos en la nueva categoría diagnóstica de TEPT.

No obstante, con el paso del tiempo, se ha puesto en evidencia que en el ámbito clínico la mayoría de los pacientes que buscan tratamiento a raíz de la vivencia a largo plazo de traumas múltiples crónicos, como el abuso infantil o el trauma doméstico, entre otros, sufren una variedad de problemas psicológicos cuya complejidad hace que el diagnóstico de TEPT sea insuficiente (Finkelhor, 1985; Briere, 1987; Herman, 1992). Así pues, investigadores y clínicos han ido advirtiendo que la estructura de los síntomas de la categoría diagnóstica de TEPT es frecuentemente susceptible de ser sobrediagnosticada (Maercker et al., 2013). Como resultado, muchos de estos problemas que se desarrollan en el marco de un trauma crónico y complejo, que no están incluidos en los criterios diagnósticos del TEPT, a menudo se clasifican como “*condiciones comórbidas*”, en lugar de ser reconocidos como parte de un espectro de problemas relacionados de forma íntima con el trauma y las circunstancias en las que éste aconteció (van der Kolk, 2002).

Como se ha ido exponiendo, cuando este tipo de vivencias traumáticas se producen en la infancia, se hace necesario tener en consideración la fuerte huella que provocan en

el desarrollo infantil, ya que situaciones muy adversas, cercanas y cotidianas, no sólo determinan síntomas y alteraciones psicológicas, sino que comprometen el desarrollo completo de la personalidad (López-Soler, 2008). Por lo tanto, aunque los/as menores con este tipo de traumatización puedan recibir una variedad de etiquetas psiquiátricas, ninguno de estos diagnósticos captura sus profundas alteraciones del desarrollo, ni los orígenes traumáticos de sus presentaciones clínicas particulares (van der Kolk, 2002).

Como consecuencia de esta problemática, algunos miembros del Grupo de Trabajo de TEPT delinearon un nuevo síndrome constituido por problemas psicológicos en los que se demostró una fuerte asociación con historias de abuso interpersonal prolongado y grave, que se propuso para la revisión de la definición de la categoría de TEPT del DSM-IV (van der Kolk, 2002). No obstante, este constructo no fue reconocido en el DSM-IV de 1994, ni en su edición revisada (DSM-IV-TR) del año 2000, como un trastorno distinto al TEPT, sino que se le llamó Trastorno por Estrés Extremo No Especificado (*Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified*, DESNOS) y su sintomatología se presentó como características asociadas a TEPT, dilucidada de la siguiente forma: *“Esta constelación de síntomas puede ocurrir y es más comúnmente vista en asociación con un estresor interpersonal (ejemplo: abuso físico o sexual en la infancia, violencia doméstica): deterioro en la modulación de los afectos; conducta auto-destructiva e impulsiva; síntomas disociativos; síntomas somáticos; sentimientos de ineficiencia; vergüenza; desesperación; desesperanza; sentirse permanentemente dañada/o: hostilidad, aislamiento social; sentirse constantemente amenazada/o; deterioro en las relaciones interpersonales.”* (p. 465 en APA, 2000). Más tarde fue propuesto como una categoría diagnóstica independiente referente a “Trastorno por Estrés Postraumático Complejo” (TEPTC) para el DSM-5, en base a las propuestas independientes de Herman y van der Kolk (1987), en Boston, y de Spitzer, Kaplan y Pelcovitz (1989), en Nueva York (López-Soler, 2008) cuya alta validez de constructo fue empíricamente demostrada (Pelcovitz, y otros, 1997). No obstante, el actual DSM-5 (APA, 2013) no incluyó este nuevo constructo diagnóstico dado que no existe un consenso internacional concluyente. Por un lado, autores como Resick y cols. (2012) han defendido que no existen evidencias científicas suficientes para establecer un diagnóstico de TEPTC o DESNOS diferente al TEPT o con una etiología diferente (Resick et al., 2012). Por otro lado, otros autores como Courtois y Ford (2009) siguen haciendo patente la relevancia de incluir el diagnóstico de TEPTC o DESNOS dada la

importancia que presenta para la conceptualización y abordaje terapéutico de estas secuelas psicológicas que no conciernen al diagnóstico TEPT (Courtois et al., 2009).

Por lo que respecta a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS, el Grupo de Trabajo de los Trastornos Asociados Específicamente con el Estrés de la CIE también propuso el TEPTC como un nuevo diagnóstico ligado al TEPT, para su inclusión en la 11ª versión de la Internacional Clasificación de enfermedades (CIE-11) con el objetivo de reemplazar a la categoría "Transformación Persistente de la Personalidad tras Experiencia Catastrófica" de la CIE-10, que no ha logrado atraer el interés científico y no ha incluido los trastornos derivados del estrés prolongado en la primera infancia (Maercker et al., 2013). Recientemente, el 18 de junio de 2018, se publicó una versión de la CIE-11 para permitir a los Estados Miembros prepararse para la implementación. En su nueva versión, finalmente se ha introducido el diagnóstico TEPTC bajo la categoría general de "Trastornos específicamente asociados con el estrés", descrito de la siguiente forma: *“Trastorno que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o serie de eventos de una naturaleza extremadamente amenazante u horrenda, con mayor frecuencia eventos prolongados o repetitivos de los que es difícil o imposible escapar (por ejemplo, tortura, esclavitud, campañas de genocidio, violencia doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido en la niñez). El trastorno se caracteriza por los síntomas centrales del TEPT; es decir, todos los requisitos de diagnóstico para el TEPT se han cumplido en algún momento durante el curso del trastorno. Además, el trastorno de estrés postraumático complejo se caracteriza por 1) problemas graves y generalizados en la regulación del afecto; 2) creencias persistentes sobre uno mismo como disminuido, derrotado o inútil, acompañado por sentimientos profundos y penetrantes de vergüenza, culpa o fracaso relacionado con el evento traumático; y 3) dificultades persistentes para mantener las relaciones y sentirse cerca de los demás. La perturbación causa un deterioro significativo en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes.”* (WHO, 2018).

### **3.4. Impacto sobre el desarrollo**

Los efectos de las experiencias tempranas sobre el desarrollo cerebral sientan las bases para la expresión de la inteligencia, de las emociones y de la personalidad. Cuando esas primeras experiencias son esencialmente negativas, el menor puede

padecer problemas emocionales, conductuales o de aprendizaje que persisten durante toda su vida, especialmente en ausencia de intervenciones específicas (National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information, 2001).

Las características del desarrollo cognitivo y afectivo en cada fase evolutiva imponen límites, siendo fundamental la guía y protección de los adultos responsables del menor, porque en gran medida el significado de los sucesos y las reacciones infantiles, van a depender de los significados que sus cuidadores atribuyan al suceso y de sus reacciones (López-Soler, 2008). Teniendo en cuenta que a menudo el trauma comienza en casa ya que la gran mayoría de las personas (alrededor del 80%) responsables del maltrato infantil son padres de niños y niñas (van der Kolk, 2005), podemos hacernos una idea de la alteración de la construcción del mundo que realizan las víctimas en base al marco de referencia donde han crecido. Además, el maltrato de un niño o niña por sus padres o cuidadores hace particularmente difícil planificar estrategias de prevención y servicios a las víctimas, ya que los perpetradores son, al mismo tiempo, quienes ejercen la mayor influencia en el niño (National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information, 2001).

El cerebro de un niño que experimenta estrés, ya sea en forma de abusos físicos o sexuales, o de desatención crónica, orientará sus recursos a la supervivencia y a afrontar las amenazas de su entorno. Por ejemplo, este hecho podría manifestarse durante sus primeros años, donde las víctimas tenderían a estar sujetas a un estado permanente de alerta exacerbada o de disociación, atentas a las amenazas que pudieran surgir en cualquier tipo de situación. De este modo, su capacidad para beneficiarse de las experiencias sociales, emocionales y cognitivas podría verse afectada. Asimismo, los niños y niñas que no han conseguido desarrollar unos vínculos saludables con sus cuidadores y cuyas primeras experiencias emocionales no hayan sido las óptimas para sentar las bases necesarias para el apego seguro y un desarrollo emocional positivo podrían ver limitada su capacidad de empatía, ya que el remordimiento y la empatía son sentimientos que nacen de la experiencia (National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information, 2001).

Herman (1992), mediante una serie de estudios factoriales en población adulta que había sufrido traumas infantiles como consecuencia de ser víctimas de maltrato, describió las siguientes características como nucleares del TEPTC:

- 1) Alteraciones en la regulación de los impulsos afectivos.
- 2) Alteraciones en la atención y la conciencia.
- 3) Alteraciones en la autopercepción.
- 4) Alteraciones en la relación con los demás.
- 5) Somatización y/o problemas médicos.
- 6) Alteraciones en los sistemas de significado.

La investigación en muestras comunitarias y clínicas ha demostrado que este perfil de síntomas predomina después de la violencia interpersonal crónica y repetida en comparación con otros tipos de eventos traumáticos (van der Kolk, 2005).

Los **problemas en el dominio del afecto** incluyen una variedad de síntomas que resultan de las dificultades en la regulación de las emociones y del comportamiento. Pueden manifestarse en una reactividad emocional intensificada, donde se incluye la dificultad de la modulación de la ira y las conductas autodestructivas, que pueden llevar a problemas de abuso de sustancias y comportamiento autolesivo. Por otro lado, la manifestación podría darse mediante el embotamiento emocional que en muchas ocasiones conduce a estados disociativos (Lanius, Bluhm, y Frewen, 2011), como un mecanismo de defensa ante el abuso interpersonal prolongado y severo ocurrido durante la infancia (López-Soler, 2008). Así pues las **alteraciones en la atención y la conciencia**, incluirían embotamiento, lentitud del procesamiento de la información, dificultades de atención y concentración, amnesias, episodios disociativos y despersonalización.

En el plano físico, las víctimas tienden a experimentar **reacciones somáticas y condiciones médicas** que se pueden explicar directamente por el tipo de abusos sufridos y algún daño físico, o bien pueden ser más difusas y aparecer como síntomas somáticos para los que no se pueden encontrar explicaciones médicas (López-Soler, 2018).

Por otro lado, los **problemas en el dominio del autoconcepto** se refieren a creencias negativas persistentes sobre uno mismo, incluyendo un sentido crónico de culpabilidad y de responsabilidad personal, que cursa con sentimientos de intensa vergüenza, relacionados con, por ejemplo, no haber superado circunstancias adversas o no haber podido evitar el sufrimiento de los demás (Maercker et al., 2013). Además, se ha visto que en ocasiones la víctima también experimenta una alteración en la percepción del

maltratador, que incluiría la aceptación, dependencia e incorporación de su sistema de creencias, posibilitando todavía más en estos/as menores los abusos premeditados que continúan de forma repetitiva a manos de los cuidadores primarios (López-Soler, 2008).

Respecto a **la forma de relacionarse con los demás**, se observan dificultades para confiar e intimar con otros, y el desarrollo de una fuerte sensación de vulnerabilidad y peligro cuando inician nuevas relaciones afectivas en la medida que se hacen más intensas e íntimas. Perciben que las personas con las que se relacionan afectivamente pueden utilizarlos y dañarles sin respeto y consideración de sus propias necesidades (López-Soler, 2008)

Por último, cabe resaltar la importante **alteración que se produce en los sistemas de significado**. Los individuos abusados crónicamente, a menudo sienten una gran desesperanza acerca del mundo y del futuro, y frecuentemente creen que no encontrarán a nadie que les entienda o entienda su sufrimiento. Mantienen un gran conflicto interno, con niveles de angustia altos, e intentan encontrar a alguien que les ayude a recuperarse de su angustia psíquica (López-Soler, 2008).

Cook y cols. (2005) describieron siete grupos de síntomas para adaptar el diagnóstico de TEPTC en población infantil y adolescente. Las principales áreas y dominios afectados son: alteraciones en las relaciones afectivas y apego, en las reacciones biológicas (físicas y psicosomáticas), en la regulación del afecto y la autorregulación, en la consciencia, en el control de la conducta, en la cognición y en el autoconcepto (Tabla 3):

**Tabla 3. Áreas afectadas y alteraciones en menores expuestos a trauma complejo.**

<p><b>I. APEGO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Problemas con límites</li> <li>Desconfianza, suspicacia</li> <li>Aislamiento social</li> <li>Dificultades Interpersonales</li> <li>Dif. estados emocionales otros</li> <li>Dificultad toma perspectiva</li> </ul>	<p><b>IV. DISOCIACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Estado consciencia alterado</li> <li>Amnesia</li> <li>Despersonalización, desrealización</li> <li>Dos o más estados de consciencia</li> <li>Fallos de memoria sucesos</li> </ul>	<p><b>VI. COGNICIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dificultades regulación atención y FE*</li> <li>Lack of sustained curiosity</li> <li>Probabilidad procesamiento información nueva</li> <li>Probabilidad concentración tareas complejas</li> <li>Probabilidad constancia objetivos</li> <li>Dificultades planificación/anticipación</li> <li>Probabilidad comprensión responsabilidades</li> </ul>
<p><b>II. BIOLOGÍA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Probabilidad desarrollo psicomotor</li> <li>Analgesia</li> <li>Probabilidad tono/balance,</li> </ul>	<p><b>V. CONTROL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pobre regulación impulsos</li> <li>Conducta autodestructiva</li> <li>Agresividad hacia otros</li> <li>Prob. patológicos auto-calma</li> <li>Problemas sueño</li> </ul>	

coordinación	Sumisión excesiva	Dificultades aprendizaje
Somatizaciones	Conducta opositora	Probabilidad desarrollo lenguaje
Problemas médicos aumentados	Dificultades comprender/aceptar normas	Probabilidad orientación tiempo/espacio
<b>III. REGULACIÓN AFECTO</b>	Representa trauma conductas/juegos	<b>VII. AUTOCONCEPTO</b>
Dificultades autorregulación emocional		Continuidad/predictibilidad self alterado
Dificultades reconocer/expresar sentimientos		Pobre sentido separación
Probabilidad reconocer estados internos		Alteración imagen corporal
Dificultades comunicar deseos y necesidades		Baja autoestima
		Vergüenza y culpa

---

*Nota.* \*Funciones ejecutivas

---

Tabla 3. Extraído de López-Soler (2008); adaptado de Cook et al., (2005).

En resumen, el TEPTC, que se ha propuesto para los manuales de clasificación diagnóstica de referencia (DSM y CIE), es un síndrome que requiere los síntomas cardinales del TEPT (reexperimentación, evitación/entumecimiento, e hiperactivación), así como tres características adicionales que reflejan el impacto que el trauma puede tener en los sistemas de autoorganización de las personas que han estado expuestas a condiciones de riesgo graves y crónicas. Específicamente problemas en el dominio afectivo, de autoconcepto y relacional.

Durante la última década, ha habido una mayor conciencia de la prevalencia e impacto de los eventos traumáticos en los jóvenes. Se estima que el 26% de los jóvenes presenciarán o experimentarán un evento traumático antes de la edad de 4 años (Briggs-Gowan, Ford, Fraleigh, McCarthy y Carter, 2010) muchos de los cuales experimentarán múltiples tipos de trauma (Kisiel et al., 2009). Parece sensato considerar que el trauma infantil, incluido el abuso y la negligencia, es probablemente el desafío de salud pública más importante, un desafío que puede resolverse en gran medida mediante una prevención e intervención adecuadas (van der Kolk, 2005).

#### 4. SITUACIÓN ACTUAL DE LA INTERVENCIÓN EN TRAUMA COMPLEJO

Dado que el trauma complejo es un fenómeno relativamente reciente que está siendo estudiado desde apenas unas décadas, todavía no existe consenso en relación con cuál es la intervención más efectiva. No obstante, debido a la naturaleza complicada y sistémica del trauma complejo, las interrupciones en el desarrollo infantil normal y las necesidades únicas de cada niño y familia, se sabe que el tratamiento también debe ser complejo, integral y personalizado a las necesidades de cada menor (Lanktree et al., 2012). En esta línea, varios autores documentan que los jóvenes con trauma complejo responden mejor al tratamiento basado en fases con una fase de estabilización inicial para proporcionar habilidades de afrontamiento, una fase de procesamiento del trauma para comprender experiencias personales de trauma y una fase de integración final para consolidar y generalizar la seguridad y la confianza (Herman, 1992; Courtois, 2004; Ford et al., 2005; Ford y Cloitre, 2009). No obstante, todavía se desconoce si los tratamientos establecidos actuales proporcionan el resultado óptimo para estos pacientes considerando tanto la naturaleza prolongada como repetida del trauma, así como la carga adicional de síntomas de los problemas de autorregulación que presentan las personas con trauma complejo (Cloitre et al., 2011).

Desde la Red Nacional para el Estrés Traumático Infantil (*National Child Traumatic Stress Network*, NCTSN) encontramos una serie de tratamientos recomendados para niños con trauma complejo o polivictimización entre los que se destacan el modelo Apego, Autorregulación y Competencia (*The Attachment, Self Regulation, and Competency*, ARC; Arvidson et al., 2011), el Tratamiento Integrador de Trauma Complejo (*Integrative Treatment of Complex Trauma*, ITCT; Lanktree y Briere, 2008b; Brier y Lanktree, 2008) y la Terapia Cognitivo Conductual-Focalizada en el Trauma CC-FT (*Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy*, TF-CBT; Cohen, Mannarino, y Deblinger, 2006).

El ITCT se diseñó específicamente para proporcionar un enfoque multicomponente para el tratamiento de los efectos de las experiencias traumáticas complejas. Consiste en dos paquetes de intervención separados: ITCT para niños (ITCT-C; Lanktree y Briere, 2008) para personas de 8 a 12 años, e ITCT-C para adolescentes y adultos jóvenes (ITCT-A; Briere y Lanktree, 2008, 2011) para jóvenes de 12 a 21 años. El tratamiento consiste en una terapia multimodal empíricamente informada que integra principios de

tratamiento de la literatura del trauma complejo (por ejemplo, Cook et al., 2005, Courtois y Ford, 2009), teoría del apego (Bowlby, 1988), el modelo *self-trauma* (Briere, 2002) y componentes de la TCC-FT (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006). No obstante, no se ha encontrado una extensa aplicación del tratamiento, salvo en un estudio de Lanktree et al. (2012), donde examinaron la efectividad potencial de la intervención en una muestra de 151 niños, niñas y adolescentes socialmente marginados, víctimas de repetidos traumas interpersonales, donde se observaron reducciones en las medidas de ansiedad, depresión, estrés postraumático y, en menor grado, ira, disociación y problemas sexuales (Lanktree et al., 2012).

Así pues, pese que las directrices de 2008 de la Sociedad Internacional de Estudios de Estrés Traumático (*International Society for Traumatic Stress Studies*, ISTSS), que ha desarrollado pautas para el tratamiento del estrés postraumático (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2008), reconocen que el marco de TEPT no incluye síntomas específicos para personas que están o han estado expuestas a un trauma prolongado y repetido como abuso sexual infantil, violencia doméstica u otro tipo, es decir, lo que actualmente se conoce como TEPTC, y que estas alteraciones contribuyen en gran medida al deterioro psicosocial de estas personas, la TCC-FT es reconocida como la intervención con mayor apoyo empírico en el tratamiento de niños, niñas y adolescentes expuestos a experiencias traumáticas (Allen, Gharangozloo, y Johnson, 2012; Allenn y Kronenberg, 2014).

#### **4.2. Terapia Cognitivo-Conducutal Focalizada en el Trauma (TCC-FT)**

La Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma (TCC-FT; *Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy*, TF-CBT) es un tratamiento basado en la evidencia, que combina técnicas cognitivas conductuales estándar con intervenciones interpersonales, de apoyo y familiares, diseñada para reducir los problemas conductuales y emocionales asociados con la exposición al trauma infantil (Cohen et al., 2006). El modelo terapéutico surge de la síntesis de dos líneas de investigación paralelas desarrollados a mediados de los años 80, en Pittsburgh, de la mano de Judith Cohen y Anthony Mannarino; y en New Jersey, por Esther Deblinger. Ambos grupos de trabajo centraron sus estudios preliminares en comprobar la eficacia de intervenciones en población infantil y adolescente con historia de traumas por abuso sexual (Cohen y Mannarino, 1996, 1997, 1998; Deblinger, McLeer, y Henry, 1990; Deblinger,

Lippmann, y Steer, 1996, 1999), hasta que dadas las similitudes de sus modelos y el objetivo de los mismos, integraron sus perspectivas creando un modelo único de TCC-FT que ponía su foco de atención en la intervención del abuso sexual.

La TCC-FT es una intervención dirigida a niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años y, siempre que se posible, se incluye a sus cuidadores no infractores. Se realizan sesiones individuales paralelas en las que tanto el menor como el cuidador van realizando los componentes del tratamiento, que se complementan con sesiones conjuntas enfocadas en la consolidación adicional del conocimiento y las habilidades aprendidas en los diversos componentes. El tratamiento está orientado en fases y sus componentes se diseñaron para complementarse entre sí y, por lo general, deberían completarse en el orden descrito por el acrónimo PRACTICE (PRACTICE en inglés; ver Tabla 4).

**Tabla 4. Componentes de la TCC-F.**

<b>Psicoeducación y entrenamiento en habilidades parentales</b>	Discusión y educación acerca del maltrato infantil en general y de las típicas reacciones emocionales y conductuales al abuso sexual; entrenamiento para padres/cuidadores en estrategias de manejo conductual y comunicación positiva.
<b>Relajación</b>	Entrenamiento en relajación basado en técnicas de respiración, relajación mental y muscular progresiva.
<b>Análisis afectivo y entrenamiento en modulación emocional</b>	Mejora de la capacidad para identificar y expresar emociones, ayudando al menor y a los cuidadores a manejar las reacciones emocionales relacionadas con el abuso, y practicar el autocontrol y la auto-relajación.
<b>Cognitiva reestructuración</b>	Ayudar al menor y a los cuidadores a entender la conexión entre pensamientos, sentimientos, y comportamientos; explorar y corregir las atribuciones erróneas relacionadas con los eventos cotidianos.
<b>Trauma narración y procesamiento cognitivo</b>	Ejercicios de exposición gradual, incluyendo la narración del trauma de manera verbal o escrita, y el procesamiento de los

	pensamientos erróneos y/o nocivos asociados al abuso.
<b>In vivo exposición</b>	Exposición gradual <i>in vivo</i> a los estímulos relacionados con el trauma en el ambiente del menor (Por ejemplo, en el sótano, la oscuridad, la escuela), por lo que el niño o niña aprende a controlar sus propias reacciones emocionales.
<b>Conjuntas sesiones cuidador-niño</b>	Sesiones de familia para mejorar la comunicación y la relación. Se crean oportunidades para que el menor comparta la narración del trauma y debata terapéuticamente en relación al hecho.
<b>Aumento de la seguridad y el desarrollo futuro</b>	Educación y entrenamiento en habilidades de seguridad, de mejora en las relaciones interpersonales, y de sexualidad sana. Desarrollo de nuevas habilidades en el manejo de los factores de estrés futuros relacionados con el trauma.

Tabla 4. Extraído de Prieto (2016).

### 4.3. Adaptación de la TCC-FT a población con Trauma Complejo

A pesar de que la TCC-FT no se desarrolló originalmente para trabajar con trauma complejo, el modelo es consistente con un enfoque basado en fases para su tratamiento por lo que varios autores han sugerido modificaciones para mejorar su aplicación con estos casos (Cohen, Mannarino, Kliethermes y Murray 2012; Kliethermes y Wamser, 2012). Como se ilustra en la Figura 1, estos componentes se dividen en tres fases distintas que son paralelas a las fases recomendadas para los jóvenes con trauma complejo: una fase inicial de desarrollo de habilidades de afrontamiento (fase de estabilización); una segunda narración de trauma y fase de procesamiento (fase de procesamiento de trauma) y una fase final de consolidación y cierre de tratamiento (fase de integración) (Murray, Cohen, Ellis, & Mannarino, 2008).

**Figura 1. Componentes de la TCC-FT para Trauma Complejo.**

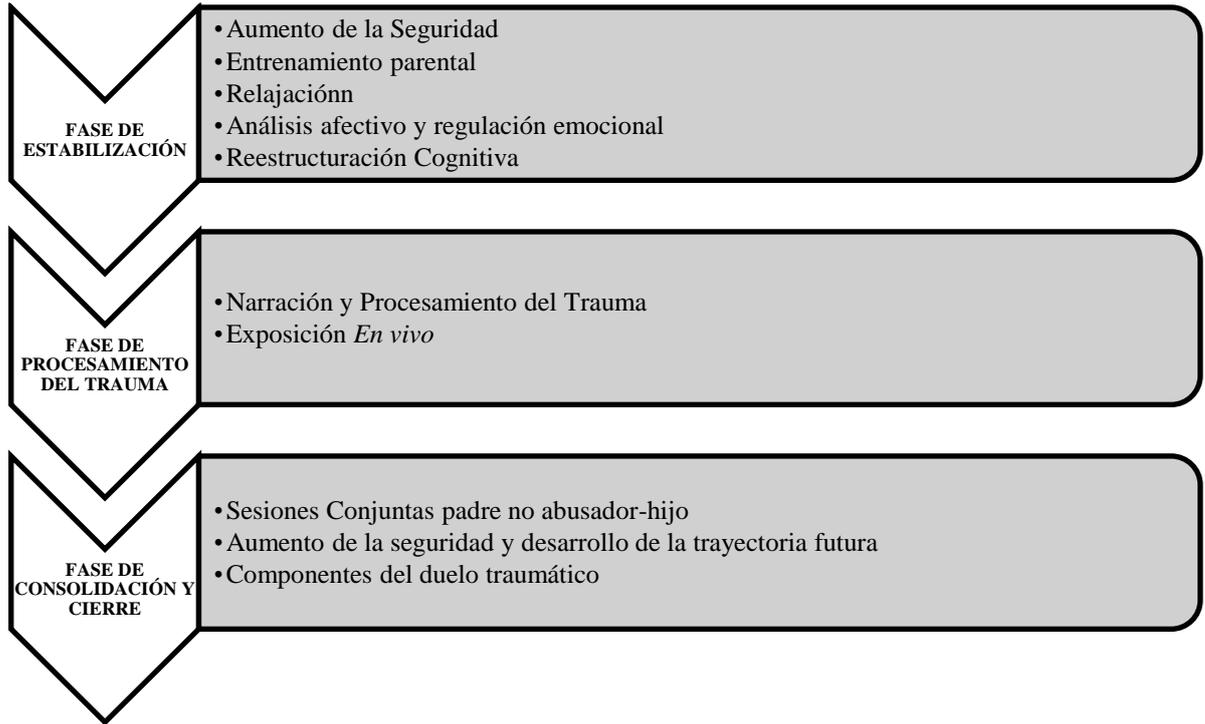


Figura 1. Extraído de Prieto (2016), adaptado de Murray, Cohen, Ellis, y Mannarino (2008).

En primer lugar, un aspecto importante de la modificación de la terapia sería la ampliación del número de sesiones de 8-16 de la TCC-FT estándar a 25-30. Además, si típicamente los terapeutas dedican aproximadamente el mismo número de sesiones de tratamiento a cada una de las 3 fases de tratamiento TF-TCC estándar, en el caso de los jóvenes con trauma complejo se recomienda dedicar aproximadamente la mitad de las sesiones de tratamiento total a la fase de desarrollo de habilidades de afrontamiento, con el objetivo de adquirir ganancias sólidas en autorregulación antes de pasar al componente que involucra la exposición formal al trauma. Además, el trabajo con menores con trauma interpersonal repetido necesita poner un mayor énfasis a la alianza terapéutica, dados los problemas de regulación significativos en múltiples dominios que a menudo se complican por los desafíos para establecer una relación terapéutica consistente y de confianza. Del mismo modo la última fase, la fase de consolidación y cierre, suele prolongarse para los jóvenes con traumas complejos ya que a menudo requieren tiempo adicional para aplicar lo que han aprendido en la terapia a sus entornos actuales o nuevos (Cohen et al., 2012). Otro aspecto importante de la fase inicial de la terapia es abordar la seguridad en la fase inicial del tratamiento en lugar de la fase final como viene siendo habitual en la TCC-FT estándar, pues para los jóvenes que viven con amenazas continuas a la seguridad o estabilidad, abordar las preocupaciones de

seguridad se convierte en la primera prioridad de tratamiento y, a menudo, es un proceso continuo a lo largo de la terapia (Cohen, Mannarino y Murray, 2011; Ford y Cloitre, 2009).

Por otro lado, la terapia debe enfocarse más en procesar temas del trauma que en un evento traumático específico debido a la mayor cantidad de incidentes. Así pues, se analizan temas subyacentes al trauma que trascienden y brindan un significado integrador a las experiencias traumáticas del menor y, en todo caso, el terapeuta va tejiendo durante el tratamiento los traumas específicos que el joven experimentó en el tema seleccionado. Además, es importante tener en cuenta que muchos jóvenes no pueden crear una narrativa de trauma totalmente integrada debido a la naturaleza fragmentada y no lineal de recuerdos complejos de trauma. En este sentido, se propone una “narrativa de vida” en vez de una narrativa de un solo trauma. La narración de la vida debe comenzar tan pronto como un niño pueda recordar y continuar secuencialmente hasta el presente, incluidos los temas y eventos traumáticos y no traumáticos, los recursos y las fortalezas, y los pensamientos, sentimientos, situaciones y comportamientos relacionados (Cohen, Mannarino, Kliethermes, y Murray, 2012).

Por último, resaltar que los jóvenes con traumas complejos con frecuencia viven en situaciones caóticas o inestables (por ejemplo, personas sin hogar, con un perpetrador) en las que no se identifica a ningún cuidador para participar en la terapia. En estas situaciones, el terapeuta adopta un enfoque multifacético del componente de crianza. De modo que, en caso de ser posible, el terapeuta localiza a un adulto estable en la vida del joven (por ejemplo, un abuelo, hermano adulto, otro pariente o padre adoptivo anterior) que el joven esté dispuesto a incluir en TCC-FT en la medida que sea favorable dadas las circunstancias (Cohen, Mannarino, Kliethermes, y Murray, 2012).

## **5. OBJETIVOS**

El objetivo principal de presente trabajo es realizar una revisión bibliográfica de los estudios de eficacia de la TCC-FT que se han estado llevando a cabo desde el año 2000 hasta la actualidad en población infantil y adolescente con sintomatología de trauma complejo por maltrato infantil, sea entendido éste como maltrato físico o emocional, abuso sexual o exposición a violencia doméstica.

# MARCO EMPÍRICO

## 6. MÉTODO

Este estudio se trata de una revisión bibliográfica cuyo objetivo es revisar la evidencia en cuanto a la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma (TCC-FT) en el abordaje del trauma complejo en niños, niñas y/o adolescentes, dentro de un marco contextual de abuso o maltrato infantil.

Con el fin de localizar el mayor número de estudios posibles se han llevado a cabo diferentes estrategias de búsqueda. En primer lugar, en junio de 2018, se realizó una exhaustiva búsqueda de la literatura en formato electrónico publicada entre el año 2000 y el 2018 usando las siguientes bases de datos: *PsycNet*, *PubMed* y *Scopus*. En base a los objetivos del estudio se combinaron las siguientes palabras clave presentadas en la Tabla 5.

**Tabla 5. Palabras clave utilizadas para la búsqueda bibliográfica.**

Categorías de búsqueda	Términos de búsqueda
<b>Tipo de sintomatología</b>	“complex ptsd” OR “complex posttraumatic stress disorder” OR “ptsd” OR “posttraumatic stress disorder” OR “trauma complejo” OR “tept complejo” OR “trastorno de estrés postraumático complejo” OR “tept” OR “trastorno de estrés postraumático”
<b>Tipo de población</b>	“child abuse” OR “child maltreatment” OR “abuso infantil” OR “maltrato infantil” OR “intrafamily violence” OR “violencia intrafamiliar”
<b>Objetivo de estudio</b>	“intervention” OR “treatment” OR “intervención” OR “tratamiento”
<b>Modelo terapéutico</b>	“Trauma-focused cognitive behavioral therapy” OR “TF-CBT” OR “Terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma” OR “TCC-FT”

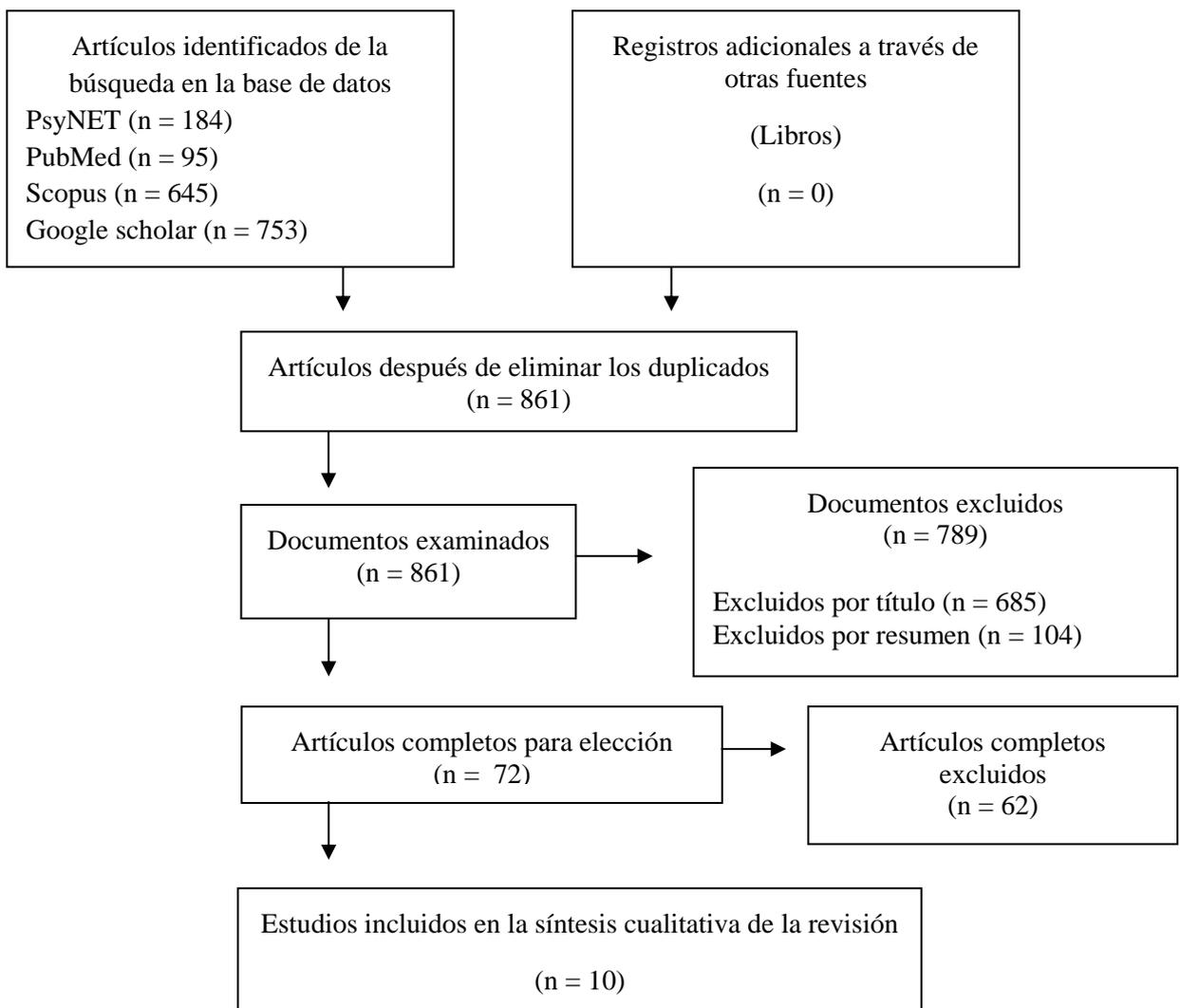
En segundo lugar, se amplió la búsqueda en Internet empleando el buscador de Google especializado en artículos de revistas científicas (*Google scholar* o *Google académico*), haciendo uso de las mismas palabras clave tanto en inglés como en castellano. Por último, se revisaron las referencias de los estudios metaanalíticos encontrados y en las páginas web de referencia, teniendo en cuenta los filtros que se acaban de mencionar. La búsqueda se filtró por referencias publicadas desde el año 2000 hasta el 2018.

Los criterios de inclusión que se establecieron para la selección de los artículos fueron:

1. Estudios cuyo objetivo fuera observar los efectos de la Terapia Cognitivo Conductual-Focalizada en el Trauma.
2. Dirigido a niños y/o adolescentes menores de 18 años que han sufrido alguno o varios tipos de maltrato interpersonal durante el desarrollo (físico, emocional, sexual, negligencia y/o testigos de violencia de género).
3. Estudios experimentales o no experimentales con calidad metodológica.
4. Estudios publicados en inglés o español.
5. Los textos son originales y se permite su descarga completa para su posterior análisis.

De una primera búsqueda bibliográfica se obtuvieron 1.677 documentos. Tras la eliminación de los duplicados resultó un total de 861, de los cuales se seleccionaron 72 trabajos tras realizar una primera selección a través del análisis del título y el resumen. Finalmente se incluyeron 10 artículos para la síntesis cualitativa de la revisión.

**Figura 2. Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de artículos.**



## 7. RESULTADOS

Como se ha comentado con anterioridad, los orígenes de la TCC-FT centraron su foco de atención en el campo del abuso sexual infantil. No obstante, a menudo es frecuente encontrar que menores que sufren abuso sexual también están bajo la victimización de otros tipos de maltrato, conjugándose en cierto modo sintomatología que se aproximaría a lo que nos llega de la mano de las investigaciones de trauma complejo.

**Tabla 6. Características de los estudios basados en la TCC-FT (Modelo Cohen, Mannarino y Deblinger, 2006).**

ESTUDIO	MUESTRA	VERSIÓN TCC-FT	ESCALAS	RESULTADOS
<b>Cohen y cols. (2004)</b>	N=203 8-14 años	TCC-FT estándar (12 ses.)	K-SADS CDI STAIC CAPS CBCL	Mejoras significativas para el grupo TCC-FT en TEPT, depresión y problemas de comportamiento, así como en la confianza interpersonal, la credibilidad percibida y la vergüenza.
<b>Weiner y cols. (2009)</b>	N=133 3-18 años	TCC-FT adaptada a TC	UCLA-PTSD CANS	Mejoras significativas en TEPT, los problemas emocionales y de comportamiento.
<b>Cohen y cols. (2011)</b>	N=30	TCC-FT Adaptada a TC	UCLA-PTSD	Mejoras significativas en los síntomas TEPT, con puntuaciones medias en el índice de TEPT de UCLA.
<b>Waldrop y cols. (2004)</b>	N=1 5 años	Versión TCC-FT 3 módulos (22 ses.)	CBCL TSCYC SCL-90-R ISEL	Mejoras en los síntomas internalizantes (síntomas de ansiedad, depresión y retraimiento), y en menor medida mejorías en disociación y TEPT. No efectos significativos en síntomas externalizantes y quejas somáticas.
<b>Dorsey y cols. (2014)</b>	N=47 6-15 años	TCC-FT estándar vs TCC-FT <i>plus</i>	UCLA-PTSD CBCL CDI BERS	Ambos grupos de tratamiento obtuvieron mejoras en la reducción de síntomas en general, siendo significativos para los síntomas TEPT y los problemas internalizantes, pero no en el caso de síntomas internalizantes y síntomas depresivos.
<b>Murray y cols. (2013)</b>	N=58 5-18 años	Versión TCC-FT (8-23 ses.)	PTSD-RI SHAME	Mejoras significativas para los síntomas TEPT y la vergüenza relacionada con el abuso.

<b>Webb y cols. (2014)</b>	N=72 7-16 años	TCC-FT Estándar (12 ses.)	UCLA-PTSD CBCL	Mejoras en los síntomas de TEPT y en los problemas internalizantes que se mantiene a los 12 meses. Mejoras en problemas externalizantes a los 9 meses, pero no se mantienen a los 12 meses.
<b>Prieto (2016)</b>	N=46 6-16 años	PEDIMET 3 versiones (16-22 ses.)	CDI CBCL CPSS	Reducción de sintomatología de TEPT y los problemas del comportamiento externalizante e internalizante, así como en la mejora global de los síntomas depresivos.
<b>Sachser y cols. (2017)</b>	N=155 7-17 años	TCC-FT Estándar (12 ses.)		Efectos medianos en los síntomas específicos de TEPT complejos en el dominio de la regulación de las emociones y grandes efectos en los dominios del autoconcepto negativo y los problemas interpersonales.
<b>Bartlett y cols. (2018)</b>	N= 842 0-18 años	TCC-TF (21 ses.)	Entrevista CCC UCLA-PTSD / YCPC CBCL CANS	Mejoras significativas en TEPT, problemas de comportamiento, fortalezas y necesidades, que se mantienen en el seguimiento de 6 y 12 meses.

En primer lugar, resaltar el estudio de Cohen y cols. (2004), que consta de ser el primer ensayo de tratamiento controlado aleatorizado para menores víctimas de abuso sexual y otros tipos de maltrato, con una muestra grande y lo suficientemente diversa (con población urbana, suburbana y rural) como para ser considerada representativa (Cohen, Deblinger, Mannarino y Steer, 2004). En dicha investigación se examinó la eficacia diferencial de la TCC-FT y una terapia de apoyo no directiva centrada en el niño (CCT, *Child Centered Therapy*) para tratar sintomatología TEPT y la complejidad de problemas emocionales y de comportamiento asociados. La muestra se compuso de 203 niños y niñas, que tenían entre 8 y 14 años, y sus cuidadores principales no infractores. Todos fueron asignados aleatoriamente a uno de los tratamientos examinados. Cada tratamiento se proporcionó en 12 sesiones individuales semanales para los/as menores y sus respectivos cuidadores. Un terapeuta trató a cada día cuidador-menor en sesiones semanales de 90 minutos, con 45 minutos para cada sesión individual. En tres de las sesiones de la TCC-FT, se proporcionó una sesión conjunta de la día cuidador-menor de aproximadamente 30 minutos, por lo que las sesiones individuales de menores y padres se redujeron a 30 minutos. Los/as menores que recibieron TCC-FT exhibieron mejoras significativamente mayores respecto a aquellos

que recibieron CCT en medidas de TEPT (reexperimentación, evitación e hiperactivación), depresión y problemas de comportamiento, así como en aspectos como la confianza interpersonal, la credibilidad percibida y la vergüenza. Del mismo modo, los padres asignados a TCC-FT en comparación con CCT, informaron mejoras significativamente mayores con respecto a sus propios niveles de depresión, angustia relacionada con el abuso, apoyo de los padres y prácticas de crianza. Cabe resaltar la importancia de este estudio en relación con el trauma complejo ya que el enfoque TCC-FT evaluado parece no sólo reproducir hallazgos previos sobre TEPT, depresión y resultados de síntomas conductuales, sino también resultó ser eficaz a la hora de reducir las atribuciones y la vergüenza relacionadas con el abuso. A los 6 y 12 meses después, se realizó un estudio de seguimiento con 183 participantes de la muestra, donde se observó que los/as menores tratados con TCC-FT tenían significativamente menos síntomas de TEPT y describieron menos vergüenza que los niños que habían sido tratados con CCT. Además, los cuidadores que habían sido tratados con TCC-FT también continuaron informando angustia específica relacionada con el abuso menos grave durante el período de seguimiento respecto a aquellos que habían sido tratados con CCT (Deblinger, Mannarino, Cohen, y Steer, 2006).

Así pues, a pesar de que varios autores ya venían implantando la TCC-FT en menores expuestos a diferentes tipos de trauma interpersonal derivados del abuso sexual (Cohen y Mannarino, 1996, 1997, 1998; Deblinger, McLeer y Henry, 1990; Deblinger, Lippmann, y Steer, 1996, 1999), el maltrato físico (Swenson y Brown, 1999; Grasso, Joselow, Marquez, y Webb, 2011) o la exposición a violencia doméstica (Cohen, Mannarino y Iyengar, 2011), no fue hasta las últimas décadas cuando varios autores hicieron un esfuerzo por adaptar la TCC-FT de manera formal en la intervención con niños, niñas y adolescentes que han sufrido traumas crónicos de carácter interpersonal. Como resultado, Cohen y cols. (2012) publicaron un artículo donde se describen estrategias prácticas para aplicar la TCC-FT estándar (Cohen, Mannarino, y Deblinger, 2006) para jóvenes con trauma complejo, descritas anteriormente (Cohen et al., 2012). En la literatura encontramos dos estudios donde se han llevado a cabo estas adaptaciones de forma rigurosa en población infantil y adolescente con trauma complejo. Por un lado, Weiner y cols. (2009) compararon la TCC-FT adaptada junto con otros dos tratamientos basados en la evidencia con el tratamiento habitual de los Sistemas de Atención (*Systems of Care treatment*, SOC) dentro de un programa de

cuidado de crianza de jóvenes con alto riesgo de interrupción de la colocación debido a problemas de comportamiento externalizante. La muestra se compuso de 133 menores de 3 a 18 años que tenían historia de trauma complejo. Los resultados se evaluaron principalmente mediante la escala de valoración CANS (*Children and Adolescent Needs and Strengths Assessment*), un instrumento multipropósito de valoración de fortalezas y necesidades de niños y adolescentes, y el índice de TEPT de UCLA (UCLA-PTSD Reaction Index). Los tres tratamientos fueron efectivos para reducir los síntomas y mejorar el funcionamiento entre los jóvenes, no obstante comparado con SOC, la TCC-FT condujo a una mejora significativamente mayor en los problemas emocionales y de comportamiento y los síntomas de TEPT y fue significativamente superior en la prevención de la interrupción de la colocación y la fuga (Weiner, Schneider y Lyons, 2009). Por otro lado, Cohen y Mannarino (2011) administraron la TCC-FT a 30 jóvenes con trauma complejo que estaban en hogares de guarda o centros de acogimiento residencial. Los resultados mostraron una mejora significativa en los síntomas TEPT, con puntuaciones medias en el índice de TEPT de UCLA que disminuyó de 52 a 21 ( $p < .01$ ) (Cohen y Mannarino, 2011).

Asimismo, podemos observar estudios donde la TCC-FT se ha modificado para adaptarse a las circunstancias particulares de los/as menores que lidian con características clínicas complejas. Por ejemplo, Waldrop y Arellano (2004), realizaron un estudio de caso único implantando una versión modificada de la TCC-FT a partir del tratamiento cognitivo-conductual que Swenson y Brown (1999) habían diseñado para la atención al abuso físico (Swenson y Brown, 1999), en base a modelos de intervención previos (Berliner y Saunders, 1996; Deblinger y Heflin, 1996). El programa original consta de una intervención grupal dirigida a niños de 8 a 12 años, que se organiza en 3 módulos centrados en el trabajo específico del trauma, el manejo de la ira, y el entrenamiento en habilidades sociales. El estudio de Waldrop y de Arellano (2004) se llevó a cabo con un niño afroamericano de 5 años que había experimentado abuso físico y emocional crónico y severo por parte de su padre (Waldrop y de Arellano, 2004). Los componentes del tratamiento se modificaron cuando se creyó conveniente, adaptando las estrategias a la edad evolutiva del menor. Además, la intervención fue seis sesiones más larga que la descrita en el manual de Swenson (1996), con sesiones adicionales destinadas a abordar problemas específicos del caso (22 sesiones en vez de 16). Se observaron mejoras en los síntomas internalizantes (síntomas de ansiedad, depresión y

retraimiento), y en menor medida mejorías en disociación y TEPT, en las medidas postratamiento y durante el seguimiento. No obstante, no se observaron efectos significativos en cuanto a los síntomas externalizantes y las quejas somáticas.

Frecuentemente, los/as menores con trauma complejo viven en acogimientos residenciales o familias de acogida. Por ello, varios estudios han aplicado la TCC-FT en este tipo de contextos añadiendo las modificaciones necesarias a la terapia estándar. Dorsey y cols. (2014) llevaron a cabo un ECA con menores en situación de acogimiento familiar para examinar el impacto de la TCC-FT en combinación con estrategias de participación basadas en la evidencia sobre la participación los padres de acogida en el tratamiento de jóvenes con historial de trauma complejo (Dorsey et al., 2014). Un total de 47 niños, niñas y adolescentes, de 6 a 15 años, y uno de sus cuidadores de crianza temporal fueron asignados aleatoriamente a una de las dos condiciones de tratamiento (TCC-FT estándar o a TCC-FT *plus*). Los resultados mostraron que ambos grupos de tratamiento obtuvieron mejoras en la reducción de síntomas en general, siendo estadísticamente significativos para los síntomas TEPT y los problemas internalizantes, pero no en el caso de síntomas internalizantes y síntomas depresivos. Por otro lado, pese a que no había diferencias significativas según la condición de tratamiento, los análisis exploratorios sugirieron que las estrategias específicas llevadas a cabo en TCC-FT *plus* aumentan las probabilidades de mantenerse y finalizar el tratamiento. Resultados similares se obtuvieron en estudios anteriores del mismo grupo de estudio (Dorsey, Cox, Conover, y Berliner, 2012), revelando la importancia de complementar el tratamiento mediante estrategias que atiendan a las necesidades del acogimiento familiar.

La implementación de la TCC-FT también ha sido investigada para adaptarse a países en desarrollo con pobres recursos económicos, que a menudo se caracterizan por situaciones de riesgo psicosocial y poca posibilidad de atención a la salud mental. Murray y cols. (2013) llevaron a cabo un proyecto en Zambia en colaboración con una organización no gubernamental (ONG) para administrar una adaptación de la TCC-FT a 58 menores huérfanos, con edades comprendidas entre los 5 y los 18 años, que habían experimentado abuso sexual y exposición a violencia doméstica, entre otros tipos de traumas (Murray et al., 2013). Se realizó una serie de modificaciones culturales a lo largo del proceso de implementación, conceptualizadas en general como adaptaciones en la técnica en lugar de conceptos básicos. Las adaptaciones iniciales incluían la

simplificación de la jerga psicológica y la enumeración de tareas paso a paso para cada componente. A menudo se incluyeron sistemas familiares grandes, con múltiples cuidadores diferentes involucrados en diferentes puntos del tratamiento (por ejemplo, madre, tía o abuela). Los resultados mostraron una mejora significativa en la gravedad de los síntomas de TEPT y los síntomas de vergüenza. Además, estos hallazgos sugieren que es factible integrar modelos de salud mental basados en la evidencia en programas dirigidos por una ONG que se adapten a las necesidades de países con recursos limitados.

No obstante, también encontramos estudios posteriores a la publicación de Cohen y cols. (2012) acerca de las adaptaciones de TCC-FT para traumas complejos que utilizan la TCC-FT dirigida a tal población aunque aparentemente sin las modificaciones indicadas (Cohen et al., 2012). Por ejemplo, Webb, Hayes, Grasso, Laurenceau y Deblinger (2014) examinaron la eficacia de la TCC-FT en el tratamiento del TEPT en entornos comunitarios (Webb, Hayes, Grasso, Laurenceau, y Deblinger, 2014). La muestra estaba formada por 72 menores, que tenían entre 7 y 16 años, con una historia de trauma complejo (abuso físico o sexual, pérdida traumática, violencia doméstica o de la comunidad). En promedio, los/as menores recibieron 10 sesiones de TCC-FT: fase inicial de psicoeducación/desarrollo de habilidades (sesiones 1-4); fase narrativa (sesiones 5-10); y fase final del tratamiento (sesiones 11-final del tratamiento). Los resultados mostraron una reducción significativa de los síntomas de TEPT mediante el índice de TEPT de UCLA, así como reducciones significativas en problemas de internalización desde los 3 hasta los 12 meses. Respecto a los síntomas externalizantes, se hallaron disminuciones significativas hasta los 9 meses, pero a los 12 meses ya no fueron significativas. Los autores concluyeron que la TCC-FT se puede implementar de manera efectiva en entornos comunitarios, ya que su aplicación provoca mejoras en los síntomas de TEPT y en los problemas internalizantes y externalizantes, incluso al año de seguimiento, aunque los cambios en el comportamiento externalizante parecen ser menos estables.

Por otro lado, Sachser y cols. (2017) fueron los primeros en investigar las posibles diferencias en la respuesta al tratamiento entre el TEPT y el TEPTC con respecto a la misma intervención en niños y adolescentes, por lo que se aplicó la TCC-FT estándar (Cohen et al., 2006). No obstante, uno de los principales objetivos de su estudio fue investigar la respuesta a la TCC-FT en niños y adolescentes con TEPTC en términos de

reducción de los síntomas de TEPT pero con especial atención a los síntomas de desregulación de la emoción, autoconcepto negativo y problemas interpersonales propuestos para la CIE-11 (Sachser, Keller, y Goldbeck, 2017). Los participantes en el estudio fueron 155 niños, niñas y adolescentes de entre 7 y 17 años y sus respectivos cuidadores no infractores. Los participantes recibieron 12 sesiones semanales paralelas o conjuntas de 90 minutos con los cuidadores durante un período de aproximadamente 4 meses. Los resultados mostraron que a pesar de no encontrar diferencia en la tasas de respuesta para ambas categorías, TEPT y TEPTC, los/as menores con TEPTC mostraron estadísticamente más nivel de sintomatología TEPT al comienzo y al final del tratamiento. Además, se observó que la TCC-FT tuvo efectos medianos en los síntomas específicos de TEPT complejos en el dominio de la regulación de las emociones y grandes efectos en los dominios del autoconcepto negativo y los problemas interpersonales.

Recientemente, Bartlett y cols. (2008) han publicado un estudio que examina la efectividad de tres tratamientos (ARC, CPP o TCC-FT) en menores con trauma complejo en el contexto de una iniciativa de bienestar infantil (Bartlett et al., 2018). El estudio utilizó una muestra de conveniencia compuesta por un total de 842 niños, niñas y adolescentes que fueron asignados a uno de los tres tratamientos: 44.89% (n = 378) recibieron ARC, 35.99% (n = 303) recibieron TCC-FT, y 18.76% (n = 158) recibieron CPP. La edad de los niños varió desde los 0 a los 18 años, con una edad promedio de 9.14 años al momento de la inscripción. Casi una cuarta parte residió en hogares de crianza (23.63%). En el artículo no se señala si la TCC-FT ha sido adaptada para la población con trauma complejo (Cohen et al., 2012), aunque el número de sesiones promedio es de 21 frente a las 12 habituales, por lo que queda implícita cierta flexibilidad a la hora de administrar la terapia. Se realizaron evaluaciones al inicio del tratamiento y a los 6 y 12 meses, para evaluar los problemas de comportamiento mediante el CBCL, los síntomas TEPT mediante el índice de TEPT de UCLA (7-18 años) o la lista de control de TEPT YCPC (1-6 años), y las fortalezas y necesidades mediante la escala CANS. Los resultados indicaron que todos los tratamientos produjeron mejoras significativas en los problemas de comportamiento infantil, síntomas de TEPT, fortalezas y necesidades. Sin embargo, los resultados difieren según el modelo de tratamiento, con resultados más beneficiosos para los niños que participaron en ARC y TCC-FT. Mientras que se encontraron hallazgos positivos para

CPP para internalización y problemas de comportamiento total a los 6 meses, los resultados demostraron que ARC y TCC-FT predijeron reducciones significativas en los problemas de comportamiento infantil en todos los dominios en ambos momentos (a los 6 y 12 meses). Del mismo modo, se encontraron efectos diferenciales en los síntomas del TEPT, siendo los/as menores de los grupos ARC y TCC-FT los que tuvieron mejores resultados para la reexperimentación, la excitación y la gravedad a los 6 y 12 meses. Cabe resaltar, que sólo la TCC-FT se asoció con mejoras en la evitación/entumecimiento. Los resultados para los niños más pequeños fueron mixtos. Los niños en ARC y TCC-FT mostraron menos evitación /entumecimiento, excitación y deterioro funcional a los 6 meses, y aquellos en ARC tuvieron menos síntomas de reexperimentación. No obstante, la TCC-FT fue la única en asociarse con disminuciones de los síntomas de TEPT en el seguimiento de 12 meses. Los hallazgos sobre las fortalezas y necesidades de variaron de manera similar según el modelo. En el grupo de niños y niñas más pequeños se observaron mejorías significativas para ARC y TCC-FT, pero sólo los/as menores en TCC-FT tuvieron mejoría en fuerza y recursos a los 6 meses. Los resultados para los niños y niñas más mayores fueron similares, excepto que tanto en ARC como en TCC-FT tuvieron mayores fortalezas/recursos a los 6 meses, aunque con cierto beneficio a favor del grupo TCC-FT. En general, las mejoras más pronunciadas se produjeron entre los niños, niñas y adolescentes a los que se les administró la terapia ARC o la TCC-FT.

En España, encontramos que la investigación y puesta en marcha de tratamientos psicológicos destinados a niños, niñas y adolescentes expuestos a lo que hemos descrito como trauma complejo, está siendo llevado cabo principalmente por el Grupo Universitario de Investigación en Infancia y Adolescencia-Psicología Clínica (GUIIA-PC) de la Universidad de Murcia, conducido por la Dra. Concepción López-Soler. Este grupo diseñó el protocolo de tratamiento PEDIMET (Proyecto de Evaluación, Diagnóstico e Intervención en Menores Tutelados) basado en la TCC-FT, adaptado para menores tutelados por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en situación de acogimiento residencial o familiar (López-Soler, Martínez, Garriga et al., 2007; Martínez et al., 2008). En la literatura podemos encontrar los resultados de estudios piloto donde se ha probado la eficacia de dicho protocolo en menores tutelados con sintomatología postraumática (Alcántara y López-Soler, 2008; López-Soler, Castro, y Fontcuberta, 2012; López-Soler, Castro y Parreño, 2012; López-Soler et al., 2011). No

obstante, hasta hace muy pocos años no existía en nuestro país un estudio experimental que analizara la eficacia de los enfoques de terapia basados en la TCC y la TCC-FT para este tipo de población. Los hallazgos del primer estudio empírico vienen de la mano de Prieto Larrocha, M. (2016) con la publicación de los resultados de sus tesis doctoral dirigida a probar la eficacia del protocolo PEDIMET en menores víctimas de maltrato intrafamiliar grave en situación de acogimiento residencial o familiar con un diseño experimental. Se probó la eficacia de tres versiones del protocolo pertenecientes al enfoque de cognitivo-conductual (TCC). De acuerdo al modelo TCC-FT desarrollado por Cohen y cols. (2006), dos de los protocolos están focalizados en el trauma, PEDIMET-FT y su versión abreviada PEDIMET-FT-ABR, con 7 y 5 módulos de intervención respectivamente. Estas dos condiciones de tratamiento se adaptaron a la población de estudio de tal manera que en ninguna de ellas se introdujo el componente de trabajo parental del protocolo original, que fue sustituido sólo en la versión completa, PEDIMET-FT, por un módulo basado en la reconstrucción de la identidad personal. Por otro lado, la versión de tratamiento restante está focalizada en las emociones (PEDIMET-FE) y se compone por 4 módulos, aunque incorpora una técnica basada en la narración del trauma. La muestra final estuvo compuesta por 46 menores tutelados, de edades comprendidas entre 6 y 18 años, que habían experimentado maltrato familiar grave y crónico. En todas las condiciones de tratamiento los/as menores recibieron entre 16 y 22 sesiones, de acuerdo con lo que los autores recomiendan para poblaciones que han sufrido traumas crónicos (Cohen et al., 2012; Kliethermes y Wamser, 2012) y se elaboraron dos versiones en función del tramo de edad al que pertenecían los/as menores, de 6 a 11 años o de 12 a 16 años. Los resultados muestran que las tres condiciones de tratamiento aplicadas (PEDIMET-FT, PEDIMET-FT-ABR y PEDIMET-FE) son eficaces en la reducción de sintomatología de TEPT y los problemas del comportamiento externalizante e internalizante, así como en la mejora global de los síntomas depresivos. De las tres condiciones, destaca diferencialmente el tratamiento PEDIMET-FT por provocar cambios muy significativos en la reducción de la autoestima negativa de los/as menores (Prieto, 2016).

## **8. DISCUSIÓN**

### **8.1. Conclusiones de la adaptación de la TCC-FT para Trauma Complejo**

La TCC-FT es la práctica más investigada para el tratamiento de niños/as y adolescentes expuestos a eventos traumáticos (Cohen et al., 2010). Su robustez empírica se ha ganado un lugar en el Registro Nacional de Prácticas y Programas Basados en la Evidencia ([nrepp.samhsa.gov](http://nrepp.samhsa.gov)), y la Red Nacional de Estrés Traumático Infantil (NCTSN: [www.nctsn.org](http://www.nctsn.org)) ha dotado de recursos y motivado la diseminación del modelo de tratamiento. Por lo tanto, parece sensato indagar en las diferentes vertientes y posibilidades que un modelo terapéutico tan bien respaldado puede esclarecer para abordar las necesidades psiquiátricas y psicológicas de los jóvenes con trauma complejo.

Uno de los objetivos principales del presente trabajo ha sido observar los efectos que las adaptaciones de la TCC-FT estándar tienen sobre la población infantil y adolescente con trauma complejo. A grandes rasgos, podemos observar que del total de estudios todos ellos han ajustado la terapia original a las características de la población de estudio, salvo el estudio de Cohen y cols. (2004) que es anterior a las adaptaciones que el mismo grupo sugerirá después (Cohen et al., 2012) y otras dos investigaciones (Webb et al., 2014; Sachser et al., 2017) que han mantenido el trabajo con la TCC-FT estándar. Normalmente, los terapeutas dedican aproximadamente el mismo número de sesiones a cada una de las 3 fases de tratamiento TF-TCC (es decir, un tercio de sesiones para habilidades de afrontamiento, otro para narración y procesamiento del trauma, y otro para consolidación del tratamiento y cierre). Sin embargo, los jóvenes con trauma complejo tienen problemas de regulación significativos en múltiples dominios y estos módulos a menudo se complican por los desafíos que supone establecer una relación terapéutica consistente y de confianza (Cook et al., 2005). Una de las sugerencias para adaptar el modelo TCC-FT original (Cohen et al., 2006) a los traumas complejos es aumentar el número de sesiones hasta un total de 25, pudiendo llegar a 30 de ser necesario, y modificar la proporcionalidad del tratamiento para dedicar aproximadamente la mitad de las sesiones de tratamiento total a la fase de desarrollo de habilidades de afrontamiento, poniendo en ésta especial hincapié en la mejora de la seguridad (Cohen, Mannarino, Kliethermes, & Murray, 2012). Sin embargo, Webb y cols. (2014) detallan que utilizaron un total aproximado de 12 sesiones, entre las cuales

el 100% de las sesiones incluidas en la fase introductoria del tratamiento se centraron en la psicoeducación, la expresión afectiva y las habilidades de modulación, y la mejora de la seguridad estuvo presente durante todo el tratamiento aunque concentrándose sobre todo en las sesiones finales (Webb et al., 2014). Del mismo modo, Sachser y cols. (2017) dedicaron las primeras cuatro sesiones del formato original a la fase inicial del tratamiento, argumentando que una estabilización más prolongada puede retrasar el procesamiento del trauma, que se considera un medio poderoso por el cual los pacientes con TEPT superan sus síntomas de estrés (Sachser et al., 2017). Estos datos sugieren que los terapeutas administraron los componentes de la TCC-FT en la secuencia correcta de acuerdo con el manual estándar (Cohen et al., 2006), pero a su vez llevan a la reflexión de si se ha garantizado una flexibilidad adecuada para abordar las necesidades terapéuticas de la sintomatología compleja.

Por otro lado, podemos observar que el resto de estudios examinados sí han realizado de una forma u otra las adaptaciones de la TCC-FT que han considerado oportunas según las circunstancias. En primer lugar, la mayoría de estos estudios han ampliado el rango de sesiones de terapia a un promedio de entre 20 y 25 sesiones. En segundo lugar, en función de las circunstancias contextuales de los/as menores, se han modificado o añadido módulos de tratamiento destinados a paliar o fortalecer diferentes aspectos. Por ejemplo, los jóvenes que viven en hogares de acogida frecuentemente dudan en incluir a sus padres de crianza en terapia porque no confían en este cuidador y no quieren compartir con ellos detalles de su vida pasada (Cohen et al., 2012). El estudio de Dorsey y cols. (2014) muestra el esfuerzo realizado por adaptar la TCC-FT original para incluir a los padres adoptivos en la intervención. Sus resultados sugieren que este tipo de adaptaciones mejoran la comprensión de la fenomenología del trauma complejo en los padres adoptivos en beneficio de sus actitudes y conductas de apoyo hacia los/as menores (Dorsey et al., 2012; Dorsey et al., 2014). Weiner y cols. (2009) destinaron energía en incluir un cuidador sustituto y otro miembro de la familia de acogida dispuesto a participar cuando los padres adoptivos no estaban disponibles. Además, en el caso de los/as menores que tenían un objetivo de reunificación familiar, el terapeuta trabajó tanto con el padre de crianza como con el padre biológico para facilitar el proceso (Weiner et al., 2009). Del mismo modo, es importante señalar las adaptaciones realizadas en nuestro país por el grupo de trabajo GUIIA-PC para menores en acogimiento residencial o familiar. Mediante las versiones de protocolo PEDIMET, se

consideró la necesidad de trabajar aspectos que favorecieran una reconstrucción de la identidad personal más positiva mediante la inclusión de un novedoso módulo de tratamiento denominado *Reconstrucción de la Identidad Personal*, dado el conocimiento de que los/as menores que podrían haber sufrido situaciones de abandono, rechazo o agresión principalmente de la mano de sus figuras de referencia y protección, eran más vulnerables a la hora de desarrollar problemas de autoconcepto y autoestima negativos (Prieto, 2016). Además, otro aspecto a destacar del grupo de trabajo GUIIA-PC, es el innovador empleo de la realidad virtual mediante la cual, entre otras actividades, se ha desarrollado una técnica llamada *libro de la vida*, destinada a facilitar la narración e integración de los acontecimientos traumáticos (Prieto, 2016), en relación a las propuestas anteriores de una “narrativa de vida” en vez de una narrativa de un solo trauma (Cohen et al., 2012).

En general, independientemente de las versiones de la TCC-FT que los autores han implantado, los resultados de todos los estudios examinados nos informan de la efectividad de la TCC-FT para la reducción de síntomas de TEPT, y en mayor o menor medida reducciones significativas para problemas internalizantes y externalizantes, en menores con psicopatología asociada al concepto de trauma complejo. No obstante, el perfil de síntomas del TEPTC en menores refiere la pérdida de competencias emocionales, sociales, cognitivas y psicológicas que no se desarrollaron correctamente o que se deterioraron debido a la exposición prolongada a un trauma crónico (Herman, 1992; Cook et al., 2005), por lo que su tratamiento enfatiza no sólo la reducción de los síntomas psiquiátricos y psicológicos, sino también la mejora de las capacidades funcionales clave para la autorregulación y el fortalecimiento de los recursos psicosociales y ambientales (Cloitre et al., 2011). En este sentido, es de destacar únicamente algunos de los estudios, sin intención de despreciar los hallazgos obtenidos con esfuerzo del resto de investigaciones, sino por poder comentarlos desde esta revisión por haber detallado en su publicación de forma explícita el efecto de la TCC-FT sobre estas dimensiones. Así pues, parece que la TCC-FT resulta eficaz para mejorar aspectos como la confianza interpersonal, la credibilidad percibida y la vergüenza (Cohen et al., 2004), la disociación (Waldrop y de Arellano, 2004), la regulación de las emociones, el autoconcepto negativo y los problemas interpersonales (Sachser et al., 2017), y la autoestima negativa (Prieto, 2016).

Una de las limitaciones que es común a todos los estudios examinados es la falta de un grupo control sin tratamiento. Por cuestiones de talante ético se hace difícil la inclusión de dicho grupo. De modo que, a priori sin un grupo control de comparación, no se puede determinar si los hallazgos fueron resultado de las diferentes versiones de tratamiento TCC-FT o si los efectos observados se deben a otros factores. Otra de las limitaciones es que, incluso aunque pudiéramos haber contado con estudios que incorporasen un grupo control que determinase la efectividad de la terapia, no podríamos entonces afirmar que esos efectos se dan particularmente en menores con TEPTC. La mayoría de estudios con los que se ha trabajado en esta revisión han incluido menores con TEPT y síntomas comórbidos. Por lo tanto, a falta de una rigurosidad diagnóstica, podemos observar que en base a toda la información expuesta sobre la investigación psicopatológica estos menores tienen un perfil de trauma complejo pero no podemos hacer rotundidades de carácter científico.

## **8.2. Implicaciones clínicas**

Esta revisión bibliográfica refleja de algún modo las consecuencias de la ausencia de un consenso internacional capaz de proporcionar robustez empírica al diagnóstico formal de TEPTC. Sin un acuerdo que permita su presencia en los manuales diagnósticos de referencia (DSM y CIE), la regulación de las características de inclusión de los participantes y los objetivos de las investigaciones de eficacia de tratamiento en lo que, de forma cada vez más creciente, se conoce como trauma complejo, el establecimiento de un tratamiento basado en la evidencia se hace inverosímil. Dicho de otra manera, nos encontramos en una situación en la que por el momento no hablamos el mismo idioma. Mientras que varios autores se esfuerzan por distinguir un constructo unitario que englobe el trauma complejo, ya sea mediante la etiqueta TEPTC o DESNOS (Pelcovitz et al., 1997), otros muchos autores no hacen uso de este tipo de clasificaciones bien sea por desconfianza de su validez científica (Resick et al., 2012), o bien por desconocimiento de su existencia.

Como consecuencia, sin posibilidad de hacerlo de otra manera, podemos observar en la literatura que las investigaciones que pretenden poner a prueba la eficacia de intervenciones que ayuden a niños, niñas y adolescentes con una muy aproximada sintomatología de trauma complejo, en la mayoría de ocasiones, lo realizan mediante criterios de inclusión diagnósticos de TEPT con síntomas emocionales y

comportamentales asociados. A su vez, per se estos criterios de inclusión condicionan la evaluación de la sintomatología de los participantes. Para la evaluación y diagnóstico de TEPTC en adultos se vienen realizando estudios psicométricos de instrumentos específicos para el trauma complejo con hallazgos prometedores. En la literatura podemos encontrar *Structured Interview for Disorders of Extreme Stress* (SIDES; Pelcovitz et al., 1997) o *The Complex Trauma Questionnaire* (ComplexTQ; Vergano, Marco, y Speranza, 2015), y en especial *The International Trauma Questionnaire* (ICD-ITQ) (Karatzias et al., 2016), que se desarrolló para la evaluación de los diagnósticos de TEPT y TEPTC de la CIE-11. No obstante, no son instrumentos empíricamente validados y mucho menos tienen en cuenta las características de la población infantil y adolescente. Esta falta de un marco empírico válido lleva a los investigadores, como se puede observar mediante esta revisión, a utilizar medidas más generales como el Índice de reacción del Trastorno de Estrés Postraumático de la Universidad de California, Los Ángeles *Posttraumatic Stress Disorder-Reaction Index* (UCLA PTSD-RI; Pynoos, Rodriguez, Steinberg, Stuber, y Frederick, 1998) y otros instrumentos para evaluar los sintomatología asociada como síntomas depresivos mediante *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1992) y problemas internalizantes y externalizantes a través de *The Internalizing and Externalizing Scales of the Child Behavior Checklist School-aged version* (CBCL; Achenbach, 1991; Achenbach y Rescorla, 2001), con el riesgo de relegar a un segundo plano e incluso pasar por alto otro tipo de síntomas complejos como la desregulación de diversos dominios, que en última instancia son las características diferenciales del trauma complejo (Herman, 1992; Cook et al., 2005). El estudio de Sachser y cols. (2017) es el único que trabaja en los criterios diagnósticos de inclusión mediante la nueva categoría de TEPT propuesta en la CIE-11 (Sachser et al., 2017). Su estudio, a pesar de distinguir empíricamente el TEPT del TEPTC en niños/as y adolescentes utilizando el análisis de clase latente, sugiere que la etiqueta diagnóstica de TEPT para intervenir en síntomas complejos de estrés postraumático en menores no necesariamente contribuiría a las decisiones de tratamiento diferencial. En sus conclusiones destacan que independientemente de si los/as menores presentan sólo síntomas centrales del TEPT o si presentan síntomas más complejos y más severos, se benefician de un formato estándar de TCC-FT. Aunque cabe resaltar que los/as menores con TEPTC mostraron más nivel de sintomatología TEPT al comienzo y al final del tratamiento, de acuerdo con investigaciones previas que sugieren que los múltiples

traumas y niveles más altos de síntomas internalizantes y depresivos en el pretratamiento se relacionaron positivamente con el número total de síntomas de TEPT en el postratamiento (Deblinger, Mannarino, Cohen, y Steer, 2006; Mannarino, Cohen, Deblinger, Runyon, y Steer, 2012).

### **8.3. Limitaciones**

Este trabajo es una síntesis de la información científica disponible que incrementa la validez de las conclusiones de los estudios al mismo tiempo que identifica áreas de incertidumbre en las que se considera necesario seguir investigando. No obstante, una de sus limitaciones es que precisamente por ser una revisión bibliográfica y no un metaanálisis, no se han realizado análisis de tipo cuantitativo que en su caso podrían haber facilitado la comprensión acerca del efecto de la TCC-FT con mayor precisión y rigurosidad.

Por otro lado, el hecho de centrarnos en un solo tipo de intervención, la TCC-FT, tiene como consecuencia el riesgo de dejar fuera otro tipo de intervenciones que cuyas características podrían estar jugando un papel clave en el desarrollo del tratamiento del trauma complejo. De esta manera, cabe resaltar el modelo de Briere y Lanktree (2008) diseñado específicamente para la población infantil y adolescente con trauma complejo (*Integrative Treatment of Complex Trauma, ITCT*; Lanktree y Briere, 2008b; Briere y Lanktree, 2008), así como el modelo de Arvidson (2011) que trabaja con esta población desde un enfoque centrado en el apego (*The Attachment, Self Regulation, and Competency, ARC*; Arvidson et al., 2011).

Por último, cabe hacer explícito las dificultades que se han presentado a la hora de realizar la búsqueda bibliográfica y que han podido afectar en la rigurosidad de la selección de los artículos. Al realizar la búsqueda en base a *sintomatología de trauma complejo*, se han hallado artículos que trabajan con esta terminología particularmente, pero también se han incluido artículos que han utilizado la formulación de TEPT y sintomatología comórbida y se han interpretado de forma subjetiva como potenciales víctimas de un trauma complejo. Así pues, las conclusiones de esta revisión han de ser tomadas con cautela y como una aproximación hacia la investigación científica en la intervención en menores con síntomas de trauma complejo.

#### 8.4. Futuras direcciones

Cuando hablamos de TEPTC, habitualmente se hace referencia a la sintomatología compleja que personas adultas tienen como consecuencia del desarrollo de un trauma complejo infantil (Cloitre et al., 2011). Esta revisión bibliográfica se ha realizado en base principalmente a información general sobre el concepto de trauma complejo y el respectivo constructo diagnóstico TEPTC a falta de otro tipo de apoyos teóricos. No obstante, se ha venido sugiriendo un diagnóstico alternativo a TEPTC para capturar el espectro de los síntomas en niños/as y adolescente de forma específica que pueda servir como guía diagnóstica en ese mismo momento vital. De esta manera, van der Kolk (2005) propuso la creación de un diagnóstico nuevo, el *Trastorno del Trauma del Desarrollo* (Developmental Trauma Disorder, DTD), con áreas generales de deterioro y malestar que describe de forma específica las características en población infantil y adolescente (van der Kolk, 2005), que ha sido apoyado por diversos autores (Cook et al., 2005; López-Soler, 2008; López-Soler, Castro y Daset et al., 2008) así como por la National Child Traumatic Stress Network (NCTSN), que trató de establecer un consenso sobre los criterios propuestos para el DTD. Existen investigaciones que apoyan la utilidad clínica del DTD como una construcción diagnóstica distinta y un marco integrador para la evaluación clínica y el abordaje terapéutico, enfocado en mejorar la autorregulación en jóvenes con historiales de trauma complejo (Ford, 2017). No obstante, aunque la definición propuesta de DTD intenta abordar todas estas cuestiones, las herramientas de evaluación asociadas aún no se han desarrollado (Denton, Frogley, Jackson, John, y Querstret, 2017) ni tampoco se ha incluido la propuesta diagnóstica en la versión de la CIE-11 que recientemente ha sido publicada para permitir a los Estados Miembros prepararse para su implementación (WHO, 2018)

No obstante, todas estas cuestiones sirven para poner de manifiesto que si se llegara a establecer de forma sólida los diagnósticos de TEPTC y DTD, para adultos y menores respectivamente, la investigación futura podría hacer hincapié en valorar los mecanismos subyacentes (moderadores y mediadores) de la TCC-FT estándar que funcionan con éxito en estos/as menores. En población específica de casos de abuso sexual infantil, por ejemplo, investigadores realizan estudios de desmantelamiento para vislumbrar cuántas sesiones de TCC-FT se deben administrar para lograr la eficacia clínica así como valorar si el componente narrativo de trauma (NT) es esencial (Deblinger, Mannarino, Cohen, Runyon, y Steer, 2011). Los resultados de estos estudios

muestran que el componente NT parece ser particularmente importante para reducir de manera efectiva y eficiente el miedo y la ansiedad general relacionados con el abuso del menor, así como para aliviar la angustia específica de los cuidadores en relación con el abuso y que, por otro lado, 16 sesiones de tratamiento TCC-FT sin el componente TN parecen conducir a una mayor mejoría con respecto a las prácticas de crianza y menos externalización de los problemas de comportamiento infantil.

Además, se podría empezar a determinar otras características clave que pudieran incorporarse formalmente a la TCC-FT para realizar una versión adaptada a la población infantil y adolescente con trauma complejo con la suficiente robustez como para ser objeto de investigaciones más amplias y diversas capaces de evaluar su efectividad y viabilidad en diversos contextos culturales. En el último año, Deblinger y sus colegas (2017) han publicado un estudio enfocado en la observación de diferentes aspectos de la resiliencia personal de menores afectados por abuso sexual infantil en tratamiento con la TCC-FT (Deblinger, Pollio, Runyon, y Steer, 2017). Es el primer estudio en informar resultados que sugieren que la TCC-FT también parece conducir a mejoras significativas entre los jóvenes en términos de resiliencia personal. Más específicamente, los jóvenes informaron sentimientos significativamente mayores de dominio y relación emocional, y redujeron la reactividad emocional a los factores estresantes después de completar TCC-FT.

## **9. CONCLUSIÓN**

Dada la creciente investigación que documenta los riesgos severos y duraderos asociados con el desarrollo de un trauma complejo (Cloitre et al., 2009; Ford, 2017), es fundamental que proporcionemos a los niños, niñas y adolescentes que lo sufren el tratamiento más efectivo tan pronto como sea posible. Los resultados de esta revisión bibliográfica sugieren que la TCC-FT modificada de acuerdo a las necesidades de los/as menores con trauma complejo es digna de inversiones estatales, autonómicas y locales para mejorar el ajuste de los niños expuestos a traumas crónicos y disminuir la probabilidad de un funcionamiento deficiente más adelante en la vida.

Finalmente, se espera que este trabajo aporte conocimiento del contexto en el que se encuentra el trauma complejo a los profesionales del ámbito de la salud y sirva de apoyo a los autores interesados en la materia para aunar esfuerzos que dejen patente la necesidad de incluir el diagnóstico DTD en los manuales diagnósticos de referencia, ya

que incluye la amplia gama de secuelas psicológicas resultantes de la exposición a traumas complejos y dan esperanza para la conceptualización y su respectivo abordaje terapéutico (Courtois et al., 2009). A pesar de que no se pueden establecer conclusiones de causalidad, los hallazgos de este estudio se pueden tener en cuenta como fuente exploratoria, que se suma a un creciente cuerpo de literatura que sugiere fuertemente la necesidad de políticas y prácticas que fomenten la investigación científica del trauma complejo infantil y adolescente, así como el financiamiento para apoyar servicios de salud mental y bienestar infantil que trabajen con este tipo de población.

## BIBLIOGRAFÍA

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T. M., y Rescorla, L. A. (2001). Manual for the Achenbach system of empirically based assessment school-age forms profiles. *Burlington, VT: Aseba*.
- Alcántara, M.V., y López-Soler, C. (2008). *Eficacia de un tratamiento psicológico cognitivo-emocional-comportamental focalizado en el trauma en infancia maltratada* (Tesina predoctoral). Universidad de Murcia, Murcia.
- Allen, B., Gharangozloo, L., y Johnson, J. C. (2012). Clinician knowledge and utilization of empirically-supported treatments for maltreated children. *Child Maltreatment, 17*, 11-21.
- Allenn, B., y Kronenberg, M. (2014). *Treating Traumatized Children: A Casebook of Evidence-Based Therapies*. Guilford Publication.
- American Academy of Child y Adolescent Psychiatry. (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry, Suppl. 10*, 4S-26S.
- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Pub.
- Arvidson, J., Kinniburgh, K., Howard, K., Spinazzola, J., Strothers, H., Evans, M., ... y Blaustein, M. E. (2011). Treatment of complex trauma in young children: Developmental and cultural considerations in application of the ARC intervention model. *Journal of Child y Adolescent Trauma, 4*(1), 34-51.
- Banyard, V. L., Williams, L. M., y Siegel, J. A. (2001). The long-term mental health consequences of child sexual abuse: an exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 697-715.
- Barker-Collo, S., y Read, J. (2003). Models of response to childhood sexual abuse: Their implications for treatment. *Trauma, Violence and Abuse, 4*, 95-111.
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., y Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health, 58*(3), 469-483.

- Bartlett, J. D., Griffin, J. L., Spinazzola, J., Fraser, J. G., Noroña, C. R., Bodian, R., . . . Barto, B. (2018). The impact of a statewide trauma-informed care initiative in child welfare on the well-being of children and youth with complex trauma. *Children and Youth Services Review*, 84, 110-117.
- Berliner, L., y Saunders, B. E. (1996). Treating fear and anxiety in sexually abused children: Results of a controlled 2-year follow-up study. *Child Maltreatment*, 1(4), 294-309.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Nueva York: Basic Books.
- Briere, J, y Lanktree, C. B. (2008). *Integrative Treatment for Complex Trauma in Adolescents (ITCT-A): A Guide for the Treatment of Multiply-Traumatized Youth*. Long Beach, CA: MCAVIC-USC Child and Adolescent Trauma Program, National Child Traumatic Stress Network, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services.
- Briere, J. (1987). Post-sexual abuse trauma: Data and implications for clinical practice. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 367-379.
- Briere, J. (1992). *Child abuse trauma: theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, CA: Sage.
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. En J. E. Meyers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, T. Reid, y C. Jenny, *The APSAC handbook on child maltreatment* (2ª ed., págs. 175-202). Newbury Park, CA: Sage.
- Briggs-Gowan, M. J., Ford, J. D., Fraleigh, L., McCarthy, K., y Carter, A. S. (2010). Prevalence of exposure to potentially traumatic events in a healthy birth cohort of very young children in the northeastern United States. *Journal of traumatic stress*, 23(6), 725-733.
- Burgess, A. W., y Holmstrom, L. L. (1974). Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 131, 981-986.
- Butchart, A., Phinney, A., Harvey, M. M., y Fürniss, T. (2009). *Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias*. OMS. Disponible en [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243594361\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243594361_spa.pdf).
- Calhoun, L. G., y Tedeschi, R. G. (1998). Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice and research. *Journal of social Issues*, 54(2), 357-371.
- Carrion, V. G., y Hull, K. (2009). Treatment manual for trauma-exposed youth: Case studies. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(1), 27-38.
- Carrion, V. G., Weems, C. F., Ray, R. D., Glaser, B., Hessel, D., y Reiss, A. L. (2002). Diurnal salivary cortisol in pediatric posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*, 51(7), 575-582.
- Centro Reina Sofía. (2002). *Maltrato infantil en la familia: España (1997/1998)*. Valencia.

- Centro Reina Sofía. (2011). *Maltrato Infantil en la familia en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., y Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress, 24*(6), 615-627.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., y Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 22*(5), 399-408.
- Cohen, J. A., y Mannarino, A. P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry, 35*(1), 42-50.
- Cohen, J. A., y Mannarino, A. P. (1997). A treatment study for sexually abused preschool children: Outcome during a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry, 36*(9), 1228-1235.
- Cohen, J. A., y Mannarino, A. P. (1998). Interventions for sexually abused children: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment, 3*(1), 17--26.
- Cohen, J. A., y Mannarino, A. P. (2011). TF-CBT for youth in residential treatment facilities: Preliminary treatment outcome findings.
- Cohen, J. A., Berliner, L., y Mannarino, A. P. (2010). Trauma focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior problems. *Child Abuse y Neglect, 34*(4), 215-224.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., y Steer, R. (2004). A Multi-Side, Randomized Controlled Trial for Children With Abuse-Related PTSD Symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 43*(4), 393-402.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., y Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. Nueva York: Guilford.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., y Iyengar, S. (2011). Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: a randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics y Adolescent Medicine, 1*, 16-21.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., y Murray, L. K. (2011). Trauma-focused CBT for youth who experience ongoing traumas. *Child Abuse y Neglect, 35*(8), 637-646.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Kliethermes, M., y Murray, L. A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse y Neglect, 36*(6), 528-541.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Landtree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., . . . van der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescent. *Psychiatric Annals, 35*(5), 390-398.

- Courtois, C. A. (1988). *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy*. Nueva York: Norton y Co.
- Courtois, C. A., Ford, J. D., y Cloitre, M. (2009). Best practices in psychotherapy for adults. En y. J. C. A. Courtois, *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An evidence-based guide* (págs. 82-103). New York: The Guildford Press.
- Deblinger, E., y Heflin, A. H. (1996). *Treating sexually abused children and their nonoffending parents: A cognitive behavioral approach*. Sage Publications, Inc.
- Deblinger, E., Lippmann, J., y Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment, 1*(4), 310-321.
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., y Steer, R. A. (2006). A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 45*(12), 1474-84.
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K., y Steer, R. A. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and anxiety, 28*(1), 67-75.
- Deblinger, E., McLeer, S. V., y Henry, D. (1990). Cognitive behavioral treatment for sexually abused children suffering post-traumatic stress: Preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry, 29*(5), 747-752.
- Deblinger, E., Pollio, E., Runyon, M., y Steer, R. (2017). Improvements in personal resiliency among youth who have completed trauma-focused cognitive behavioral therapy: A preliminary examination. *Child Abuse y Neglect, 65*, 132-139.
- Deblinger, E., Stauffer, L. B., y Steer, R. A. (2001). Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreatment, 6*(4), 332-343.
- Deblinger, E., Steer, R. A., y Lippmann, J. (1999). Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms. *Child Abuse y Neglect, 23*(12), 1371-1378.
- Del Barrio, V., Moreno-Rosset, C. y López, R. (1999). El Children's Depression Inventory [CDI; Kovacs,1992]. Su aplicación en población española. *Clínica y Salud, 10*, 393-416.
- Denton, R., Frogley, C., Jackson, S., John, M., y Querstret, D. (2017). The assessment of developmental trauma in children and adolescents: A systematic review. *Clinical child psychology and psychiatry, 22*(2), 260-270.
- Dorsey, S., Cox, J. R., Conover, K. L., y Berliner, L. (2012). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents in foster care. *Children, Youth, and Family News*.

- Dorsey, S., Pullmann, M. D., Berliner, L., Koschmann, E., McKay, M., y Deblinger, E. (2014). Engaging Foster Parents in Treatment: A Randomized Trial of Supplementing Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy with Evidence-based Engagement Strategies. *Child Abuse Negl*, 9, 1508-1520.
- Eyberg, S. M. (1988). Parent-Child Interaction Therapy: Integration of traditional and behavioral concerns. *Child y Family Behavior Therapy*, 10, 33-46.
- Finkelhor, D. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *Journal of Orthopsychiatry*, 55, 530-541.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., y Cohen, J. (2008). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2ª ed.). New York: The Guildford Press.
- Ford, J. D. (2017). Complex Trauma and Developmental Trauma Disorder in Adolescence. *Adolescent Psychiatry*, 7(4), 220-235.
- Fundación ANAR. (2006). *Doce años de violencia a menores (1994-2005)*. Madrid.
- Grasso, D. J., Joselow, B., Marquez, Y., y Webb, C. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy of a child with posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy (Chic)*, 48(2), 188-197.
- Hébert, M., y Daignault, I. V. (2015). Challenges in treatment of sexually abused preschoolers: A pilot study of TF-CBT in Quebec. *Sexologies*, 24(1), 21-27.
- Hembree-Kigin, T. L., y McNeil, C. B. (1995). *Parent-Child Interaction Therapy*. Nueva York: Plenum Press.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hulette, A. C., Freyd, J. J., Pears, K. C., Kim, H. K., Fisher, P. A., y Becker-Blease, K. A. (2008). Dissociation and Posttraumatic Symptoms in Maltreated Preschool Children. *Journal of Child y Adolescent Trauma*, 1, 93-108.
- Kaplow, J. B., y Widom, C. S. (2007). Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *Journal of abnormal Psychology*, 116(1), 176.
- Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., . . . Brewin, C. R. (2017). PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(7).
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., y Cloitre, M. (2016). ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD): factorial structure of a new self-report scale (ICD-TQ). *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 73-79.

- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., y Cloitre, M. (2017). Evidence of Distinct Profiles of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) based on the New ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 207, 181-187.
- Kisiel C. L., Fehrenbach T., Small L., Lyons J. (2009). Assessment of complex trauma exposure, responses, and service needs among children and adolescents in child welfare. *J. Child Adolesc. Trauma* 2, 143–160
- Kliethermes, M., y Wamser, R. (2012). Adolescents with complex trauma. En J. A. Cohen, A. P. Mannarino, y E. Deblinger, *Trauma-focused CBT for children and adolescents: Treatment applications* (págs. 175-196). Nueva York: Guilford Press.
- Landsford, J. E., Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E., Crozier, J., y Kaplow, J. (2002). A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment of psychological, behavioural, and academic problems in adolescence. *Archives of Pediatric y Adolescent Medicine*, 156, 824-830.
- Lanius, R. A., Bluhm, R. L., y Frewen, P. A. (2011). How understanding the neurobiology of complex post-traumatic stress disorder can inform clinical practice: a social cognitive and affective neuroscience approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 331-348.
- Lanktree, C. B., y Briere, J. (1995). Outcome of therapy for sexually abused children: A repeated measures study. *Child Abuse y Neglect*, 19, 1145-1155.
- Lanktree, C. B., y Briere, J. (2008b). *Integrative treatment of complex trauma for children (ITCT-C): A guide for the treatment of multiply-traumatized children aged eight to twelve years*. Long Beach, CA: MCAVIC-USC Child and Adolescent Trauma Program, National Child Traumatic Stress Network.
- Lanktree, C. B., Briere, J., Godbout, N., Hodges, M., Chen, K., Trimm, L., . . . Freed, W. (2012). Treating Multitraumatized, Socially Marginalized Children: Results of a Naturalistic Treatment Outcome Study. *Journal of Agression, Maltreatment y Trauma*, 21, 813-828.
- Lieberman, A. F., y Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. Nueva York: The Guildford Press.
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174.
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M., y Botella, C. (2011). *Sistema de realidad virtual EMMA-infancia en el tratamiento psicológico de un menor con estrés postraumático*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(3), 189-206.
- López-Soler, C., Castro, M., Daset, L., Alcántara, M., Fernández, V., Prieto, M., y Puerto, J. C. (2008). Consecuencias del maltrato grave en la infancia: conceptualización y diagnóstico de las reacciones postraumáticas complejas.

- López-Soler, C., Castro, M., y Fontcuberta, M. (2012). *Eficacia en depresión e ira de un tratamiento cognitivo-conductual para menores maltratados tutelados* (Trabajo fin de máster). Universidad de Murcia, Murcia.
- López-Soler, C., Castro, M., y Parreño, C. (2012). *Ansiedad y estrés postraumático en maltrato infantil: evaluación de un programa de intervención empleando realidad virtual*. (Trabajo fin de máster). Universidad de Murcia, Murcia.
- López-Soler, C., Martínez, A., Garriga, V., Fernández, M. V., Castro, M., Alcántara, M. V., García-Montalvo, C.,..., y Puerto, J. C. (Mayo 2007). Apuntes para el tratamiento psicológico de menores que han sufrido estrés crónico y grave. En A. Fernández (Presidencia). Comunicación libre llevada a cabo en el XLII Reunión de la AEPIJ, Bilbao.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., . . . Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry, 12*(3), 198-206.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Deblinger, E., Runyon, M. K., y Steer, R. A. (2012). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children sustained impact of treatment 6 and 12 months later. *Child maltreatment, 17*(3), 231-241.
- Martínez, A., López-Soler, C., Fernández, M. V., Alcántara, M. V., y Castro, M. (Septiembre 2008). Tratamiento psicológico de menores tutelados que ha sufrido reacciones postraumáticas graves en la infancia y adolescencia. En A. Cano (Presidencia), *Estrés postraumático y malos tratos*. Comunicación libre llevada a cabo en el VII Congreso Internacional de SEAS, Bernidorm.
- McCloskey, L. A., y Walker, M. (2000). Posttraumatic stress in children exposed to family violence and single-event trauma. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry, 31*, 108-115.
- McNally, R. J. (1993). Stressors that produce posttraumatic stress disorder in children. En J. T. Davidson, y E. B. Foa, *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (págs. 57-74). Washington: American Psychiatric Press.
- McNeil, C. B., y Hembree-Kigin, T. L. (2011). *Parent-Child Interaction Therapy* (2ª ed.). Nueva York: Springer.
- Murray, L. K., Cohen, J. A., y Mannarino, A. P. (2013). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for youth who experience continuous traumatic exposure. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology, 19*(2), 180.
- Murray, L. K., Cohen, J. A., Ellis, B. H., y Mannarino, A. (2008). Cognitive Behavioral Therapy for Symptoms of Trauma and Traumatic Grief in Refugee Youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 17*(3), 585-604.
- Murray, L. K., Familiar, I., Skavenski, S., Jere, E., Cohen, J., Imasiku, M., . . . Bolton, P. (2013). An evaluation of trauma focused cognitive behavioral therapy for children in Zambia. *Child Abuse Negl, 32*(12), 1175-85.

- National Child Traumatic Stress Network. (2003). Complex Trauma in Children and Adolescents. En A. Cook, M. Blaustein, J. Spinazzola, y B. van der Kolk, *White Paper from the National Child Traumatic Stress Network Complex Trauma Task Force*.
- National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information. (2001). *In focus: Understanding the effects of maltreatment on early brain development*. Washington, DC.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2005). *Posttraumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, DC : Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (1999). *Report of the consultation on child abuse prevention*. Ginebra: OMS.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., y Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology, 135*, 17-36.
- Parra, F., George, C., Kalalou, K., y Januel, D. (2017). Ideal parent figure method in the treatment of complex posttraumatic stress disorder related to childhood trauma: A pilot study. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(1).
- Pelcovitz, D., van der Kolok, B. A., Roth, S., Mandel, F. S., Kaplan, S., y Resick, P. A. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress, 10*, 3-17.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., y Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*, 328-338.
- Prieto Larrocha, M. (2016). *Eficacia de la terapia cognitivo conductual (TCC) y de la TCC-focalizada en el trauma en infancia maltratada* (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, España.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., . . . Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med, 6*, e1000121.
- Pynoos, R., Rodriguez, N., Steinberg, A., Stuber, M., y Frederick, C. (1998). The University of California at Los Angeles posttraumatic stress disorder reaction index (UCLA-PTSD RI) for DSM-IV (Revision 1). *Los Angeles, CA: UCLA Trauma Psychiatry Program*.
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., . . . Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of traumatic stress, 25*(3), 241-251.

- Runyon, M. K., Deblinger, E., y Schroeder. (2009). Pilot Evaluation of Outcomes of Combined Parent-Child Cognitive-Behavioral Group Therapy for Families at Risk for Child Physical Abuse. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(1), 101-118.
- Runyon, M. K., Deblinger, E., Ryan, E. E., y Thakkar-Kolar, R. (2004). An overview of child physical abuse: Developing an integrated parent-child cognitive-behavioral treatment approach. *Trauma, Violence, and Abuse*, 5, 65-85.
- Sachser, C., Keller, F., y Goldbeck, L. (2017). Complex PTSD as proposed for ICD-11: validation of a new disorder in children and adolescents and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *J Child Psychol Psychiatry*, 58(2), 160-168.
- Sachser, C., Keller, F., y Goldbeck, L. (2017). Complex PTSD as proposed for ICD-11: validation of a new disorder in children and adolescents and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(2), 160-168.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2ª ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., y Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief - a randomized controlled trial. *JAMA*, 293, 2601-2608.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R., y van IJzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37-50.
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., y Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreat*, 16(2), 79-101.
- Swenson, C. C., y Brown, E. J. (1999). Cognitive behavioral group treatment for physically abused children. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6(3), 212-220.
- Tolin, D. F., y Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder; a quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959-992.
- van der Kolk, B. A. (2002). Assessment and treatment of complex PTSD. En R. Yehuda, *Treating Trauma Survivors with PTSD* (págs. 127-156). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- Vergano, C. M., Marco, L., y Speranza, A. M. (2015). The Complex Trauma Questionnaire (ComplexTQ): development and preliminary psychometric properties of an instrument for measuring early relational trauma. *Front Psychol*, 6, 1323.

- Waldrop, A. E., y de Arellano, M. A. (2004). Manualized cognitive behavioral treatment for physical abuse-related PTSD in an African American child: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*(4), 343-352.
- Walker, L. (1984). *The battered woman syndrome*. USA: Spring Publishing Company.
- Webb, C., Hayes, A., Grasso, D., Laurenceau, J. P., y Deblinger, E. (2014). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Youth: Effectiveness in a Community Setting. *Psychol Trauma, 6*(5), 555-562.
- Weiner, D. A., Schneider, A., y Lyons, J. S. (2009). Evidence-based treatments for trauma among culturally diverse foster care youth: Treatment retention and outcomes. *Children and Youth Services Review, 31*(11ç), 1199-1205.
- Weschler, A. R. (s.f.). Child neglect and trauma: The additive traumatic effects of neglect on maltreated adolescents. *Doctoral Thesis. University of Nevada, Las Vegas, 175 pages*.
- Whiffen, V., y Macintosh, H. (2005). Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress: a critical review. *Trauma Violence Abuse, 6*, 24-39.
- World Health Organization. (1999). *Informe de la Reunión Consultiva sobre Maltrato de Menores*. Ginebra: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). Recuperado de <http://www.who.int/classifications/icd/en/>