



Child Mind
Institute

Informe sobre la salud mental infantil 2022

Tratar los síntomas de trauma en niños y adolescentes

El Child Mind Institute se dedica a transformar la vida de los niños y las familias que luchan contra trastornos de salud mental y del aprendizaje, al brindarles la ayuda que necesitan para salir adelante. Nos hemos convertido en la principal organización independiente sin fines de lucro en el ámbito de la salud mental infantil, al proporcionar atención de primer nivel basada en evidencia, ofrecer recursos educativos a millones de familias cada año, capacitar a educadores en comunidades desatendidas y desarrollar tratamientos innovadores para el futuro. Juntos, realmente podemos transformar la vida de los niños.

AUTORA

Hannah Sheldon-Dean, Child Mind Institute

COLABORADORAS

Rae Jacobson, Child Mind Institute

Caroline Miller, Child Mind Institute

Sophia Van Iderstine, Child Mind Institute

SOCIO PATROCINADOR

El Child Mind Institute y Blue Shield of California están colaborando para compartir las últimas investigaciones en torno a la salud mental de los jóvenes como parte de la iniciativa BlueSky de Blue Shield of California. Blue Shield of California es miembro independiente de la Asociación Blue Shield.

REVISORES DEL CHILD MIND INSTITUTE

Dr. Michael Milham, PhD, vicepresidente de investigación

Jamie Howard, PhD, directora del Trauma and Resilience Service

DISEÑO

John Stislow, Stislow Design

Abby Brewster, Child Mind Institute

CITA RECOMENDADA

Sheldon-Dean, H. (2022). *Informe sobre la salud mental infantil 2022: Tratar los síntomas de trauma en niños y adolescentes*. Child Mind Institute.

Contenido

INTRODUCCIÓN

2 Tratar los síntomas de trauma en niños y adolescentes

UNO

4 ¿Qué es trauma?

DOS

9 Tratar el trauma en niños y adolescentes

TRES

19 ¿Qué significa enfoque informado sobre el trauma?

CONCLUSIÓN

22 Mirar hacia el futuro

Tratar los síntomas de trauma en niños y adolescentes

El trauma psicológico es un tema de discusión común en estos días, y por una buena razón. Desde los estragos que ha estado causando la pandemia de COVID-19, hasta la desgarradora realidad de los tiroteos en las escuelas y la guerra en Ucrania, las noticias, e incluso nuestras propias vidas, están llenas de experiencias potencialmente traumáticas.

¿Pero qué es trauma exactamente? ¿Cómo afecta a niños y adolescentes en particular? ¿Y qué podemos hacer para disminuir su impacto en la salud mental? En el Informe sobre la salud mental infantil 2022 buscamos responder a estas preguntas, así como revisar los tratamientos basados en evidencia destinados a mitigar los impactos del trauma en las personas jóvenes.

Las experiencias traumáticas pueden trastocar la vida de los niños, pero el trauma no tiene por qué ser una sentencia de por vida. Al aumentar la conciencia sobre los efectos del trauma y las maneras más prometedoras de tratarlo, podemos fomentar la resiliencia innata de los jóvenes y brindarles a ellos (y también a sus familias y comunidades) el apoyo que necesitan para salir adelante.



¿Qué es trauma?

Las experiencias traumáticas son comunes y pueden tener un impacto profundo en la vida de los niños, pero no siempre está claro qué es exactamente trauma. Este capítulo examinará las definiciones contemporáneas de trauma psicológico y cómo se aplican a niños y adolescentes.

Una experiencia y una respuesta

Uno de los retos al hablar de trauma es que a menudo se utiliza el mismo término para describir, tanto la experiencia de un individuo, como su respuesta emocional y conductual a esa experiencia. Como dice el experto en trauma Bessel van der Kolk: “Trauma no es solo un evento ocurrido en algún momento del pasado, es también la huella que deja esa experiencia en la mente, el cerebro y el cuerpo”.¹

En este informe, utilizaremos el término *trauma* principalmente para describir el conjunto de síntomas que una persona podría desarrollar después de atravesar por una experiencia muy aterradora o perturbadora. Para la experiencia en sí, utilizaremos el término *evento traumático* (aunque, como veremos, puede que la experiencia no siempre esté separada del evento).

Trastorno de estrés postraumático y el DSM-5

La definición de trauma más utilizada actualmente procede del *Manual diagnóstico y estadístico de los*

trastornos mentales, quinta edición, comúnmente llamado DSM-5.² El DSM-5 es el manual utilizado por psiquiatras y otros profesionales de la salud mental para diagnosticar los trastornos psiquiátricos, e incluye un desglose detallado de los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y otros trastornos relacionados con factores de estrés.

El TEPT se introdujo por primera vez como diagnóstico para describir los síntomas de los veteranos de la guerra de Vietnam, y sigue siendo común entre los veteranos militares que han estado en combate.³ Pero hoy en día, el TEPT es reconocido también como una respuesta a una amplia variedad de eventos perturbadores y/o que ponen en riesgo la vida, incluida la violencia interpersonal o sexual, el abuso, la guerra, los desastres naturales y los accidentes graves. Las personas que desarrollan TEPT pueden haber experimentado estos eventos ellos mismos o haber presenciado o escuchado que le sucedieron a alguien cercano.

El TEPT se da en toda la población general, incluso en niños. El *U.S. Department of Veterans Affairs* señala que entre el 15% y el 43% de las niñas y entre el 14% y el 43% de los niños han atravesado por al menos un evento

La investigación indica que **entre el 14% y el 43% de los niños** experimentarán por lo menos un evento traumático.

traumático, y “de esos niños y adolescentes que han experimentado trauma, entre el 3% y el 15% de las niñas y entre el 1% y el 6% de los niños desarrollaron TEPT”.⁴

Tanto niños como niñas con TEPT muestran una serie de cambios emocionales y conductuales después de experimentar un evento traumático, que van desde *flashbacks* y pesadillas, hasta miedo, ira o desapego. Según la definición del DSM-5, el TEPT incluye síntomas de las tres categorías siguientes:

- Pensar, soñar o recrear con frecuencia el evento traumático.
- Sentirse adormilado, tener dificultad para concentrarse y para relacionarse con otras personas.
- Enojarse con facilidad, parecer constantemente asustado o en estado de alerta, o tener problemas para dormir.

Los síntomas del TEPT pueden comenzar inmediatamente después de un evento extremadamente perturbador, o meses o incluso años después. Para ser diagnosticado con TEPT, los síntomas deben continuar al menos

durante algunos meses después del evento, ya que es normal estar perturbado inmediatamente después de una experiencia muy aterradora o potencialmente mortal.

Las reacciones al trauma también pueden depender en gran medida de la edad del niño y de su etapa de desarrollo. Por ejemplo, los niños pequeños tal vez no puedan describir sus sentimientos, pero evitan las cosas concretas que les recuerdan el evento traumático, mientras que los niños mayores pueden experimentar miedos más abstractos sobre lo ocurrido. Asimismo, los niños muy pequeños (de cero a cinco años) que experimentaron un trauma intenso pueden desarrollar un conjunto de síntomas denominados trastorno de apego reactivo (RAD, por sus siglas en inglés), que se caracteriza por una dificultad para formar vínculos afectivos y de apoyo con sus cuidadores.⁵ Este tipo de respuesta al trauma es diferente de los síntomas del TEPT que podrían desarrollar los niños expuestos a un trauma a una edad más avanzada.

En Estados Unidos, las directrices profesionales y gubernamentales en materia de trauma suelen seguir los criterios establecidos en el DSM-5, en particular el enfoque que establece como causa un evento extremo determinado. Por ejemplo, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) señalan que “los eventos traumáticos están marcados por una sensación de terror, desesperación, o por una amenaza de lesión grave o de muerte”.⁶

“ El trauma no es solo un evento ocurrido en algún momento del pasado, es también la huella que deja esa experiencia en la mente, el cerebro y el cuerpo”.

The Body Keeps the Score, Bessel van der Kolk





Existe una base de evidencia amplia y creciente que destaca los impactos negativos que las experiencias traumáticas pueden tener en el desarrollo y bienestar de los niños. Experimentar un trauma en la infancia está relacionado con un mayor riesgo de desarrollar trastornos de salud mental (como ansiedad y depresión) más adelante en la vida.⁷ Las investigaciones también indican que un trauma en la infancia se asocia con deficiencias en el funcionamiento cognitivo.⁸ Incluso existe un área de investigación cada vez mayor sobre cómo los impactos del trauma se pueden transmitir de generación en generación, quizás debido a patrones de comportamiento o a cambios en la expresión genética de quienes experimentan el trauma.⁹

Los efectos de atravesar por una experiencia traumática pueden ser profundos. Sin embargo, algunos investigadores sostienen que las definiciones del DSM-5 sobre trauma y TEPT no captan completamente la forma en que muchas personas (en especial los niños) experimentan los eventos traumáticos y sus repercusiones.

Trauma complejo

Más allá de la definición del DSM-5, existe también una comprensión cada vez más generalizada del trauma que toma en cuenta las experiencias negativas crónicas y continuas en lugar de acontecimientos aislados y extraordinarios. Este tipo de trauma se conoce a menudo como “trauma complejo”.

Después de que fuera introducido el diagnóstico de TEPT, los profesionales clínicos que trabajaban con personas que habían experimentado eventos traumáticos continuos (como las víctimas de abuso infantil) se dieron cuenta de que las respuestas de los individuos a dichos eventos eran a menudo más variadas que aquellas enumeradas en los criterios del DSM para el TEPT.¹⁰ Este conjunto distinto de síntomas empezó a ser conocido como “TEPT complejo” (CPTSD, por sus siglas en inglés), y más tarde evolucionó hasta convertirse en una propuesta de diagnóstico denominada “trastorno traumático del desarrollo” (TTD).

Los conceptos de trauma complejo y TTD se han desarrollado en gran parte gracias al trabajo del profesional clínico y autor Bessel van der Kolk.¹¹

Existe también una comprensión cada vez más generalizada del trauma que toma en cuenta las experiencias negativas crónicas y continuas, en lugar de acontecimientos aislados y extraordinarios. Este tipo de trauma se conoce a menudo como “trauma complejo”.

El TTD no está incluido en el DSM-5 como un diagnóstico independiente, pero algunos de los síntomas del TEPT que allí se enumeran estuvieron influidos por la investigación de van der Kolk y sus colegas.

El trauma complejo está estrechamente ligado a la idea de las experiencias adversas en la infancia (ACE, por sus siglas en inglés), que se definen como experiencias potencialmente traumáticas durante la infancia.¹² Los CDC informan que las ACE son bastante comunes en Estados Unidos, ya que el 61% de los adultos declaran haber tenido al menos una ACE durante la infancia y el 16% declaran haber vivido cuatro o más tipos de ACE.¹³

No existe una sola definición de trauma complejo, pero existe amplio acuerdo entre los expertos sobre el tipo de eventos y síntomas asociados a él.

Los eventos subyacentes al trauma complejo a menudo se caracterizan por:

- Ser graves y crónicos, como el abuso y la negligencia.
- Ocurrir durante un periodo prolongado.
- Afectar la capacidad de un niño para relacionarse con los demás y establecer vínculos afectivos de confianza con sus cuidadores y otras figuras de autoridad.¹⁴

Y el conjunto de síntomas específicos que acompañan a un trauma complejo generalmente luce como:

- Desafíos en el apego y las relaciones.
- Dificultad para regular las emociones y el comportamiento.
- Cambios en la capacidad de atención y otras habilidades cognitivas.
- Disociación de la realidad.
- Baja autoestima.
- Visión general negativa del mundo.¹⁵

Los expertos a menudo señalan que los niños que han experimentado un trauma complejo puede que cumplan con los criterios de una serie de trastornos del DSM-5 diferentes, como el TEPT, el trastorno negativista desafiante (TND) y el trastorno de apego reactivo (RAD, por sus siglas en inglés), pero que no existe un diagnóstico que refleje su perfil típico de síntomas.

La base de evidencia para estas definiciones de trauma complejo ha ido en aumento, con investigaciones que muestran que los niños que han experimentado un trauma continuo y de naturaleza interpersonal tienden a presentar síntomas y desafíos conductuales más intensos que quienes han experimentado otras formas de trauma.¹⁶

Los investigadores también están aprendiendo más sobre las complejidades de la prevención, la identificación y el tratamiento del trauma complejo. Puede ser difícil de tratar porque, a diferencia del tipo de evento traumático que es típico del TEPT, las experiencias traumáticas crónicas (como el abuso en el hogar, la pobreza o el estrés racial) pueden continuar incluso cuando el niño está recibiendo tratamiento.¹⁷ Y aunque las pruebas no son concluyentes, el trauma complejo puede afectar a los niños de color con más frecuencia que a sus compañeros blancos.¹⁸

El concepto de trauma complejo nos recuerda que las experiencias traumáticas y las respuestas de los niños ante ellas están estrechamente relacionadas con sus comunidades y contextos sociales. Aunque este informe se centra en la comprensión y el tratamiento del trauma a nivel individual, la reducción de la prevalencia del trauma infantil a largo plazo también requerirá un compromiso a gran escala para mejorar las condiciones (como la pobreza y la discriminación) que contribuyen a ello.



La investigación disponible muestra que las variantes de la TCC ayudan de forma consistente a reducir los síntomas de trauma en niños, a menudo más rápido o más a fondo que otras psicoterapias.

Capítulo dos

Tratar los síntomas de trauma en niños y adolescentes

A pesar de los continuos desafíos para definir el trauma y sus efectos, existe evidencia sustancial y creciente que sustenta los tratamientos clínicos para niños que han experimentado un trauma.

Ya en 2010, la *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* señaló que las psicoterapias centradas específicamente en la experiencia traumática de los niños tendían a mostrar resultados más sólidos que las formas más generales de terapia.¹⁹ La evidencia sigue confirmando esa tendencia, con una serie de tratamientos centrados en el trauma cada vez más frecuentes y mejor comprendidos.²⁰

En general, los tratamientos que cuentan con evidencia más sólida hasta la fecha son los tratamientos centrados en el trauma y basados en la terapia cognitivo-conductual (TCC). La investigación disponible demuestra que las variantes de la TCC ayudan de forma consistente a reducir los síntomas de trauma en niños, a menudo más rápido o más a fondo que otras psicoterapias.^{21, 22} También hay tratamientos adicionales con evidencia prometedora a su favor.

En este capítulo, analizamos algunos de los principales tratamientos para los síntomas de trauma en niños y adolescentes: cómo funcionan, cuál es la evidencia que los respaldan y cómo pueden ayudar a los niños y las familias.

EN ESTE CAPÍTULO

Tratamientos centrados en el trauma desarrollados para niños

Tratamientos desarrollados originalmente para adultos

Intervenciones grupales en la escuela

Tratamientos grupales para adolescentes

Medicamentos para tratar los síntomas del trauma

Tratamientos centrados en el trauma desarrollados para niños

Varios de los principales tratamientos para los síntomas de trauma en niños fueron desarrollados específicamente para esta población, en lugar de ser adaptaciones de los tratamientos existentes para adultos. A menudo involucran a padres, cuidadores y otros miembros de la familia quienes participan en el tratamiento con los niños, y muchos son variaciones de la TCC.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL CENTRADA EN EL TRAUMA (TCC-CT)

El principal tratamiento del trauma para niños.

Altamente estructurado, con sesiones en las que participan tanto los niños como los cuidadores.

Combina las habilidades básicas de la terapia cognitivo-conductual con la terapia de exposición mediante la técnica de narración del trauma.

La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT) es ampliamente reconocida como el tratamiento de primera línea para niños y adolescentes que enfrentan los efectos del trauma. Se ha estudiado con mayor profundidad que cualquier otro tratamiento infantil centrado en el trauma, y su eficacia para reducir los síntomas del trauma y mejorar el funcionamiento cotidiano de los niños se ha validado en numerosos ensayos controlados aleatorios.²³ Metanálisis recientes han confirmado que existen pruebas de la eficacia de la TCC-CT más sólidas que de cualquier otra intervención centrada en el trauma para niños y adolescentes.^{24, 25}

También hay pruebas de que es eficaz cuando se aplica en muchos entornos diferentes, como escuelas y centros de tratamiento residencial, así como para jóvenes con una amplia gama de identidades raciales y étnicas.^{26, 27} La TCC-CT a menudo se utiliza como tratamiento individual, pero también se puede utilizar en formato grupal.²⁸

La TCC-CT se lleva a cabo durante 12 a 16 semanas y en ella participan tanto el niño como, cuando es posible, uno de sus cuidadores. Es altamente estructurada y las sesiones se dividen en distintas fases de tratamiento. Las primeras fases se centran en educar a niños y

cuidadores acerca de los impactos del trauma y ayudarlos a desarrollar habilidades efectivas de afrontamiento y relajación. La TCC-CT también incluye la práctica de las habilidades básicas de la terapia cognitivo-conductual: distinguir entre pensamientos, sentimientos y acciones, y aprender a manejar las relaciones entre ellos. Más adelante en el proceso de tratamiento, los niños crean lo que se conoce como una narrativa del trauma (vea el recuadro para más información), que es un relato de su experiencia traumática que los ayuda a dar sentido a lo ocurrido y practicar el manejo de las emociones perturbadoras que suscitan los recuerdos de la experiencia.²⁹

Las investigaciones indican que probablemente la TCC-CT sea eficaz para reducir los síntomas de depresión y del TEPT,³⁰ y que incluso podría ayudar a los niños a desarrollar habilidades del funcionamiento ejecutivo más sólidas.³¹ Aunque generalmente se utiliza con niños y adolescentes en edad escolar, hay algunas pruebas de que, con modificaciones, la TCC-CT también puede ayudar a niños en edad preescolar con estrés postraumático.³²

La narrativa del trauma³³



Uno de los rasgos distintivos de la TCC-CT es la narrativa del trauma. Se trata de una forma de exposición terapéutica en la que el niño, con la guía de un profesional clínico, desarrolla un relato cada vez más detallado de su experiencia traumática, así como de los pensamientos y sentimientos que experimentó durante y después de esta. El relato suele asumir la forma de una historia o un libro que el niño crea gradualmente durante el tratamiento. La narrativa del trauma se desarrolla una vez que el niño conoce cuáles son los efectos del trauma, y después de que ha formado un vínculo de confianza con el profesional clínico y ha desarrollado habilidades de afrontamiento para manejar las emociones dolorosas que pueden surgir durante el proceso.

Un objetivo principal de la narrativa del trauma, tal y como se describe en el manual de tratamiento de la TCC-CT, es “desvincular los pensamientos, los recuerdos o las discusiones sobre el evento traumático de las emociones negativas y abrumadoras como terror, horror, impotencia extrema, evasión, ira, ansiedad, vergüenza o furia”.³⁴ Al procesar recuerdos del evento cada vez más profundos con el apoyo de un profesional clínico, el niño puede poco a poco tener pensamientos o recuerdos del trauma sin sentirse abrumado por esas emociones negativas.

EL MODELO ARC (APEGO, AUTORREGULACIÓN, COMPETENCIA)

Un esquema de intervención flexible en lugar de un solo tratamiento estructurado.

Diseñado para niños y familias que se enfrentan a traumas complejos.

Se centra en el desarrollo de habilidades y relaciones en tres áreas principales: apego, autorregulación y competencia.

A diferencia de muchos tratamientos para el trauma, el modelo ARC, por sus siglas en inglés (apego, autorregulación, competencia) no es un conjunto específico de pasos. Se trata más bien de un esquema de intervención para abordar tanto el tratamiento clínico individual como la atención informada sobre el trauma a nivel organizacional. Está diseñado para niños y familias que se enfrentan a traumas complejos.³⁵

El modelo ARC se enfoca en desarrollar habilidades de afrontamiento, ayudar a los niños a manejar las emociones relacionadas con su trauma y fortalecer los sistemas de crianza de los niños y otros apoyos. El modelo ARC está diseñado para aplicarse de forma flexible a una amplia gama de poblaciones y entornos de servicio. Las tres “áreas principales de intervención” en el marco del modelo ARC son:

Apego: Promover vínculos fuertes entre los niños y sus cuidadores y crear un entorno seguro y de apoyo en el que la familia pueda recuperarse del trauma.

Autorregulación: Ayudar a los niños a aprender a identificar, expresar y manejar sus emociones.

Competencia: Apoyar la autoestima y el sentido de competencia de los niños, así como funciones clave del desarrollo que incluyen las funciones ejecutivas y las habilidades sociales.³⁶

En parte debido a que no adopta la forma de una intervención específica, la investigación acerca del modelo ARC es menos robusta que la de otros tratamientos para el trauma. Sin embargo, datos preliminares indican que probablemente sea un modelo eficaz para tratar el TEPT y los desafíos relacionados en niños y adolescentes. Una investigación sobre el tratamiento basado en el modelo ARC en programas de tratamiento hospitalario descubrió que los participantes observaron reducciones en sus síntomas del TEPT y problemas de comportamiento,³⁷ y otra descubrió que el tratamiento con el modelo ARC disminuyó los síntomas de los niños y el estrés de los cuidadores en familias de niños adoptivos que habían experimentado un trauma complejo.³⁸ También hay evidencia de que el modelo ARC se puede aplicar con éxito para apoyar a grupos de niños culturalmente diversos en edad preescolar y escolar.³⁹

PSICOTERAPIA CPP PARA PADRES E HIJOS

Para niños de cero a seis años.

Tanto el niño como el cuidador participan en el tratamiento.

Se centra en el vínculo entre el niño y el cuidador.

La psicoterapia para padres e hijos (CPP, por sus siglas en inglés) es única en el sentido de que fue desarrollada específicamente para ser utilizada con niños entre cero y seis años. Se centra en el fortalecimiento de la relación entre el niño y su cuidador, y se suele utilizar con niños que han estado expuestos a violencia y con padres que han experimentado ellos mismos un trauma. En la psicoterapia CPP, el niño y el cuidador participan juntos en el tratamiento, y el profesional clínico adapta varios elementos del tratamiento a las necesidades específicas de la familia.⁴⁰ Al igual que en otras formas de tratamiento del trauma que involucran a los cuidadores, el padre que participa en el tratamiento debe ser lo que se denomina un “cuidador no agresor”, es decir, alguien que no sea la fuente del trauma del niño ni autor de abusos o negligencias contra él. Esta terapia tiende a ser utilizada durante un periodo de tiempo más largo que muchos otros tipos de tratamiento, a veces hasta un año completo.

Varios de los tratamientos para el trauma que están adquiriendo popularidad para su uso en niños se desarrollaron originalmente para ser usados en adultos con TEPT. Estos tratamientos suelen tener una base sólida de evidencia para su uso con adultos, pero menos evidencia de efectividad con niños.

Varios estudios han encontrado que la psicoterapia CPP puede mejorar los resultados tanto para los niños como para los cuidadores, y gran parte de los datos disponibles incluyen a participantes de grupos étnicamente diversos. Un ensayo controlado aleatorio con niños en edad preescolar que habían experimentado múltiples eventos traumáticos descubrió que la psicoterapia CPP conducía a mejoras en los síntomas del TEPT tanto en los niños como en sus madres.⁴¹ La psicoterapia CPP puede incluso ser útil para fortalecer el vínculo entre los padres bajo estrés y sus hijos pequeños. Un estudio pequeño descubrió que el uso de elementos de la psicoterapia CPP con padres cuyos bebés estaban hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales parecía ayudar a los padres a aprender estrategias de afrontamiento, reducir el estrés y establecer un vínculo con sus bebés.⁴²

INTERVENCIÓN PARA ESTRÉS TRAUMÁTICO INFANTIL Y FAMILIAR (CFTSI)

Tratamiento a corto plazo utilizado en una variedad de entornos.

Se utiliza justo después de un evento traumático para prevenir el desarrollo de síntomas traumáticos complejos.

Prioriza el fortalecimiento de la comunicación familiar y el desarrollo de habilidades de afrontamiento.

La intervención para estrés traumático infantil y familiar (CFTSI, por sus siglas en inglés) es un tratamiento a corto plazo diseñado para prevenir el desarrollo de síntomas de trauma complejos. Se aplica poco después de que un niño ha experimentado un evento traumático o ha revelado un abuso físico o sexual. Se centra en ayudar a niños y cuidadores a comunicarse efectivamente entre sí, de manera que la familia pueda apoyar de mejor

manera al niño. También implica que tanto los niños como los cuidadores desarrollen habilidades de afrontamiento que puedan utilizar para comprender y manejar sus reacciones ante el trauma.⁴³

La CFTSI está diseñada para ser utilizada en una variedad de entornos como una manera inmediata de prevenir efectos negativos en los niños que han pasado por algo traumático, y también puede ser un paso intermedio antes de que la familia comience un tratamiento a más largo plazo. Se desarrolló originalmente para niños de siete años o más, pero también se ha adaptado para niños más pequeños.⁴⁴

Varios estudios indican que la CFTSI es eficaz para reducir los síntomas de estrés traumático y prevenir el desarrollo del TEPT. Un estudio piloto aleatorio encontró que los niños que participaron en la CFTSI presentaban una reducción de los síntomas de ansiedad y TEPT, y eran significativamente menos propensos a cumplir con los criterios para un diagnóstico de TEPT tres meses después de la intervención.⁴⁵ Una revisión posterior de los niños y cuidadores tratados con la CFTSI después de que el niño revelara haber sido abusado sexualmente encontró resultados similares, ya que tanto los niños como los cuidadores mostraron una disminución de los síntomas de trauma.⁴⁶

El mismo estudio descubrió que, si bien los niños y los cuidadores solían dar informes muy diferentes sobre los síntomas del niño antes de la intervención, tendían a coincidir mucho más después, lo que indica que la CFTSI parece tener éxito en su objetivo de ayudar a las familias a comunicarse de forma más eficaz y estar más en sintonía con las emociones y necesidades de los niños. Un amplio metanálisis también descubrió que los cuidadores que participaron en una CFTSI mostraron reducciones significativas en su propio estrés traumático, lo que probablemente tiene el efecto secundario de ayudarlos a apoyar a sus hijos de mejor manera.⁴⁷

Tratamientos desarrollados originalmente para adultos

Varios de los tratamientos para el trauma que están adquiriendo popularidad para su uso en niños se desarrollaron originalmente para ser usados en adultos con TEPT. Estos tratamientos suelen tener una base sólida de evidencia para su uso con adultos, pero menos evidencia de efectividad con niños. Por lo general se utilizan más con adolescentes que con niños pequeños.

DESENSIBILIZACIÓN Y REPROCESAMIENTO POR MOVIMIENTOS OCULARES (DRMO)

Intervención a corto plazo diseñada para ayudar a los participantes a procesar los recuerdos del trauma.

Los cuidadores no necesitan participar en el tratamiento.

Amplia evidencia de eficacia en adultos, con evidencia creciente para su uso en niños.

La desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (DRMO) se basa en la idea de que los recuerdos de eventos traumáticos algunas veces se almacenan en el cerebro como incidentes aislados que interrumpen los sistemas de procesamiento de información del cerebro. El tratamiento está diseñado para ayudar a las personas a integrar los recuerdos de eventos traumáticos a sus sistemas de memoria más amplios y procesar las emociones, sensaciones y creencias negativas asociadas a ellos.

La terapia en sí consiste en estimular el cerebro del individuo mediante movimientos oculares, así como pequeños golpes físicos o sonidos, ya que se cree que ayudan al cerebro a conectar el recuerdo aislado del trauma con redes neuronales más amplias y adaptables.⁴⁸ La DRMO suele llevarse a cabo durante ocho sesiones cuando se trabaja con niños. El terapeuta conduce al niño a analizar sus sentimientos y sensaciones físicas asociadas al trauma al mismo tiempo que guía los movimientos de sus ojos, a menudo pidiéndole al niño que siga el movimiento de sus manos.

Hasta el momento, se han realizado ocho ensayos controlados aleatorios de DRMO como tratamiento para niños con síntomas de trauma. Una revisión sistemática reciente de esta evidencia señala que, en general, la DRMO parece reducir los síntomas de trauma en niños, aunque aún se necesita más investigación sobre su eficacia.⁴⁹ La misma revisión encontró que la DRMO suele requerir menos sesiones que otros tratamientos similares, y también parece reducir los síntomas de depresión y ansiedad.

La investigación que compara directamente la DRMO con otros tratamientos del trauma es mínima hasta el momento. Los autores de un metanálisis de varios tratamientos concluyeron que la evidencia general indica que la TCC es un tratamiento para el trauma más prometedor para niños, y que se necesita más investigación sobre la DRMO.⁵⁰ Un metanálisis más reciente de estudios que analizan la eficacia de la DRMO y la TCC-CT encontró que la TCC-CT puede ser ligeramente más eficaz que la DRMO.⁵¹ Los autores postulan que la eficacia añadida de la TCC-CT sobre la DRMO puede deberse al modelo relativamente flexible de la TCC-CT y al énfasis en incluir a los cuidadores en el tratamiento, pero se necesita más investigación para comprender la diferencia.

A pesar de la necesidad de mayor evidencia, la DRMO es cada vez más frecuente en el tratamiento del trauma por varias razones. A diferencia de muchos tratamientos para el trauma en niños, la DRMO no implica hacer tareas ni realizar descripciones detalladas del evento traumático. Se puede completar con relativa rapidez, lo que la hace especialmente valiosa como intervención en caso de crisis. No requiere la participación de los padres, lo que puede convertirla en una buena opción en los casos en los que los padres no pueden participar o cuando un niño mayor prefiere un tratamiento más independiente.

TERAPIA DE EXPOSICIÓN PROLONGADA

Reduce los síntomas del trauma al exponer gradualmente a los niños a recuerdos y situaciones que les causan ansiedad.

Implica también el desarrollo de habilidades de afrontamiento para el manejo de sentimientos difíciles.

Hay evidencia sólida de su eficacia en adultos, con algunos estudios que muestran su eficacia en niños.

La terapia de exposición prolongada (PE, por sus siglas en inglés) es un tratamiento que expone de manera gradual a los participantes a situaciones que les causan ansiedad. La idea es que al experimentar emociones difíciles en un entorno seguro y de apoyo, y procesar esos sentimientos con un terapeuta, las personas con TEPT pueden enfrentar sus temores relacionados con el trauma en lugar de evitarlos. Con el tiempo, sus miedos y síntomas del TEPT disminuyen. La exposición en la PE implica tanto el recuento de los recuerdos de la experiencia traumática como el manejo de las experiencias que provocan ansiedad en el mundo real. Los participantes también aprenden sobre reacciones comunes al trauma y desarrollan habilidades de afrontamiento para manejar desafíos futuros.⁵²

Existen lineamientos clínicos específicos para utilizar la PE con adolescentes,⁵³ pero la mayoría de las investigaciones sobre este tratamiento se han realizado con adultos con TEPT. Un metanálisis de la PE descubrió que es altamente eficaz y que tiene efectos similares a los de otros tratamientos, como la DRMO y la terapia de procesamiento cognitivo (véase más adelante).⁵⁴ Los estudios analizados incluían participantes adultos y adolescentes, y los autores no informaron diferencias en los resultados para adolescentes.

Más recientemente, un conjunto de pruebas controladas aleatorias ha encontrado resultados prometedores en el uso de la PE en adolescentes con TEPT. Un ensayo descubrió que las adolescentes que fueron tratadas con PE experimentaron una mayor reducción de los síntomas del TEPT y depresión que las participantes tratadas con terapia de apoyo.⁵⁵ Otro encontró resultados similares

incluso cuando el tratamiento fue administrado por enfermeras médicas que no tenían experiencia previa en el uso de la psicoterapia,⁵⁶ y los participantes que recibieron PE mostraron una mayor reducción de los síntomas incluso dos años después de haber finalizado su tratamiento.⁵⁷ Otro ensayo encontró que la PE también era eficaz para tratar la ideación suicida entre adolescentes con TEPT.⁵⁸

Todavía no hay muchos datos que apoyen el uso de la PE con niños más pequeños. No obstante, la evidencia hasta ahora es prometedora, especialmente porque la PE parece funcionar bien en una variedad de entornos de servicio y puede ser impartida eficazmente por profesionales sin mucha experiencia.

TERAPIA DE PROCESAMIENTO COGNITIVO

Tratamiento altamente estructurado que se basa en corregir creencias inexactas.

Puede incluir elementos de la terapia de exposición.

Hay más evidencia sobre su uso con adultos que con niños.

La terapia de procesamiento cognitivo (TPC) es un tratamiento para el TEPT altamente estructurado que se centra en identificar y corregir creencias inexactas o disfuncionales sobre el evento traumático. Puede incluir un componente de exposición a través de la escritura, en el que los participantes relatan sus experiencias traumáticas con el apoyo de un terapeuta, y también incluye educación sobre el TEPT y respuestas comunes al trauma.⁵⁹

La TPC es un tratamiento bien establecido para el TEPT en adultos, pero no se ha estudiado ampliamente para ser utilizado en niños o adolescentes. Un ensayo de viabilidad que utilizó una versión ligeramente modificada de la TPC para adolescentes con TEPT encontró que sus síntomas de estrés postraumático mejoraron significativamente y que la mejora persistió después de seis meses.⁶⁰ Y un ensayo controlado aleatorio más amplio con adolescentes que estaban experimentando TEPT debido a abusos físicos o sexuales en la infancia

encontró resultados igualmente prometedores.⁶¹ Los autores informan que los resultados del ensayo más amplio “tienen efectos comparables a los descritos en la TPC para adultos, así como a los niveles de efecto generales descritos en los metanálisis sobre el tratamiento del TEPT para niños y adolescentes”.

También se encontraron resultados similares en la reducción de los síntomas en un estudio reciente de evaluación de programas que comparó los resultados de los adolescentes con los de los adultos que recibieron TPC para el TEPT.⁶² Adicionalmente, los adolescentes tenían más probabilidades que los adultos de completar el tratamiento. Los autores interpretan estos resultados como un indicador de que la TPC probablemente sea un tratamiento útil en especial para adolescentes que podrían no tener el apoyo de un cuidador, el cual es necesario para otros tratamientos basados en evidencia como la TCC-CT.

Intervenciones grupales en la escuela

Además de las iniciativas más amplias de atención informada sobre el trauma para comunidades escolares, existen tratamientos para niños que están lidiando con un trauma, diseñados específicamente para ser impartidos en las escuelas. Estas intervenciones se realizan en grupo durante la jornada escolar habitual, lo que significa que pueden ser especialmente útiles para los niños y adolescentes que no tienen acceso a una atención de salud mental confiable y accesible.

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL TRAUMA EN ESCUELAS (CBITS)

Una de las principales intervenciones para el trauma en escuelas.

Formato de tratamiento grupal.

Se enfoca en las habilidades que se trabajan en la terapia cognitivo-conductual.

Una de las principales intervenciones grupales en la escuela para niños que han experimentado un trauma se conoce como CBITS, por sus siglas en inglés. La CBITS se utiliza con estudiantes de *middle* y *high school* que han experimentado trauma y que presentan síntomas del TEPT. A lo largo de diez sesiones de grupo, los estudiantes aprenden habilidades extraídas de la terapia cognitivo-conductual para fortalecer los mecanismos de afrontamiento, procesar los recuerdos del trauma y manejar emociones difíciles con mayor facilidad.⁶³

La investigación sobre la eficacia de la CBITS es todavía limitada, pero hay una serie de estudios que indican que puede ayudar a los niños a recuperarse del trauma. El primer ensayo controlado aleatorio que evaluó la CBITS encontró que los estudiantes que habían sido expuestos a violencia y que participaron en la CBITS vieron reducciones significativas en los síntomas de depresión y TEPT, y que esos avances persistieron seis meses después.⁶⁴ Otro ensayo controlado aleatorio con un grupo diverso de estudiantes de *middle school* encontró reducciones similares en los problemas emocionales y

Estas intervenciones suelen realizarse en formato de grupo durante la jornada escolar habitual, y pueden ser especialmente útiles para adolescentes y niños que no tienen acceso a una atención de salud mental confiable y accesible.



de comportamiento, así como evidencia de que estas reducciones de los síntomas pueden estar conectadas con mejores resultados académicos.⁶⁵ Investigaciones adicionales han encontrado evidencia de que la CBITS sigue siendo igualmente eficaz cuando se amplía y se implementa en múltiples escuelas,⁶⁶ así como que el modelo puede ser adaptado para niños de comunidades étnicamente diversas en todo el país.⁶⁷

Además de la CBITS, otras prometedoras intervenciones para el trauma en escuelas incluyen el Tratamiento grupal del trauma para estudiantes (que fue desarrollado por el Child Mind Institute), el Club RAP,⁶⁸ Bounce Back para estudiantes de primaria,⁶⁹ y el *Support for Students Exposed to Trauma* (SSET) para estudiantes de *middle school*.⁷⁰

Tratamientos grupales para adolescentes

Los tratamientos grupales del trauma para adolescentes también adoptan formas más flexibles que pueden aplicarse en diversos entornos. Estas intervenciones se utilizan a menudo en entornos de corta duración, como centros de tratamiento intrahospitalarios, programas residenciales o centros de detención, aunque también se pueden utilizar en escuelas o entornos de tratamiento ambulatorio.

Hay relativamente pocos datos de ensayos controlados aleatorios que apoyen estos tratamientos, pero los datos disponibles muestran resultados prometedores. El potencial de estos programas para ser aplicados extensamente puede convertirlos en una forma valiosa de ampliar el acceso al tratamiento del trauma. Aquí examinamos algunos de los programas más destacados.

CAPACITACIÓN EN HABILIDADES DE REGULACIÓN AFECTIVA E INTERPERSONAL (STAIR)

STAIR es una intervención grupal desarrollada originalmente para apoyar a adultos sobrevivientes de abuso infantil. En una forma modificada, está diseñada para ayudar a los adolescentes que han experimentado un trauma a desarrollar habilidades emocionales y sociales. En entornos que permiten un tratamiento a largo plazo, también puede incluir sesiones adicionales centradas en el procesamiento del evento traumático y la elaboración de una narrativa del trauma, similares a las utilizadas en la TCC-CT. La capacitación STAIR también se puede llevar a cabo como tratamiento individual.^{71, 72, 73}

PSICOTERAPIA ESTRUCTURADA PARA ADOLESCENTES EN RESPUESTA AL ESTRÉS CRÓNICO (SPARCS)

SPARCS es la sigla en inglés de una intervención grupal desarrollada específicamente para atender las necesidades de los jóvenes que han experimentado un trauma complejo. Combina técnicas de varios tratamientos basados en evidencia. Se puede utilizar tanto con adolescentes diagnosticados con TEPT como con aquellos que han experimentado un trauma pero no cumplen con todos los criterios del TEPT.⁷⁴

A lo largo de 16 sesiones, los participantes en la psicoterapia SPARCS aprenden y practican habilidades de afrontamiento, autorregulación y comunicación eficaz con otros. A diferencia de muchos otros tratamientos para el trauma, en SPARCS no hay un componente de narrativa del trauma, pero los participantes hablan de sus experiencias traumáticas con el fin de comprender cómo esas experiencias afectan sus pensamientos, sentimientos y comportamientos en el presente.^{75, 76}

REGULACIÓN AFECTIVA Y TRAUMA: GUÍA CON FINES EDUCATIVOS Y TERAPÉUTICOS (TARGET)

TARGET es la sigla en inglés de una intervención grupal desarrollada originalmente para adultos que se centra en gran medida en desarrollar habilidades de regulación emocional como forma de hacer frente a los síntomas del trauma. Mediante una secuencia de 10 sesiones enseña habilidades que pueden ayudar a los niños a aprender a manejar las emociones difíciles y procesar los recuerdos de sus experiencias traumáticas.⁷⁷ También se puede llevar a cabo como tratamiento individual.^{78 79}

Hay pequeños estudios que apoyan cada una de estas intervenciones grupales, pero se necesita más investigación para comprender mejor su eficacia y cómo podrían apoyar a los niños en diversos entornos.

Tratamiento con medicamentos para los síntomas del trauma

Si bien las psicoterapias centradas en el trauma son la opción basada en evidencia para el tratamiento del TEPT en niños, los medicamentos también desempeñan un papel, en combinación con la terapia. En la mayoría de los casos, la recomendación es que se inicie con la terapia primero, y después se añada la medicación en caso de que el niño no responda a la terapia y sus síntomas sean graves.

Pero en algunos casos, los medicamentos son necesarios desde el principio, cuando un niño está demasiado angustiado como para participar en la terapia sin ellos. Y es posible que también se necesiten medicamentos cuando un niño tiene un trastorno coexistente, como depresión o ansiedad.

Aunque se ha demostrado que varias formas de medicamentos son eficaces para reducir los síntomas relacionados con el trauma en adultos, hay muy poca investigación sobre la efectividad de estos medicamentos en niños. Y la poca investigación que hay, sugiere que la efectividad en adultos a menudo no se replica en niños.^{80, 81}

A continuación, le presentamos la evidencia disponible sobre los medicamentos que se utilizan más comúnmente para tratar los síntomas de trauma en niños:

Medicamentos antiadrenérgicos: Estos medicamentos bloquean los receptores del sistema adrenérgico, que modula la respuesta de lucha o huida del organismo. También llamados agonistas adrenérgicos, se utilizan principalmente para reducir la presión arterial. Pero también se utilizan para reducir algunos tipos de ansiedad.

Propranolol: El propranolol, que a veces se prescribe para el tratamiento de la ansiedad situacional como el miedo escénico, ha demostrado en un estudio que reduce los síntomas del TEPT en niños. Pero otros estudios más rigurosos han presentado resultados negativos y se necesitan ensayos clínicos aleatorios.⁸²

Prazosina: La prazosina ha demostrado en varios estudios su eficacia en adultos diagnosticados con TEPT, y se ha mostrado prometedora en informes de casos reportados de niños que la toman por la noche para reducir las interrupciones del sueño y las pesadillas relacionadas con el TEPT. Pero no existen ensayos amplios, de tipo doble ciego y controlados con placebo que demuestren la seguridad o eficacia de la prazosina en niños.⁸³

Clonidina y guanfacina: La clonidina y la guanfacina se utilizan regularmente para tratar los síntomas del TDAH, así como la agresividad en niños. Se han utilizado para reducir la hiperactivación y las interrupciones del sueño y las pesadillas en niños con TEPT, aunque hay pocas pruebas que apoyen su uso.⁸⁴

Medicamentos antidepresivos: Varios inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la sertralina y la paroxetina, están aprobados por la FDA para el tratamiento de adultos con TEPT. Los resultados de los estudios en niños con TEPT son diversos:⁸⁵ dos estudios abiertos de citalopram mostraron una mejora en los síntomas, pero dos ensayos controlados aleatorios no mostraron ningún beneficio con la sertralina en comparación con el placebo. En algunos niños, los ISRS pueden provocar irritabilidad, falta de sueño o falta de atención, lo que los hace poco recomendables para estos niños, ya que su TEPT de por sí provoca ya una hiperactivación problemática.⁸⁶

Antipsicóticos: Los antipsicóticos atípicos o de segunda generación, como la quetiapina y la risperidona, han demostrado en estudios abiertos y estudios de casos que reducen los síntomas relacionados con el trauma en jóvenes. Se utilizan en niños que experimentan agresividad, rabia, cavilaciones y episodios disociativos. Pero no se recomiendan para otros niños con TEPT debido a las elevadas tasas de efectos secundarios problemáticos, como un aumento de peso significativo y cambios hormonales preocupantes.^{87, 88}

Aunque se ha demostrado que varias formas de medicamentos son eficaces para reducir los síntomas relacionados con el trauma en adultos, hay muy poca investigación sobre la efectividad de estos medicamentos en niños. Y la poca investigación que hay, sugiere que la efectividad en adultos a menudo no se replica en niños.



Capítulo tres

¿Qué significa enfoque informado sobre el trauma?

A menudo parece como si los programas “informados sobre el trauma” estuvieran por todos lados. Pero al igual que lo que ocurre con el propio término “trauma”, el “enfoque informado sobre el trauma” es un concepto que no tiene una definición única y clara, ni una base de evidencia concluyente. Puede ser difícil saber qué hace que un proveedor de tratamiento, un programa escolar o en algún otro entorno utilicen un enfoque informado sobre el trauma, y lo que esa designación puede significar para los niños involucrados.

Una de las definiciones operativas más comunes de lo que significa un enfoque informado sobre el trauma proviene de la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) dentro del U.S. *Department of Health and Human Services*. En 2014, la SAMHSA publicó lineamientos sobre el trauma en los que se definen las “cuatro R” de un enfoque informado sobre el trauma. Para calificar como informado sobre el trauma, los profesionales y organizaciones deben:⁸⁹

- **Recordar** que el trauma es frecuente y puede producir impactos profundos.
- **Reconocer** las señales del trauma.
- **Responder** con los apoyos adecuados.
- **Resistir** la retraumatización, al evitar prácticas que puedan dañar a las personas con antecedentes traumáticos.

Estos lineamientos incluyen también principios para desarrollar prácticas informadas sobre el trauma a lo largo de toda una organización, y a menudo se citan como marco de referencia para programas específicos informados sobre el trauma.

La *National Child Traumatic Stress Network* utiliza una definición similar para definir cómo los sistemas informados sobre el trauma pueden apoyar a los niños:

“Un sistema de servicios para niños y familias informado sobre el trauma es aquel en el que todas las partes involucradas reconocen y responden al impacto del estrés traumático en quienes tienen contacto con el sistema, incluidos los niños, los cuidadores y los proveedores de servicios. Los programas y las agencias dentro de dicho sistema infunden y mantienen la conciencia, el conocimiento y las habilidades relacionadas con el trauma en sus culturas, prácticas y políticas organizacionales. Actúan en colaboración con todos los que están involucrados con el niño, utilizando la mejor ciencia disponible, con el fin de maximizar la seguridad física y psicológica del niño y la familia, facilitar su recuperación y apoyar su capacidad de salir adelante”.⁹⁰

La idea básica de este tipo de definiciones es que los servicios informados sobre el trauma no tienen que lucir de una sola manera. Más bien, cualquier organización, sistema o entorno puede trabajar con un enfoque informado sobre el trauma si integra la comprensión y la respuesta al trauma en todas sus actividades.

Dada la falta de acuerdo sobre las definiciones y normas,⁹¹ no es de extrañar que haya poca información acerca de cómo funcionan las prácticas informadas sobre el trauma, su eficacia y cómo aplicarlas y evaluarlas. Actualmente, la mayoría de estas prácticas son experimentos que responden a la mayor conciencia sobre la importancia del trauma, y pasarán años antes de que haya un conjunto confiable de evidencia acerca de lo que funciona y lo que no.

Sistemas informados sobre el trauma

ENTORNOS DE SALUD MENTAL

Uno de los lugares en los que se suelen encontrar servicios informados sobre el trauma es en el ámbito de acción de los proveedores de salud mental y conductual. Brindar una atención de salud mental informada sobre el trauma no significa necesariamente tratar los síntomas del trauma de manera directa o tener un protocolo de tratamiento específico, sino seguir principios informados sobre el trauma como los ya mencionados, sin importar el tipo de tratamiento que se brinde.

Los lineamientos para brindar una atención de salud mental informada sobre el trauma varían, pero suelen incluir medidas como las siguientes, que proceden de una guía para profesionales clínicos de la SAMHSA:

- Realizar evaluaciones rutinarias para la detección de trauma con todos los pacientes.
- Capacitar a todo el personal sobre los impactos y las señales de trauma.
- Tener en cuenta cómo los antecedentes culturales y la experiencia de vida del paciente pueden moldear su comprensión sobre el trauma.
- Alinear los objetivos del tratamiento con los síntomas de trauma del paciente, si los hay.
- Dar prioridad al plan de seguridad como objetivo inicial (para pacientes que experimentan un trauma continuo).
- Hacer énfasis en la autonomía, la resiliencia y la colaboración, para reconstruir los sentidos de competencia personal y conexión interpersonal que el trauma suele interrumpir.
- Evitar el uso de técnicas que pudieran retraumatizar a los pacientes (como las restricciones, el aislamiento o la confrontación).
- Brindar apoyo al personal para lidiar con el trauma secundario (síntomas relacionados con el trauma que se producen como resultado de la exposición al trauma de otra persona).⁹²

La investigación acerca de la atención informada sobre el trauma en la práctica pediátrica es limitada. Pero incorporar una mayor concientización sobre el trauma en la atención médica de rutina podría ayudar a los profesionales a identificar a los niños que pudieran estar experimentando un trauma. También puede ayudar a las familias a obtener apoyo.

ENTORNOS MÉDICOS

La investigación acerca de la atención informada sobre el trauma en la práctica pediátrica es limitada. Pero incorporar una mayor concientización sobre el trauma en la atención médica de rutina podría ayudar a los profesionales a identificar a los niños que pudieran estar experimentando un trauma. Los profesionales clínicos podrían desempeñar un rol positivo al ayudar a las familias a obtener apoyo cuando lo necesitan.

En la práctica, esto puede significar evaluar a los niños para la detección del trauma durante la consulta médica y, cuando la evaluación y la detección no sean factibles (como ocurre durante la atención de emergencia), tratar automáticamente a los niños como si pudieran haber experimentado un trauma en el pasado.⁹³ Además, algunos enfoques de atención informada sobre el trauma recomiendan hacer énfasis en garantizar la continuidad de la atención entre proveedores, involucrar a toda la familia en la atención médica pediátrica, promover prácticas de autocuidado entre el personal médico y proporcionar a la familia apoyo emocional y contactos con los servicios de salud mental cuando corresponda.⁹⁴

Dichas prácticas pueden ser especialmente útiles en los entornos médicos que tratan a niños que han experimentado traumas físicos, lo cual los pone en riesgo de desarrollar TEPT.⁹⁵

ESCUELAS

El movimiento de escuelas informadas sobre el trauma ha crecido en los últimos años. A veces, esto puede implicar proporcionar tratamientos para el trauma en las escuelas, pero también se puede referir a prácticas administrativas y curriculares más amplias. Por ejemplo, los programas escolares informados sobre el trauma podrían implicar la detección del trauma entre los estudiantes, la capacitación del personal para reconocer las señales de trauma y hacer las referencias correspondientes, brindar talleres para padres sobre los efectos del trauma e implementar políticas disciplinarias que consideren el trauma como una posible causa del mal comportamiento y a su vez eviten retraumatizar a los estudiantes a través de castigos.

Una vez más, todavía no existe un estándar claro de lo que hace que una escuela o un programa escolar sea “informado sobre el trauma” y no hay un cuerpo robusto de evidencia sobre cómo las prácticas informadas sobre el trauma podrían impactar en los resultados de los estudiantes. La evidencia disponible es prometedora, pero todavía es un campo de estudio relativamente nuevo. Una revisión sistemática realizada en 2020 encontró documentación de varios programas escolares que cumplen los criterios establecidos por la SAMHSA en 2014 para la práctica informada sobre el trauma, y señala que estos programas generalmente reportan resultados positivos.⁹⁶ Sin embargo, los autores del análisis concluyen que la base de evidencia para programas como estos es débil en general, con pocos estudios disponibles, así como problemas de sesgo y otras limitaciones en los estudios existentes.

Mirar hacia el futuro

Así como es evidente que el trauma es un desafío frecuente para los niños y las familias, es igualmente claro que sus efectos son tratables. La investigación disponible en este campo es alentadora, con múltiples intervenciones que se muestran prometedoras para reducir los impactos de las experiencias traumáticas y ayudar a niños y adolescentes a superar la adversidad.

Al mismo tiempo, todavía hay mucho que desconocemos. Como deja claro este informe, es necesario seguir trabajando para identificar estrategias viables para prevenir y tratar el trauma. Y son necesarios más ensayos controlados aleatorios para comprobar los enfoques prometedores y comprender si funcionan para distintas poblaciones de niños, que incluyen diferentes orígenes raciales y étnicos, grupos socioeconómicos, grupos geográficos y grupos de edad. También hay datos limitados sobre cómo los entornos específicos de provisión de servicios y otros factores logísticos podrían afectar al tratamiento.



Además, es fundamental seguir investigando en qué se diferencian el trauma complejo y el trauma crónico del trauma que se deriva de una única experiencia. Algunos investigadores han señalado que la TCC-CT, el principal tratamiento para el trauma en niños, puede que no satisfaga plenamente las necesidades de los niños que han sufrido traumas complejos, en especial cuando no es factible que sus cuidadores participen en el tratamiento.⁹⁷ Y un reciente metanálisis encontró que no existe hasta el momento ningún análisis exhaustivo sobre la idoneidad de las intervenciones existentes en cuanto al tratamiento de los impactos del trauma complejo.⁹⁸

Por último, a medida que continuamos desarrollando directrices y prácticas para los tratamientos del trauma y la atención informada sobre el trauma, también es esencial trabajar para reducir la incidencia de los eventos traumáticos en sí mismos. La violencia, el abuso, el abandono y otras experiencias que conducen al trauma no ocurren en el vacío. Como han puesto de manifiesto con especial crudeza los últimos años, las experiencias traumáticas están entrelazadas con las políticas públicas y los sistemas socioculturales más amplios que a menudo no satisfacen las necesidades materiales y psicológicas de las familias. Para minimizar el impacto del trauma en niños se requiere no solo la prevención y la intervención a nivel individual, sino también el compromiso de garantizar que todas las familias y las comunidades dispongan de los recursos y el apoyo necesarios para criar niños sanos y prósperos.

Perspectivas de los cuidadores sobre el trauma

El trauma tiene un significado diferente para cada persona que lo experimenta. Por eso hemos realizado una nueva encuesta del Child Mind Institute/Ipsos que complementa la investigación disponible sobre el tratamiento y ofrece una visión más personal de las formas en que el trauma afecta las experiencias vividas por las familias estadounidenses. Preguntamos a los padres cómo les ha ido a sus hijos durante la pandemia, cómo ha afectado el trauma a sus familias y si han podido obtener apoyo cuando lo han necesitado.

Para conocer más sobre la encuesta y ver los resultados, visite childmind.org/informe2022.

Conozca más



Visite childmind.org/informe2022 para descargar este informe, leer los resultados de una nueva encuesta del Child Mind Institute con recopilación de datos por parte de Ipsos sobre las perspectivas de los cuidadores en torno al trauma, y encontrar enlaces a recursos prácticos para padres y educadores.

ÚNASE A NOSOTROS

Millones de niños con ansiedad, depresión, TDAH y otros trastornos mentales y del aprendizaje se quedan sin recibir diagnóstico y tratamiento. Juntos podemos cambiar esta situación. Cualquier donativo es importante. Visite childmind.org/done

CONÉCTESE

Siga, suscríbase y comparta nuestro contenido sobre enfoques basados en evidencia para la salud mental de los niños y los trastornos del aprendizaje. Visite childmind.org/boletín.

-  fb.com/childmindinstitute
-  fb.com/childmindinstituteespanol
-  [@twitter.com/childmindinst](https://twitter.com/childmindinst)
-  [@instagram.com/childmindinstitute](https://instagram.com/childmindinstitute)
-  youtube.com/childmindinstitute

1. van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.

2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. American Psychiatric Association, Arlington, VA.

3. U.S. Department of Veterans Affairs. (n.d.) *How common is PTSD in veterans?* https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common_veterans.asp

4. U.S. Department of Veterans Affairs. (n.d.) *How common is PTSD in children and teens?* https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common_children_teens.asp

5. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. American Psychiatric Association, Arlington, VA.

6. Centers for Disease Control. (n.d.) *Coping with a traumatic event*. <https://www.cdc.gov/masstrauma/factsheets/public/coping.pdf>

7. McLaughlin, K. A., & Lambert, H. K. (2017). Child trauma exposure and psychopathology: Mechanisms of risk and resilience. *Current Opinion in Psychology*, 14, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.10.004>

8. Malarbi, S., Abu-Rayya, H. M., Muscara, F., & Stargatt, R. (2017). Neuro-psychological functioning of childhood trauma and post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 72, 68–86. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.11.004>

9. DeAngelis, T. (2019). The legacy of trauma. *Monitor on Psychology*, 50(2), 36. <https://www.apa.org/monitor/2019/02/legacy-trauma>

10. Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. (41)4, 412–425. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.412>

11. van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.

12. Centers for Disease Control. (2019). *Adverse childhood experiences (ACEs): Preventing early trauma to improve adult health*. <https://www.cdc.gov/vitalsigns/aces/index.html>

13. Ibid.

14. Kliethermes, M., Schacht, M., & Drewry, K. (2014). Complex trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 339–361. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.12.009>

15. Ibid.

16. Wamser-Nanney, R., & Vandenberg, B. R. (2013). Empirical support for the definition of a complex trauma event in children and adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 26(6), 671–678. <https://doi.org/10.1002/jts.21857>

17. Briere, J. N., & Lanktree, C. (2011). *Treating complex trauma in adolescence and young adulthood*. SAGE Publications.

18. Wamser-Nanney, R., Cherry, K. E., Campbell, C., & Trombetta, E. (2021). Racial differences in children's trauma symptoms following complex trauma exposure. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(5-6), 2498–2520. <https://doi.org/10.1177/0886260518760019>

19. Cohen, J. A. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(4), 414–430. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.12.020>

20. Smith, P., Dalgleish, T. T., & Meiser-Stedman, R. R. (2018). Practitioner review: Post-traumatic stress disorder and its treatment in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(5), 500–515. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12983>

21. Ibid.

22. Gutermann, J., Schreiber, F., Matulis, S., Schwartzkopff, L., Deppe, J., & Steil, R. (2016). Psychological treatments for symptoms of post-traumatic stress disorder in children, adolescents, and young adults: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19(2), 77–93. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0202-5>

23. Bastien, J., Jongsma, H. E., Kabadayi, M., & Billings, J. (2020). The effectiveness of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children, adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 50(10), 1598–1612. <https://doi.org/10.1017/S0033291720002007>

24. Ibid.

25. Hoogsteder, L. M., ten Thijs, L., Schippers, E. E., & Stams, G. J. J. (2021). A meta-analysis of the effectiveness of EMDR and TF-CBT in reducing trauma symptoms and externalizing behavior problems in adolescents. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 66(6-7), 735–757. <https://doi.org/10.1177/0306624X211010290>

26. The National Child Traumatic Stress Network. (2012, October). *TF-CBT: Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy*. https://www.nctsn.org/sites/default/files/interventions/tfcbt_fact_sheet.pdf

27. Weiner, D., Schneider, S., & 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, 1199–1205. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2009.08.013>

28. The National Child Traumatic Stress Network. (2012, October). *TF-CBT: Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy*. https://www.nctsn.org/sites/default/files/interventions/tfcbt_fact_sheet.pdf

29. Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2017). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents, Second Edition*. The Guilford Press.

30. Lenz, A. S., & Hollenbaugh, K. M. (2015). Meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for treating PTSD and co-occurring depression among children and adolescents. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 6(1), 18–32. <https://doi.org/10.1177/2150137815573790>

31. Lee, A. H. & Brown, E. (2022). Examining the effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy on children and adolescents' executive function. *Child Abuse & Neglect*, 126, 105516. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105516>

32. McGuire, A., Steele, R. G., & Singh, M. N. (2021). Systematic review on the application of trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) for preschool-aged children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(1), 20–37. <https://doi.org/10.1007/s10567-020-00334-0>

33. Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2017). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents, Second Edition*. The Guilford Press.

34. Ibid.

35. arcframework.org. (n.d.) *What is ARC?* <https://arcframework.org/what-is-arc/>

36. Kinniburgh, K. J., Blaustein, M., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2005). Attachment, self-regulation, and competency. *Psychiatric Annals*, 35(5), 424–430. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-08>

37. Hodgdon, H. B., Kinniburgh, K., Gabowitz, D., Blaustein, M. E., & Spinazzola, J. (2013). Development and implementation of trauma-informed programming in youth residential treatment centers using the ARC framework. *Journal of Family Violence*, 28(7), 679–692. <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9531-z>

38. Hodgdon, H. B., Blaustein, M., Kinniburgh, K., Peterson, M. L., & Spinazzola, J. (2015). Application of the ARC model with adopted children: Supporting resiliency and family well being. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 9(1), 43–53. <https://doi.org/10.1007/s40653-015-0050-3>

39. Arvidson, J., Kinniburgh, K., Howard, K., Spinazzola, J., Strothers, H., Evans, M., Andres, B., Cohen, C., & Blaustein, M. E. (2014). Treatment of trauma in young children: Developmental and cultural considerations in application of the ARC intervention model. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4(1), 34–51. <https://doi.org/10.1080/19361521.2011.545046>

40. The National Child Traumatic Stress Network. (2012, April). *CPP: Child-Parent Psychotherapy*. https://www.nctsn.org/sites/default/files/interventions/cpp_fact_sheet.pdf

41. Ghosh Ippen, C., Harris, W. W., Van Horn, P., & Lieberman, A.F. (2011). Traumatic and stressful events in early childhood: Can treatment help those at highest risk? *Child Abuse & Neglect*, 35(7), 504–513. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.03.009>

42. Lakatos, P. P., Matic, T., Carson, M., & Williams, M. E. (2019). Child–parent psychotherapy with infants hospitalized in the neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26(4), 584–596. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09614-6>

43. Epstein, C., Hahn, H., Berkowitz, S., & Marans, S. (2017). The Child and Family Traumatic Stress Intervention. In *Evidence-Based Treatments for Trauma Related Disorders in Children and Adolescents* (pp. 145–166). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-46138-0_7

44. Ibid.

45. Berkowitz, S. J., Stover, C. S., & Marans, S. R. (2011). The Child and Family Traumatic Stress Intervention: Secondary prevention for youth at risk of developing PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(6), 676–685. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02321.x>

46. Hahn, H., Oransky, M., Epstein, C., Smith Stover, C., & Marans, S. (2015). Findings of an early intervention to address children's traumatic stress implemented in the Child Advocacy Center setting following sexual abuse. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 9(1), 55–66. <https://doi.org/10.1007/s40653-015-0059-7>

47. Hahn, H., Putnam, K., Epstein, C., Marans, S., & Putnam, F. (2019). Child and family traumatic stress intervention (CFTSI) reduces parental posttraumatic stress symptoms: A multi-site meta-analysis (MSMA). *Child Abuse & Neglect*, 92, 106–115. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.03.010>

48. Shapiro, F., Wessellmann, D., & Mevissen, L. (2017). Eye movement desensitization and reprocessing therapy (EMDR). In *Evidence-Based Treatments for Trauma Related Disorders in Children and Adolescents* (273–297). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-46138-0_13

49. Manzoni, M., Fernandez, I., Bertella, S., Tizzoni, F., Gazzola, E., Molteni, M., & Nobile, M. (2021). Eye movement desensitization and reprocessing: The state of the art of efficacy in children and adolescents with post traumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 282, 340–347. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.088>

50. Gutermann, J., Schreiber, F., Matulis, S., Schwartzkopff, L., Deppe, J., & Steil, R. (2016). Psychological treatments for symptoms of posttraumatic stress disorder in children, adolescents, and young adults: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19(2), 77–93. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0202-5>

51. Lewey, J. H., Smith, C. L., Burcham, B., Saunders, N. L., Elfallal, D., & O'Toole, S. K. (2018). Comparing the effectiveness of EMDR and TF-CBT for children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11(4), 457–472. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0212-1>

52. Foa, E. B., Chrestman, K. R., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). *Prolonged exposure therapy for adolescents with PTSD emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide*. Oxford University Press.

53. Ibid.

54. Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., & Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 635–641. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.007>

55. Foa, E. B., McLean, C. P., Capaldi, S., & Rosenfield, D. (2013). Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse–related PTSD in adolescent girls: A randomized clinical trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 310(24), 2650–2657. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.282829>

56. Rossouw, J., Yadin, E., Alexander, D., & Seedat, S. (2018). Prolonged exposure therapy and supportive counselling for post-traumatic stress disorder in adolescents: Task-shifting randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 213(4), 587–594. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.130>

57. Rossouw, Yadin, E., Alexander, D., & Seedat, S. (2020). Long-term follow-up of a randomised controlled trial of prolonged exposure therapy and supportive counselling for post-traumatic stress disorder in adolescents: A task-shifted intervention. *Psychological Medicine*, 52, 1022–1030. <https://doi.org/10.1017/S0033291720002731>

58. Brown, L. A., Belli, G., Suzuki, N., Capaldi, S., & Foa, E. B. (2020). Reduction in suicidal ideation from prolonged exposure therapy for adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 49(5), 651–659. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1614003>

59. Rosner, R., Rimane, E., Frick, U., Gutermann, J., Hagl, M., Renneberg, B., Schreiber, F., Vogel, A., & Steil, R. (2019). Effect of developmentally adapted cognitive processing therapy for youth with symptoms of posttraumatic stress disorder after childhood sexual and physical abuse. *JAMA Psychiatry*, 76(5), 484–49. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.4349

60. Vogel, A., & Rosner, R. (2019). Lost in transition? Evidence-based treatments for adolescents and young adults with posttraumatic stress disorder and results of an uncontrolled feasibility trial evaluating cognitive processing therapy. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 23(1), 122–152. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00305-0>

61. Rosner, R., Rimane, E., Frick, U., Gutermann, J., Hagl, M., Renneberg, B., Schreiber, F., Vogel, A., & Steil, R. (2019). Effect of developmentally adapted cognitive processing therapy for youth with symptoms of posttraumatic stress disorder after childhood sexual and physical abuse. *JAMA Psychiatry*, 76(5), 484–49. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.4349

62. LoSavio, S. T., Murphy, R. A., & Resick, P. A. (2021). Treatment outcomes for adolescents versus adults receiving cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder during community training. *Journal of Traumatic Stress*, 34(4):757-763. doi: 10.1002/jts.22668

63. Stein, B. D., Jaycox, L. H., Kataoka, S. H., Wong, M., Langley, A. K., Avila, J. L., Bonilla, A., Castillo-Campos, P., Cohen, J. B., Dean, K. L., DuClos, J. L., Elliott, M. N., Escudero, P., Fink, A., Fuentes, S., Gegenheimer, K. L., Halsey, K., Mannarino, A. P., Nadeem, E., ... Zaragoza, C. (2011). *Helping children cope with violence and trauma: A school-based program that works*. Santa Monica, CA: RAND Corporation. https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB4557-2.html

64. Ibid.

65. Sumi, W. C., Woodbridge, M. W., Wei, X., Thornton, P. S., & Roundfield, K. D. (2021). Measuring the impact of trauma-focused, cognitive behavioral group therapy with middle school students. *School Mental Health*, 13, 680–694. <https://doi-org.proxy.wexler.hunter.cuny.edu/10.1007/s12310-021-09452-8>

66. Hoover, S.A., Sapere, H., Lang, J. M., Nadeem, E., Dean, K. L., & Vona, P. (2018). Statewide implementation of an evidence-based trauma intervention in schools. *School Psychology Quarterly*, 33(1), 44–53. <https://doi.org/10.1037/spq0000248>

67. Ngo, V., Langley, A., Kataoka, S. H., Nadeem, E., Escudero, P., & Stein, B. D. (2008). Providing evidence-based practice to ethnically diverse youths: Examples from the Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools (CBITS) program. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 858–862. doi:10.1097/CHI.0b013e3181799f19

68. Mendelson, T., Clary, L. K., Sibinga, E., Tandon, D., Musci, R., Mmari, K., Salkever, D., Stuart, E. A., & Ialongo, N. (2020). A randomized controlled trial of a trauma-informed school prevention program for urban youth: Rationale, design, and methods. *Contemporary Clinical Trials*, 90, 105895. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2019.105895>

69. Langley, A. K., Gonzalez, A., Sugar, C. A., Solis, D., & Jaycox, L. (2015). Bounce Back: Effectiveness of an elementary school-based intervention for multicultural children exposed to traumatic events. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 853–865. <https://doi.org/10.1037/ccp0000051>

70. Jaycox, L. H., Kataoka, S. H., Stein, B. D., Wong, M., & Langley, A. (2005). Responding to the needs of the community: A stepped care approach to implementing trauma-focused interventions in schools, *Report on Emotional and Behavioral Disorders in Youth*, 5(4):85–88, 100–03. https://www.rand.org/pubs/external_publications/EP20050931.html
71. Gudiño, O. G., Leonard, S., Stiles, A. A., Havens, J. F., & Cloitre, M. (2017). STAIR narrative therapy for adolescents. In *Evidence-Based Treatments for Trauma Related Disorders in Children and Adolescents* (pp. 251–271). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-46138-0_12
72. Gudiño, O. G., Leonard, S., & Cloitre, M. (2015). STAIR-A for girls: A pilot study of a skills-based group for traumatized youth in an urban school setting. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 9(1), 67–79. <https://doi.org/10.1007/s40653-015-0061-0>
73. Gudiño, O. G., Weis, J. R., Havens, J. F., Biggs, E. A., Diamond, U. N., Marr, M., Jackson, C., & Cloitre, M. (2014). Group trauma-informed treatment for adolescent psychiatric inpatients: A preliminary uncontrolled trial. *Journal of Traumatic Stress*, 27(4), 496–500. <https://doi.org/10.1002/jts.21928>
74. Habib, M., Labruna, V., & Newman, J. (2013). Complex histories and complex presentations: Implementation of a manually-guided group treatment for traumatized adolescents. *Journal of Family Violence*, 28(7), 717–728. <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9532-y>
75. Ibid.
76. Weiner, D. A., Schneider, A., & 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(11), 1199–1205. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.08.013>
77. The National Child Traumatic Stress Network. (2012, October). *TARGET: Trauma Affect Regulation: Guide for Education and Therapy*. https://www.nctsn.org/sites/default/files/interventions/target_fact_sheet.pdf
78. Marrow, M. T., Knudsen, K. J., Olafson, E., & Bucher, S. E. (2014). The value of implementing TARGET within a trauma-informed juvenile justice setting. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 5(3), 257–270. <https://doi.org/10.1080/19361521.2012.697105>
79. Ford, J. D., Steinberg, K. L., Hawke, J., Levine, J., & Zhang, W. (2012). Randomized trial comparison of emotion regulation and relational psychotherapies for PTSD with girls involved in delinquency. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(1), 27–37. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.632343>
80. Smith, P., Dalgleish, T. T., & Meiser-Stedman, R. R. (2018). Practitioner review: Post-traumatic stress disorder and its treatment in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(5), 500–515. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12983>
81. Robb, A. S., Cueva, J. E., Sporn, J., Yang, R., & Vanderburg, D. G. (2010). Sertraline treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder: A double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 20(6), 463–471. <https://doi.org/10.1089/cap.2009.0115>
82. Strawn, J., & Keeshin, B. (2022). *Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder in children and adolescents*. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-posttraumatic-stress-disorder-in-children-and-adolescents>
83. Ibid.
84. Ibid.
85. Cohen, J. A. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(4), 414–430. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.12.020>
86. Ibid.
87. Strawn, J. & Keeshin, B. (2022). *Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder in children and adolescents*. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-posttraumatic-stress-disorder-in-children-and-adolescents>
88. Smith, P., Dalgleish, T. T., & Meiser-Stedman, R. R. (2018). Practitioner review: Post-traumatic stress disorder and its treatment in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(5), 500–515. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12983>
89. U.S. Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf
90. National Child Traumatic Stress Network (n.d.) *Creating trauma-informed systems*. <https://www.nctsn.org/trauma-informed-care/creating-trauma-informed-systems>
91. Champine, R. B., Lang, J. M., Nelson, A. M., Hanson, R. F. and Tebes, J. K. (2019). Systems measures of a trauma-informed approach: A systematic review. *American Journal of Community Psychology*, 64(3–4), 418–437. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12388>
92. U.S. Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015). *Trauma-informed care in behavioral health services: Quick guide for clinicians*. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma15-4912.pdf>
93. Marsac, M. L., Kassam-Adams, N., Hildenbrand, A. K., Nicholls, E., Winston, F. K., Leff, S. S., & Fein, J. (2015). Implementing a trauma-informed approach in pediatric health care networks. *JAMA Pediatrics*, 170(1), 70–11. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.2206>
94. Ibid.
95. Meneses, E., Kinslow, K., McKenney, M., & Elkbuli, A. (2021). Post-traumatic stress disorder in adult and pediatric trauma populations: A literature review. *The Journal of Surgical Research*, 259, 357–362. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.09.023>
96. Avery, J. C., Morris, H., Galvin, E., Misso, M., Savaglio, M., & Skouteris, H. (2020). Systematic review of school-wide trauma-informed approaches. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 14(3), 381–397. <https://doi.org/10.1007/s40653-020-00321-1>
97. Mahoney, D. & Markel, B. (2016). An integrative approach to conceptualizing and treating complex trauma. *Psychoanalytic Social Work*, 23(1), 1–22. <https://doi.org/10.1080/15228878.2015.1104640>
98. Niemeyer, H., Lorbeer, N., Mohr, J., Baer, E., & Knaevelsrud, C. (2022). Evidence-based individual psychotherapy for complex posttraumatic stress disorder and at-risk groups for complex traumatization: A meta-review. *Journal of Affective Disorders*, 299, 610–619. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.056>