



Col·legi Oficial de
Psicologia de Catalunya

Guía de Intervención Multidisciplinar para Niños y Adolescentes Traumatizados

*Información, psicoeducación, valoración y
derivación en Trauma psicológico*

Autores:

Grupos de Trabajo de EMDR (Barcelona) y Trauma – EMDR (Girona) del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya

Grupo de Trauma y EMDR del Colegio Profesional de Psicología de Aragón

Grupo de Trabajo de Psicoterapia EMDR del Col·legi Oficial de Psicologia de les Illes Balears

Grupo de Trabajo de Apego, Trauma y Disociación del Col·legi Oficial de Psicologia de la Comunitat Valenciana

Grupo de Trabajo de Trauma y Disociación del Colegio Oficial de Psicólogos de la Región de Murcia

Grupo de Trabajo de Trauma del Colegio Oficial de Psicólogos de La Rioja

Grupo de Trabajo de Trauma y EMDR del Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia



ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN	3
2. EL MENOR TRAUMATIZADO	5
3. SÍNTOMAS DEL MENOR TRAUMATIZADO	6
4. RECOGIDA DE INFORMACIÓN DEL MENOR TRAUMATIZADO: PASOS A SEGUIR	7
5. INFORMACIÓN, PSICOEDUCACIÓN Y VALORACIÓN	8
6. INTERVENCIÓN	8
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	9

1. INTRODUCCIÓN

La exposición a hechos estresantes está demostrando tener un papel fundamental en el origen de numerosas psicopatologías, especialmente si cuenta con factores psicosociales y de vulnerabilidad genética, como enuncia la “Teoría del Origen Multifactorial de los Trastornos mentales” (Rutter, 2009).

Estas experiencias estresantes pueden darse a lo largo de toda la vida, no obstante, esta guía se centrará en el periodo de la infancia y adolescencia, definiendo qué es trauma complejo infantil, sus efectos en el desarrollo de la persona, los síntomas que pueden desarrollarse, la valoración y la intervención en niños y adolescentes traumatizados.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión 5 (DSM 5, en adelante) (American Psychiatric Association, 2013), el malestar psicológico derivado de una exposición a un evento traumático o estresante es variable y heterogéneo, en función de parámetros como las condiciones específicas del hecho estresante, el momento particular en el que ocurre, la edad a la que ocurre, el ambiente cultural y social, la fase evolutiva, la cronicidad, la predictibilidad, etcétera (Labrador y Alonso, 2007). Estos hechos estresantes pueden derivar en experiencias traumáticas con mayor o menor grado de complejidad, generando una serie de consecuencias psicológicas, médicas y sociales.

El **trauma complejo infantil** hace referencia a la exposición a múltiples eventos traumáticos crónicos que generan estrés emocional y consecuencias físicas y somáticas en los primeros años de vida, como por ejemplo malos tratos, negligencia, violencia familiar, enfermedades etc. El trauma complejo se deriva de la exposición a factores de estrés graves, repetitivos y prolongados, que suceden durante los periodos críticos de evolución del niño o niña y suelen dar como resultado mecanismos disfuncionales de regulación en el plano cognitivo, conductual y emocional (Burgermeister, 2007; Soler, 2008). La negligencia social o ausencia de cuidados adecuados en la infancia son considerados eventos traumáticos o estresantes que pueden derivar en diagnósticos de trastornos de apego según el DSM 5 (APA, 2013).

Las experiencias traumáticas pueden afectar, como vemos, al desarrollo de los niños a todos los niveles: médico, psicológico y social.

Algunos estudios demuestran que los niños que han vivido múltiples eventos traumáticos presentan problemas de adaptación y funcionamiento social, dificultades en las relaciones interpersonales, baja autoestima e inseguridad (Flynn, Cicchetti y Rogosch, 2014; Pereda, 2009; Young y Widom, 2014). Además, suelen experimentar un número mayor de emociones negativas y carecer de creencias positivas de sí mismos (Sanmartín, 2011; Shenk, Putnam y Noll, 2013).

A nivel cerebral, las estructuras cerebrales responsables de regular las emociones, la memoria y el comportamiento se desarrollan rápidamente en los primeros años de vida y son muy sensibles al daño causado por los efectos del estrés emocional o físico, incluyendo la negligencia (Van der Kolk, 2002; Van der Kolk, 2003). En niños con experiencias de negligencia social temprana también pueden darse retrasos en la cognición y el lenguaje (APA, 2013). Algunas de estas estructuras son hasta cierto grado más pequeñas en los sobrevivientes del



abuso, y la actividad cerebral irregular en estas áreas en personas que sobrevivieron el abuso (Bergherr, Bremner, Southwick, Charney y Krystal, 1997; Southwick et al., 1999); incluso esto puede asociarse en algunos casos con un incremento en la frecuencia de la violencia (Ertem, Leventhal y Dobbs, 2000).

El sistema hipotálamo-hipófiso-suprarrenal también se encuentra alterado (Serra, 2003); las personas que han experimentado trauma a menudo tienen niveles anormales de hormonas de estrés (Carpenter, Shattuck, Tyrka, Geraciotti, y Price, 2011) y las partes del cerebro responsables de manejar el estrés pueden no funcionar tan bien como en las personas que no han sido expuestas al trauma, provocando en las personas dificultades en el ámbito psicosocial, emocional, relacional y fisiológico (Soler, 2008). Además, se sabe que el estrés crónico modifica la plasticidad del hipocampo, las funciones cognitivas y la neurogénesis (Sauro et al., 2008).

Los diferentes estudios científicos indican que las personas que han padecido trauma psicológico en la infancia son más proclives a desarrollar trastornos mentales y problemas conductuales en la etapa adulta. Las adversidades infantiles se asocian al 44% de las psicopatologías con inicio en el desarrollo y al 32% en los adultos con un inicio tardío (Green et al., 2010). También, las adversidades infantiles están asociadas al padecimiento en la adultez de numerosos trastornos psicológicos como trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, de estrés postraumáticos, disociativos, por consumo de sustancias o psicóticos (Agorastos, et al., 2014; Van Nierop et al., 2015). De acuerdo con el DSM 5 (APA, 2013), los síntomas de ansiedad y miedo son una característica clínica típica en aquellas personas que han experimentado experiencias traumáticas o estresantes, así como síntomas anhedónicos, disfóricos, exteriorizados como síntomas de enfado y hostilidad, o síntomas disociativos.

La memoria es un aspecto fundamental de la salud y la patología (Shapiro, 1995, 2001). Cuando los niños sufren malos tratos, negligencia, abusos, enfermedades, hospitalizaciones o diferentes estresores, estas experiencias dejan huella en el cerebro en forma de redes neuronales disfuncionales y desadaptativas (Solomon y Heide, 2005). La memoria es una parte fundamental en la re-experimentación de los eventos traumáticos; dichos recuerdos están formados por elementos sensoriales, emocionales y fisiológicos; y pueden generar gran angustia y activación (DSM 5, APA, 2013). Quiere decir que, el daño psicológico y emocional se almacena en el cerebro si no se ha resuelto adecuadamente en el momento del suceso, comprometiendo el desarrollo psicológico y emocional futuro (Shapiro, 2009). Por ello, la intervención temprana es importante.

Las heridas y los traumas psicológicos tempranos (también relacionales o de apego) previos al desarrollo de las estructuras cerebrales que integran y almacenan esa información, como el hipocampo, se mantendrán en un nivel inconsciente. Los síntomas posteriores están relacionados con la dificultad de procesar la información de un cerebro inmaduro, porque las experiencias han ocurrido con anterioridad al desarrollo de dichas estructuras cerebrales (18-24 meses), o bien porque el trauma ha desregulado el sistema, inhibiendo el funcionamiento adecuado de dichas estructuras (Cozolino, 2011; Levin, Lazrove y van der Kolk, 1999; Siegel, 1999).

2. DESENCADENANTES DE TRAUMA PSICOLÓGICO

Lejos de intentar hacer un listado exhaustivo, en la Tabla 1 exponemos determinadas circunstancias que, con mayor probabilidad, dejan secuelas traumáticas en los niños que las atraviesan.

Tabla 1. Posibles circunstancias asociadas a secuelas traumáticas en los niños.

FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica familiar disfuncional/ violencia familiar (negligencia, exigencia, aislamiento, abusos físicos, psicológicos, y sexuales) • Enfermedad propia o de un familiar cercano • Muerte de algún miembro de la familia • Patologías mentales de algún miembro de la familia • Trauma temprano de los progenitores • Divorcio • Proceso de adopción o acogimiento familiar o residencial
ESCUELA	<ul style="list-style-type: none"> • Maltrato • Negligencia • Acoso • Bullying • Violencia escolar
DEPORTE	<ul style="list-style-type: none"> • Deporte de alta competición • Abuso físico, psicológico y mental dentro del contexto deportivo • Violencia deportiva
ACCIDENTES Y ENFERMEDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Accidente propio o de familiares • Tratamiento médico propio o de algún familiar • Ingresos hospitalarios • Negligencia médica
MIGRACIÓN/INMIGRACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Venir de un país por motivos ajenos a la voluntad (países en guerra, trata de seres humanos, extrema pobreza)



3. SÍNTOMAS DEL MENOR TRAUMATIZADO

El trauma psicológico y emocional no es, a priori, algo visible al entorno familiar y social del menor, pero sí lo son sus consecuencias, a corto, medio o largo plazo. Una característica de estos síntomas es que pueden presentarse en el momento del evento o eventos traumáticos o varios años después, lo que dificulta la asociación de la sintomatología y de los sucesos estresantes. En la Tabla 2 detallamos un listado de algunos síntomas que pueden presentar los menores con el objetivo de facilitar la detección por parte del entorno cercano del menor para su posterior actuación.

Tabla 2. Listado de posibles síntomas que puede presentar el menor traumatizado.

SÍNTOMAS COGNITIVOS	<ul style="list-style-type: none">• Alteraciones en la atención y concentración• Creencias negativas sobre sí mismo, los otros o el mundo• Hipervigilancia• Baja flexibilidad cognitiva• Baja tolerancia a la frustración• Retraso en la adquisición del lenguaje• Problemas académicos/retrasos significativos• Exceso de responsabilidad
SÍNTOMAS CONDUCTUALES	<ul style="list-style-type: none">• Conductas de riesgo o amorales• Promiscuidad sexual• Enuresis/encopresis• Impulsividad• Agresividad• Juegos repetitivos relacionados con la temática• Conducta autodestructiva• Adicciones (pantallas, drogas, alcohol, etc.)• Tics• Tartamudez
SÍNTOMAS FISIOLÓGICOS Y PSICOSOMÁTICOS	<ul style="list-style-type: none">• Alteraciones del sueño• Pesadillas• Irritabilidad• Alteraciones de la conducta alimentaria• Problemas digestivos• Problemas en la piel• Dolor de cabeza



SÍNTOMAS EMOCIONALES

- Baja autoestima
- Bajo rendimiento
- Timidez
- Inseguridad
- Arrebatos de ira/furia
- Sentimientos de culpa y/o vergüenza
- Depresión
- Ansiedad
- Riesgo de suicidio

4. RECOGIDA DE INFORMACIÓN Y DETECCIÓN DEL MENOR TRAUMATIZADO: PASOS A SEGUIR

Un niño o adolescente traumatizado presenta una sintomatología que no es fácilmente resuelta por los procedimientos de intervención habitualmente eficaces en otros casos aparentemente similares, teniendo una duración o manifestación virulenta preocupante para el entorno. Por ello, es necesario desarrollar una indagación exhaustiva en diferentes ámbitos de la vida de este, ya que puede no ser evidente el impacto que diferentes circunstancias biográficas, potencialmente traumática, han tenido en la génesis y mantenimiento del síntoma.

- **Recoger información sobre los síntomas presentes** en el niño/a o adolescente desde la concepción, hasta el momento. Para ello, es necesario ponerse en contacto con otros entornos en los que el menor interactúa:
 - Entorno Familiar: familia nuclear y familia extensa, tales como primos, tíos, abuelos.
 - Entorno Educativo: todos los profesores que tienen contacto con el niño, personal del comedor, profesores de actividades extraescolares.
 - Entorno Judicial: recopilar información acerca de si presenta o no antecedentes penales, problemas con la autoridad, delitos menores.
 - Entorno Sanitario: historia clínica del paciente, patologías físicas y psicológicas.
 - Entorno Social:
 - Entorno Deportivo y de Ocio: deportes que realiza, profesores, compañeros.
- **Detectar a qué circunstancias ha estado expuesto**, del perfil de un menor traumatizado (remitir al punto 2 de este documento)



5. INFORMACIÓN, PSICOEDUCACIÓN Y VALORACIÓN

En la mayoría de los casos, el entorno más cercano desconoce que los síntomas que presenta el menor puedan estar relacionados con algún evento traumático anterior. Brindar al contexto del niño información sobre el trauma y sus consecuencias, cómo afecta al desarrollo cognitivo, emocional y fisiológico del menor, nos ayudará a que dichas áreas sean parte integral en la mejora de la sintomatología, y que el tratamiento tenga mayor probabilidad de éxito. La información y psicoeducación es esencial, ya que el / la menor por sí mismo no puede hacer una reflexión y modificación de sus circunstancias sin ayuda de los adultos de las diferentes áreas en las que se inscribe. Estas áreas son:

- Entorno familiar
- Entorno educativo
- Entorno judicial
- Entorno sanitario
- Entorno social
- Entorno deportivo

Es preciso señalar que para recabar información se requiere el consentimiento informado de ambos progenitores.

La valoración de la situación del /la menor deriva del análisis de situaciones vividas, el contexto familiar y social en que se desarrolla y la sintomatología presentada.

El objetivo y fin último es sensibilizar al entorno, ser capaces de detectar el problema a tiempo y poder intervenir para que ese niño o niña no siga re-traumatizándose, ni empeorando los síntomas por no recibir el tipo de ayuda que necesita.

6. INTERVENCIÓN

Una vez identificadas las áreas problemáticas, las fortalezas y los recursos disponibles, la intervención se centra en trazar un plan de tratamiento personalizado. Aquí, es pertinente que el menor tenga acceso a terapia psicológica específicamente cualificada para problemas de trauma, de cara a mejorar la sintomatología y con ello su calidad de vida. Hay que remitir a psicólogos clínicos y otros profesionales sanitarios que tengan conocimiento de terapias adecuadas para los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés (DSM 5, APA, 2013) como el trastorno de apego reactivo, el trastorno de relación social desinhibida, trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo y trastorno de adaptación. De la misma manera que el profesional ha de conocer la psicología del desarrollo para poder adaptarse al estado madurativo del menor y no tanto a la edad cronológica dadas las características específicas de esta población.

La intervención se realizará tanto en el menor como en el grupo familiar o entorno del menor con las indicaciones que sean preceptivas en cada caso concreto.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agorastos, A., Pittman, J. O., Angkaw, A. C., Nievergelt, C. M., Hansen, C. J., Aversa, L. H., ... y Marine Resiliency Study Team. (2014). The cumulative effect of different childhood trauma types on self-reported symptoms of adult male depression and PTSD, substance abuse and health-related quality of life in a large active-duty military cohort. *Journal of psychiatric research, 58*, 46-54.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Bergherr, T., Bremner, J. D., Southwick, S. M., Charney, D. S., & Krystal, J. H. (1997). Neurobiological perspectives on trauma and aging. *Journal of Geriatric Psychiatry.*
- Burgermeister, D. (2007). Childhood adversity: a review of measurement instruments. *Journal of nursing measurement, 15*(3), 163.
- Carpenter, L. L., Shattuck, T. T., Tyrka, A. R., Geraciotti, T. D., y Price, L. H. (2011). Effect of childhood physical abuse on cortisol stress response. *Psychopharmacology, 214*(1), 367-375.
- Cozolino, L.(2011). *The neuroscience of relationships*. New York: Norton.
- Ertem, I. O., Leventhal, J. M., y Dobbs, S. (2000). Intergenerational continuity of child physical abuse: How good is the evidence?. *The Lancet, 356*(9232), 814-819.
- Flynn, M., Cicchetti, D., y Rogosch, F. (2014). The prospective contribution of childhood maltreatment to low self-worth, low relationship quality, and symptomatology across adolescence: A developmental-organizational perspective. *Developmental psychology, 50*(9), 2165.
- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., y Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of general psychiatry, 67*(2), 113-123.



- Labrador, F. J., y Alonso, E. (2007). Eficacia a corto plazo de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres mexicanas víctimas de violencia doméstica. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 12(2), 117-130.
- Levin, P., Lazrove, S., y van der Kolk, B. (1999). What psychological testing and neuroimaging tell us about the treatment of posttraumatic stress disorder by eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of anxiety disorders*, 13(1-2), 159-172.
- Rutter, M. (2009). Understanding and testing risk mechanisms for mental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(1-2), 44-52.
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30 (2), 3-13.
- Sanmartín, J. (2011). *Maltrato Infantil en la familia de España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Sauro, C. L., Ravaldi, C., Cabras, P. L., Faravelli, C., & Ricca, V. (2008). Stress, hypothalamic-pituitary-adrenal axis and eating disorders. *Neuropsychobiology*, 57(3), 95-115.
- Serra, A. V. (2003). *O Trastorno de estrés pós-traumático*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Shapiro, F. (1995). *EMDR: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press.
- Shapiro, E. (2009). EMDR treatment of recent trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(3), 141-151.
- Shenk, C. E., Putnam, F. W., & Noll, J. G. (2013). Predicting the accuracy of facial affect recognition: the interaction of child maltreatment and intellectual functioning. *Journal of experimental child psychology*, 114(2), 229-242.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind* (Vol. 296). New York: Guilford Press.
- Soler, C. L. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 13(3), 159-174.



- Solomon, E. P., y Heide, K. M. (2005). The biology of trauma: Implications for treatment. *Journal of interpersonal violence*, 20(1), 51-60.
- Southwick, S. M., Bremner, J. D., Rasmusson, A., Morgan III, C. A., Arnsten, A., y Charney, D. S. (1999). Role of norepinephrine in the pathophysiology and treatment of posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*, 46(9), 1192-1204.
- van der Kolk, B. A. (2002). The assessment and treatment of complex PTSD. *Treating trauma survivors with PTSD*, 127, 156.
- van der Kolk, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 12(2), 293-318.
- van Nierop, M., Viechtbauer, W., Gunther, N., Van Zelst, C., De Graaf, R., Ten Have, M., ... y Outcome of Psychosis (GROUP) investigators. (2015). Childhood trauma is associated with a specific admixture of affective, anxiety, and psychosis symptoms cutting across traditional diagnostic boundaries. *Psychological medicine*, 45(6), 1277-1288.
- Young, J. C., y Widom, C. S. (2014). Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood. *Child abuse & neglect*, 38(8), 1369-1381.

Aprovada en sessió de Junta de Govern d'11 de març de 2020