

---

Susana Cruylles<sup>1</sup> \*   
Hilit Kletter<sup>2</sup>   
Victor G. Carrión<sup>2</sup> 

1 Psicóloga Clínica, Terapeuta de Familia, Práctica Privada, Madrid, España.

2 Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Escuela de Medicina de la Universidad de Stanford, California, Estados Unidos.

\* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Susana Cruylles  
Correo: [scrullyles@hotmail.com](mailto:scrullyles@hotmail.com)

*Terapia de claves traumáticas en formato combinado, presencial-telemático: a propósito de un caso*

*Combined online and in-person cue-centered therapy: a case study*

---

## RESUMEN

Los niños son más vulnerables al efecto del trauma o traumas repetidos, por el impacto que produce en sus cerebros en desarrollo. La Terapia de Claves Traumáticas de la Universidad de Stanford es un tratamiento sesión a sesión con evidencia científica, para el tratamiento de estrés postraumático crónico para niños y adolescentes. Se describe el tratamiento en formato combinado: presencial y telemático, de una paciente de 14 años con diagnóstico de estrés postraumático, tratada con dicha psicoterapia. Al final del tratamiento la sintomatología traumática de la paciente disminuye, no cumpliendo criterios clínicos de trastorno de estrés postraumático. La Terapia de Claves Traumáticas de forma combinada, se sugiere como una opción válida de tratamiento del trastorno de estrés postraumático crónico en niños y adolescentes.

**Palabras clave:** Trauma, Estrés Postraumático Crónico, Niños y Adolescentes, Psicoterapia Telemática.

## ABSTRACT

Children are more vulnerable to the effects of trauma(s) because of the impact on their developing brains. Cue-Centered Therapy, from Stanford University is an evidence-based psychotherapy, guiding the therapist session by session, for the treatment of chronic posttraumatic stress. The treatment of a 14-year-old patient following the Cue-Centered Therapy, following a hybrid format (in-person and online) is described. At the end of the treatment sessions, the posttraumatic symptoms are reduced not meeting clinical criteria. Combined online and in-person Cue-Centered Therapy is a suggested treatment option for chronic posttraumatic stress disorder in children.

**Keywords:** Trauma, Chronic Posttraumatic Stress, Children and Adolescents, Online Psychotherapy.

## INTRODUCCIÓN

Los niños son más vulnerables a los efectos del (de los) trauma(s) por el impacto que produce en sus cerebros en desarrollo (1). Podemos hablar de trauma tipo I producido por un evento puntual y trauma tipo II o trauma complejo, producido por traumas repetidos y continuados en el tiempo. Las respuestas psicológicas ante una situación traumática o varias, se podría articular como un espectro de varios trastornos, más que como un trastorno único (2).

Los niños expuestos a un trauma complejo pueden tener efectos que afectan a múltiples áreas de su funcionamiento y que, si no se tratan, pueden permanecer a lo largo de toda su vida. (3).

Según la Guía de Expertos de la *International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS)*, el consenso para el tratamiento del trauma complejo debe incluir una valoración y reconocimiento adecuado de los síntomas, así como una intervención multimodal organizada en fases consecutivas que incluya: (1) seguridad, educación y habilidades de afrontamiento, (2) trabajo con las memorias traumáticas -narrativa y procesamiento- y (3) integración del tratamiento y consolidación (4).

Las mejores prácticas reconocidas, para niños y adolescentes con trauma(s) implican tratamientos secuenciales de componentes múltiples que incluyen: evaluación del trauma del niño y de su familia; seguridad, estabilidad y manejo de las situaciones crisis; desarrollo de nuevas competencias, habilidades de comunicación y de afrontamiento; establecer un vínculo terapéutico seguro con el paciente y su cuidador; psicoeducación sobre las respuestas al trauma; facilitar el proceso de nombrar emociones, expresarlas y regularlas; trabajar la exposición y procesamiento cognitivo del trauma (por ejemplo a través de la narrativa(s) del (de los) eventos; fomentar la integración mente-cuerpo y consolidación de las habilidades aprendidas, y trabajar la autopercepción, autoeficacia y empoderamiento (5).

Respecto a la farmacología, la literatura científica refiere que la psicoterapia es el tratamiento de elección (6).

La Terapia de Claves Traumáticas -TCT- (*Core-Centered Therapy*) de la Universidad de Stanford, es un

tratamiento psicoterapéutico, validado empíricamente, para el tratamiento de trauma crónico en niños. Ha sido desarrollado por el equipo de *Early Life Stress and Resilience Program* dentro del Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento, de dicha universidad. (7, 8). Es una psicoterapia integradora y flexible, con componentes de diferentes terapias enfocadas en el trauma, validadas empíricamente, y que guía al terapeuta sesión a sesión. Cumple con los requisitos arriba mencionados, con el objetivo de integrar las experiencias de trauma complejo en niños y adolescentes.

Hasta la fecha se han realizado dos ensayos aleatorizados controlados sobre la TCT. El primero, se realizó con una muestra de sesenta y cinco niños, con edades comprendidas entre 8-17 años (media 11.56), la mayoría pertenecientes a minorías étnicas, expuestos al menos a dos situaciones traumáticas. Se les asigna aleatoriamente a grupo control o experimental. Para medir los síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático en los niños y cuidadores se aplica el Índice de Reacción-PTSD-RI de UCLA para el DSM-IV; para los síntomas de ansiedad la Escala de Ansiedad Manifiesta para niños-RCMAS; para los síntomas depresivos se utiliza el inventario de depresión para niños-CDI y el terapeuta aplica la Escala de Valoración Global para Niños- CGAS. Para medir ansiedad y depresión en los cuidadores se utiliza el Inventario de Ansiedad de Beck-BAI y el Inventario de Depresión de Beck-BDI. Estas valoraciones se realizan antes de empezar la terapia, en mitad de tratamiento, al finalizar y a los tres meses. Se demuestra la eficacia de la TCT en la mejora de síntomas depresivos, de ansiedad y de estrés postraumático, la mejora de la sintomatología de Trastorno de Estrés Postraumático-TEPT, en los cuidadores y en los niños, una reducción de la ansiedad en los cuidadores, y se mantiene a los 3 meses de seguimiento (9).

En el segundo estudio participaron 73 niños y adolescentes con edades entre 7-17 (media de 12.9), de diversas etnias. Se les asigna aleatoriamente a tres opciones de tratamiento, Terapia de Claves Traumáticas ( TCT ), Terapia Cognitivo Conductual enfocada en el Trauma ( TF-CBT ) o Tratamiento habitual (TH). Las medidas utilizadas para medir TEPT y depresión son las mismas que en el primer

ensayo clínico. Para la medición de la ansiedad se aplicó la Escala de Ansiedad Multidimensional para niños (MASC). Se añadió el Inventario de Valoración Conductual de las Funciones Ejecutivas -BRIEF- para niños, para valorar las funciones ejecutivas y la Escala Breve de Deterioro- BIS para los cuidadores. Se incluyó también la prueba fNIERS (*functional near-infrared spectroscopy*) para poder identificar neuromarcadores asociados con la mejoría clínica. Los resultados preliminares revelan unos mejores resultados terapéuticos de la TCT y TF-CBT sobre TH (10).

El propósito de este artículo es 1) demostrar la aplicación de la TCT a través del desarrollo de un caso, y 2) la efectividad de la TCT en este caso, aplicada de forma combinada presencial y telemática, durante la pandemia por Covid-19.

La formación para el terapeuta en TCT, se realiza primero a través de un curso online que complementa al manual, posteriormente con un entrenamiento presencial de 8 horas de duración y por último una supervisión de dos casos clínicos (11).

Lo que hace diferente la TCT de otras terapias de tratamiento de niños y adolescentes es: (1) la necesidad del cuidador solo en cuatro de las 15 sesiones. Los autores observaron que algunos de estos niños dispuestos a hacer terapia, no tenían cuidadores que, por razones logísticas o psicológicas, podían participar en todo el proceso terapéutico y quisieron desarrollar un tipo de intervención dirigida a construir autoeficacia en el niño. (2) El foco tanto en los eventos traumáticos, como en las experiencias positivas a lo largo de la vida, para poder empoderar al niño y construir resiliencia. No se pretende eliminar los patrones de comportamientos existentes – que han sido funcionales en algún momento- sino crear unos nuevos, trabajando la flexibilidad cognitiva. (3) El objetivo no es tratar un solo evento traumático, sino trabajar la carga alostática, es decir, el cúmulo de los eventos traumáticos y del estrés-no sólo de un único evento traumático- a lo largo de la vida y su impacto en la mente y el cuerpo. (4) Incorporar una esquina más al clásico triángulo cognición-emoción-comportamiento: las reacciones fisiológicas, construyendo un cuadrado interrelacionado.

La TCT está estructurada en 15 sesiones de 50 minutos con tres más opcionales, y divididas

en 4 fases. Se necesitaría a los padres o cuidadores en cuatro sesiones fundamentales de las 15 (evaluación y psicoeducación, mitad de tratamiento y fin de tratamiento), facilitando que se trabaje con el niño o adolescente, si los cuidadores tienen poca disponibilidad. Se darán tareas para realizar entre sesiones- Actividades para casa- y afianzar el trabajo de estas. La TCT permite también flexibilidad para que el terapeuta incluya sus propias habilidades y experiencia terapéutica.

En la fase 1 (sesiones 1-3): se realiza una evaluación psicopatológica detallada del niño/ adolescente y de su entorno, así como una evaluación específica de la(s) experiencia(s) traumática(s). Se realiza psicoeducación: neurobiología del trauma en el cuerpo y la mente, se explica el *Cuadrado de la TCT* (facilita que el paciente entienda cómo las emociones, sensaciones corporales, pensamientos y comportamiento se influyen mutuamente y permite encontrar patrones de respuesta que se repiten), el condicionamiento del trauma, el reconocimiento de estímulos traumáticos clave, y se enseñan herramientas de regulación emocional y cognitivas para el manejo de los síntomas construyendo una Caja de Herramientas, en la que se incluyen también las propias del niño. En esta fase se necesita al cuidador en 2 sesiones y se le proporciona la *Lista de Estímulos Clave* para que la complete, necesaria para la fase de exposición a las claves traumáticas.

En la fase 2 (sesiones 4-7), se realiza la *Línea de Vida* del niño: se anotan la(s) experiencia(s) traumática(s) y las positivas valorándolas con el niño: -3 a -1: negativas; 0: Neutral; +1 a +3: positivas. Esto facilita, además, que, de forma gráfica, el niño vea toda su vida, permitiendo entender el efecto de la carga alostática y a su vez trabajar en la construcción de su resiliencia, con el fin de integrar lo traumático en el resto de sus experiencias vitales y pasar de una identidad de “víctima” a otra de “superviviente”. Se le pide también que relate en detalle alguna de las experiencias traumáticas. Se valoran distorsiones cognitivas, lagunas de memoria, emociones básicas de trauma (miedo, enfado y tristeza). Se entrega al paciente el *Registro de sentimientos* 1ab y 2 que ayudan a procesar y conectar el comportamiento y los estímulos traumáticos clave con las tres emociones principales y con el *Cuadrado de la TCT*.

En la fase 3 (sesiones 8-12), se realiza una revisión de la mitad del tratamiento con el cuidador y se trabaja en la exposición a los estímulos traumáticos clave, en imaginación, en la sesión e in-vivo. Esta última, con ayuda del cuidador, preparándolo previamente.

En la fase 4 (sesiones 12-15) se revisita de nuevo lo traumático, enfocándose en la integración de todo lo aprendido. Se trabaja para afrontar posibles obstáculos y situaciones difíciles y se prepara la finalización del tratamiento, incluyendo al cuidador por cuarta vez en la terapia (7, 8).

A continuación, se describe un caso de una joven de 14 años con experiencias de trauma complejo tratada con el modelo de la Terapia de Claves Traumáticas.

## CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 14 años que acude a consulta, tras haber revelado a su madre, un mes previo a la cita, abusos sexuales sufridos por su padre, en varias ocasiones, cuando la paciente tenía 7 años. También a los 7 años, el padre de la paciente, vuelve a su país de origen, por temor a volver a entrar en prisión en el país de residencia, no estando en contacto con la paciente desde entonces.

La paciente, tiene un semblante triste, alerta, desconfiado y decaído. Presenta muy bajo estado de ánimo y somatizaciones como dolores frecuentes de cabeza o tripa sin causa orgánica. Refiere falta de relaciones sociales, desmotivación, falta de concentración, irritabilidad, cansancio y aburrimiento, todo ello también confirmado por la madre, y de varios años de duración. Siente mucha culpa en todo lo relacionado con su padre. No presenta alteraciones del contenido del pensamiento ni ideación autolítica. Fue bien en la escuela hasta los 8-9 años, a partir de entonces, su rendimiento bajó considerablemente. Presenta miedo intenso a pinchazos de agujas desde los 8 años.

### Biografía

Los padres de la paciente tienen 16 años cuando nace la paciente. Vivió hasta los dos años con sus padres en el domicilio de los abuelos paternos. Desde los 2 años, cuando sus padres se separaron hasta la

actualidad, vivió con su madre en el domicilio de la abuela materna que fallece por Leucemia Aguda, cuando la paciente tenía 8 años. Cuando estaba en las visitas con su padre, le llevaba con sus amigos ya que pertenecía a “bandas”, donde había peleas con armas blancas y en ocasiones armas de fuego, siendo la paciente testigo de estas situaciones. En ocasiones, el padre llegaba a la casa con manchas de sangre en la camisa.

Actualmente vive con su madre, que tiene la custodia y patria potestad, con otra hermana menor de otro matrimonio de la madre, el novio actual de la madre y dos tíos maternos no biológicos, con discapacidad intelectual.

La paciente tiene muy buena relación con sus abuelos paternos que viven en la misma ciudad.

### Desarrollo evolutivo y antecedentes médicos

Desarrollo psicomotor e hitos evolutivos con normalidad.

Enfermedades médicas: Enfermedad de Von Willebrand diagnosticada con 8 años, tratada con ácido tranexámico y anillo vaginal en seguimiento por el servicio de pediatría.

### Antecedentes psiquiátricos familiares

La madre de la paciente fue adoptada de otro país, con 8 años, tras permanecer una temporada en un orfanato donde fue abusada sexualmente por compañeros del orfanato. Vió como mataron a su padre biológico en su país de origen y una de sus hermanas biológicas también sufrió abuso sexual en la adolescencia. Ha recibido tratamiento psiquiátrico muy irregular con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad no especificado y Trastorno Depresivo no especificado.

El padre de la paciente ha estado en prisión por agresiones y ha tenido orden de alejamiento de la madre de la paciente en el país de residencia. Actualmente vive en su país de origen.

Abuela materna biológica presenta adicción al alcohol y tóxicos.

Tías biológicas maternas en tratamiento psiquiátrico desde la adolescencia por Trastorno Depresivo no especificado, con tratamiento irregular.

## Diagnóstico

El diagnóstico se realiza mediante una entrevista clínica completa: motivo de consulta, exploración psicopatológica (estado de ánimo, contenido y forma del pensamiento, capacidad de juicio e *insight*, ideación autolítica, presencia de alucinaciones, delirios, obsesiones), biografía, desarrollo psicomotor, historia escolar y de sociabilidad, antecedentes personales médicos y de salud mental y antecedentes familiares, tal y como se detalla más arriba. Se entrega el Cuestionario de Evaluación de Trauma en Adolescentes en español-CATS (Reporte juvenil y al cuidador) -a la paciente y a su madre con puntuaciones 36 y 35 respectivamente (punto de corte del CATS: <15: Normal. Clínicamente no elevado; 15-20: Angustia moderada relacionada con el trauma; 20> : Probable TEPT), cumpliendo criterios clínicos de Trastorno de Estrés Postraumático según el *Diagnosis Statistic Manual- DSM-5* (12).

Por su biografía y sintomatología, se considera una paciente con trauma tipo II y se decide, según las recomendaciones de inclusión en la TCT, que es candidata a tratamiento. A su vez se deriva a la madre a terapia de familia, a la que no acude durante el proceso terapéutico.

## Tratamiento y evolución clínica

Tras realizar una primera sesión de evaluación presencial, el resto de las sesiones son telemáticas por la situación de pandemia y a petición de la paciente y su madre. Se realiza tratamiento cada quince días, interrumpido tres semanas por vacaciones escolares. La paciente no cancela ninguna de las sesiones.

### Fase 1

Se realiza una evaluación psicopatológica regular para niños y adolescentes descrita más arriba, se realiza una evaluación específica del (de los) trauma(s). En la evaluación específica se anota para cada una de las situaciones traumáticas que vivió: qué, quién, cuándo, cómo, dónde ocurrió; cómo era el comportamiento antes, durante y después de las experiencias traumáticas, traumas experimentados

por la familia, el apoyo familiar y de la comunidad, y cómo el trauma afectó a los cuidadores. Se identifica posibles claves traumáticas iniciales.

Se proporciona psicoeducación del impacto y síntomas de trauma, se describen los conceptos y fases de la TCT, se enseña las herramientas emocionales y cognitivas según el manual y se añade las propias de la paciente para construir la *Caja de Herramientas*. “Herramientas” propias de la paciente: hablar con amigas, estar con su hermana, escuchar música, estar y hablar por teléfono con su novio.

Se destaca como fortalezas de la paciente: la red familiar de apoyo en especial con sus abuelos paternos, los vínculos con su hermana, novio y capacidades cognitivas y de introspección.

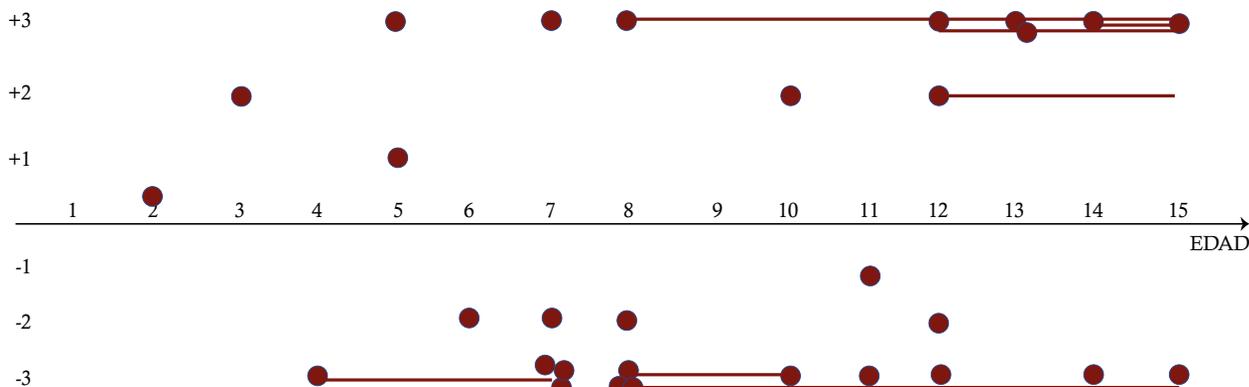
Como *Actividades para Casa*, se planifica cuándo y cómo poder practicar, entre sesiones, las nuevas herramientas facilitadas por la terapeuta, así como las ya propias de la paciente. También se entrega la *Lista de posibles Estímulos Clave* a la madre para que la complete para la sesión de mitad de la terapia.

### Fase 2

Se inicia la recogida de la *Línea de Vida* donde se anotan las situaciones traumáticas, a la vez que las experiencias de resiliencia (Figura 1). La paciente se implica mucho en la descripción de los eventos, mostrando sorpresa tanto con los eventos negativos como con los positivos.

En la narrativa, la paciente describe la pelea que tuvo con su padre y su novia en casa de su abuela paterna, que fue la última vez que le vió, así como las experiencias previas de abusos sexuales por parte de su padre. La paciente se muestra muy abierta y colaboradora, mostrando mucha confianza y mucho interés en la narración de los relatos.

En la Narrativa se observan: lagunas de memoria y saltos en la narrativa (secuencia temporal de ambos acontecimientos confusa, no queda claro qué otras personas había en cada situación y cuándo aparecieron en el episodio), distorsiones cognitivas (Tabla 1) y las tres emociones básicas descritas en TCT: la tristeza intensa acompaña en todos los relatos porque “su padre se ha ido” y porque “su madre lo ha pasado muy mal” y mucha culpabilidad porque su padre se fue.



**Gráfica 1: LÍNEA DE VIDA: EVENTOS NEGATIVOS**

- 4-7a (-3): Mi padre me ponía en el balcón y jugaba a tirarme, yo decía papi no me tires que te quiero
- 6a (-2): Estar en casa de mi madre, quería estar con mi abuela paterna
- 7a (-2): Episodio de la última vez que vi a mi padre que nos peleamos por comer macarrones
- 7a (-3): Que viniera a buscar a mi padre para pegarle
- 7a (-3): Mi padre abusa de mi/(-3): Mi padre se fue
- 8a (-2): Bajo notas del colegio
- 8a (-3): Mi abuela materna se muere
- 8-10a (-3): No veíamos a mi madre porque estaba deprimida porque murió mi abuela
- 8-15a (-3): Mi padre no me felicita en mi cumpleaños
- 10 (-3): Mi padre no me quiso ver cuando fui a su país
- 11a (-1): Me cambio de casa a otra más pequeña
- 11a (-3): Mi madre se separa del padre de mi hermana
- 12a (-2): Mi madre tiene nuevo novio y no me hace caso
- 12a (-3): Dejo de ir a casa del padre de mi hermana
- 14 (-3): Dejo de hablar con mi mejor amiga
- 15a (-3): El exnovio de mi madre va hablando mal de mi

**LÍNEA DE VIDA: EVENTOS NEUTRALES Y POSITIVOS**

- 2a (0): se separan mis padres
- 3a (+2): Mi madre sale con el padre de mi hermana
- 5a (+3): Nace mi hermana
- 5a (+1): Ver pistolas cuando iba mi padre
- 7a (+3): Jugar con hermana mayor de mi hermana
- 8-15a (+3): Soy la princesa de mi abuelo, ayudan a mi madre, me cuidan y me compran lo que quiero
- 10a (+2): Viajé al país de mi padre y mi madre me dijo que me iba a cuidar y hacer caso
- 12a (+3): Pandemia, saco mejores notas, cocinaba con mi madre, dormía, hacía ejercicio
- 13a (+3): Conozco a mi novio
- 14-15a (+3): Salgo con mi novio
- 14a (+3): Le cuento a mi madre lo que me hizo mi padre
- 15a (+3): Cumpleaños emotivo que mi abuela me pide perdón por lo que me hizo su hijo

**Figura 1.** Línea de Vida con experiencias de la paciente.

**Tabla 1.** Evolución de las distorsiones cognitivas.

Fases 1, 2, 3	Fase 4
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mi padre se fue por mi culpa</li> <li>• Si me hubiera portado mejor no se hubiera ido</li> <li>• Por culpa de que vomité mi padre se fue</li> <li>• Caigo mal a la gente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mi padre me abandonó</li> <li>• No sé por qué se fue</li> <li>• La culpa no es de nadie</li> <li>• Mi padre se fue, pero me va mejor sin él</li> <li>• No puedo controlar el vómito</li> <li>• Tengo amigos y a veces, a algunas personas caigo mal</li> </ul>
* A pesar de que podría considerarse una distorsión cognitiva, se aprecia un cambio en la exteriorización de la culpa	

Se entregan las *Actividades para Casa: Registro de Sentimientos 1ab* (Tabla 2) y 2 que permiten conectar 2ab las tres emociones básicas con los comportamientos y (2) estos con los estímulos clave traumáticos. El Registro de Sentimientos 2 no fue completado por la paciente y se realizó en la sesión.

**Tabla 2.** Registro de sentimientos 1a y 1b.

Registro de sentimientos 1a	Registro de sentimientos 1b
Cuando estoy aterrada, asustada, nerviosa yo <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suelo llorar</li> <li>• Pensar mucho en qué pasará</li> <li>• Empiezo a transpirar mucho</li> <li>• Se me va el sueño</li> </ul> Cuando estoy triste yo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• No puedo parar de llorar</li> <li>• Me empiezo a agobiar mucho</li> <li>• Me siento muy cansada</li> <li>• Me siento muy mal conmigo misma por todo lo que ha pasado</li> <li>• No puedo parar de dormir</li> </ul> Cuando estoy enfadada yo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suelo contestar mal a todo el mundo</li> <li>• Lloro de la rabia</li> <li>• Me dan ganas de pegar a alguien</li> <li>• Digo cosas de las que luego me arrepiento</li> <li>• No me apetece hablar a nadie</li> </ul>	Lo que yo haría si estuviera aterrada <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gritar</li> <li>• Intentar calmarme, aunque no lo consigo</li> <li>• Intentar hablar con alguien</li> </ul> Lo que yo haría si estuviera triste <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hablar con mi novio y hermanas</li> <li>• Llorar</li> <li>• Intentar dormirme</li> <li>• Intentar arreglar el por qué estoy triste</li> </ul> Lo que yo haría si estuviera enfadada <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desahogarme</li> <li>• Intentar calmarme</li> <li>• Pegar a alguien</li> <li>• No hablar a nadie</li> <li>• Irme a un lugar sola</li> </ul>

Se trabajan las distorsiones cognitivas arriba mencionadas, según los métodos descritos en el manual de la TCT. Se realizan 3 sesiones extras más, tal y como permite el manual. Las sesiones extras se necesitan, 1) en las narrativas de otros eventos traumáticos que se señalan en la Línea de Vida, por ejemplo, para describir las visitas que la paciente tenía con su padre, y 2) para trabajar las distorsiones cognitivas.

Al final de todas las sesiones se practican herramientas de la Caja de *Herramientas*, fundamentalmente técnicas de relajación y *Mindfulness*. Entre sesiones, como *Actividades para Casa*, la paciente sigue realizando prácticas casi diarias de *Mindfulness*, *Pensamientos positivos* cuando lo necesita y también aumenta la comunicación con su grupo de iguales. Como nueva “herramienta” añade jugar a Voleibol en el barrio donde vive su abuela.

### Fase 3

En la sesión de mitad de terapia la madre describe mucha mejoría del estado de ánimo, relaciones sociales, apertura emocional, más comunicación y mejor relación con su hija. La paciente refiere menos tristeza y “más ganas”, sonríe más, tiene más relaciones, tanto con compañeros del centro escolar, como con otros amigos cercanos a su domicilio, y su discurso en las sesiones es más rico en contenido y extensión.

Se realiza un CATS en mitad del tratamiento sólo a la paciente -la madre no puede realizarlo- con una puntuación de 27, cumpliendo criterio clínico de TEPT, bajando en 9 puntos la puntuación desde el comienzo de la terapia.

La lista de *Estímulos Clave* se realiza a solas con la paciente ya que nunca se completó la lista por parte de los cuidadores. Se describen como estímulos clave: “macarrones, manteca de cerdo, el reloj y la hora 11.22 am de la habitación donde ocurrieron los abusos, pinchazo de agujas, fotos de su padre y mensajes de la novia de su padre desde su país de origen”.

Se realiza exposición en imaginación con la habitación donde ocurrieron los abusos y el reloj, con la hora, y la realiza *In vivo* con la abuela paterna en el domicilio. Aunque la abuela no acude a la sesión, dada la buena relación la paciente, se ve en disposición de explicarle a la abuela cómo ayudarle para la exposición *In vivo*.

Se realiza exposición en imaginación e *In vivo* en la sesión, con fotos del padre.

### Fase 4

En la reintegración de los eventos traumáticos se observan mejoras en las distorsiones cognitivas (Tabla 1). Se prepara para la finalización de la terapia a la paciente y a su madre. Refieren que hay una mejoría del ánimo, en la comunicación con la madre y con los demás, menos somatizaciones, un aumento de las relaciones sociales, menos irritabilidad, más implicación académica y mejores relaciones familiares. La madre espontáneamente refiere que ella misma está más tranquila y mejor de ánimo.

Se trabaja sobre los posibles obstáculos y situaciones difíciles y qué hacer si ocurren. Una posible situación difícil es el ir a visitar a su padre a su país de origen, el cual ella también considera su país. Se trabaja en poder planear posibles escenarios que pudieran ocurrir y cómo afrontarlos.

Se realiza sesión de “graduación” como sugiere la TCT y se le entrega un diploma, celebrando la mejora y finalización del tratamiento escuchando canciones favoritas de la paciente y de la terapeuta.

Se entrega el cuestionario CATS por tercera vez, a la paciente y a la madre de la paciente, con puntuaciones de 12 y 10 respectivamente, no cumpliendo criterios clínicos de TEPT.

## DISCUSIÓN

Los resultados terapéuticos de este caso clínico están en la línea de los obtenidos en estudios previos realizados con la TCT (9), disminuyendo la sintomatología de la paciente y del cuidador objetiva (CATS < 15) y subjetivamente. La paciente ha estado presentando sintomatología traumática, posiblemente de los 8 hasta los 14 años y tras el tratamiento desaparece, mejorando en todas las esferas.

La TCT realizada de forma combinada: presencial-telemática, ha resultado efectiva para tratar el trastorno de estrés postraumático de esta paciente. Este formato podría permitir más flexibilidad para los pacientes y mejor cumplimiento terapéutico al no tener que desplazarse a la clínica correspondiente, siempre que se sigan rigurosamente

las recomendaciones clínicas y adaptaciones que proporciona la literatura científica para las intervenciones telemáticas en pacientes con TEPT (13, 14, 15).

Como limitación al caso presentado, estaría la falta de pruebas objetivas de evaluación y de evolución clínica y se sugiere, en futuras intervenciones, realizar más pruebas objetivas a través de cuestionarios validados científicamente en tres momentos del tratamiento: inicio, mitad y fin del mismo.

## CONCLUSIONES

Aunque en este caso ha sido efectivo el formato combinado: presencial-telemático, dos elementos a tener en cuenta serían, la privacidad del paciente mientras está en la sesión y los recursos tecnológicos del paciente.

Harían falta más estudios que valorasen efectividad del formato telemático, y su adecuación según edad, capacidades, sistemas familiares y de apoyos, y recursos tecnológicos, manteniendo como prioridad la seguridad y la mejor atención al paciente.

Sería útil poder realizar nuevas investigaciones que ajusten los diferentes tratamientos para TEPT en niños y adolescentes, al espectro de síntomas que presente el paciente dentro del TEPT, la edad, las capacidades, y el sistema familiar y de apoyos.

La formación para el terapeuta en TCT resulta adecuada para el tratamiento de la patología del trauma complejo en niños y adolescentes, dotando al profesional de herramientas y estructura para detectar y tratar dicho trastorno.

Se sugiere la necesidad de seguir trabajando para crear e implementar en los sistemas sanitarios y comunitarios, programas de atención específica para el estrés traumático, incluyendo la formación a profesionales en la detección y tratamiento de trauma complejo en niños y adolescentes. Por la gravedad del trastorno y sus consecuencias a lo largo de la vida del niño si no se trata.

## AGRADECIMIENTOS

A la paciente y a su familia por su generosidad al permitir prestar este caso para la publicación de este artículo y a nuestro equipo de *Early Life Stress and*

*Resilience Program* de la Universidad de Stanford por su contribución a la investigación y tratamiento del estrés traumático en niños y adolescentes.

## CONFLICTO DE INTERESES Y CUMPLIMIENTOS ÉTICOS

No hay conflicto de intereses.

## CONSENTIMIENTO

El caso clínico se realiza con consentimiento escrito de la familia siguiendo el modelo indicado según las directrices de la revista.

## REFERENCIAS

1. The National Child Traumatic Stress Network. <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/trauma-types/early-childhood-trauma/effects>
2. Herman JL, Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress* 1992; 5: 377-391. <https://doi.org/10.1007/BF00977235>
3. Cook A et al. Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals* Mayo 2005; 35(5): 390-398. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-05>
4. Kletter H et al. Cue-Centered Therapy for youth experiencing Posttraumatic Symptoms. *Current Treatment Options in Psychiatry* April 2021. *Early Life Trauma Collection* M Teicher Section Editor. <https://doi.org/10.1007/s40501-021-00241-3>
5. Matlow R: General principles of psychotherapy. In: Carrion V, editor. *Assessing and treating youth exposed to traumatic stress*. Washington DC: American Psychiatric Association Publishing; 2019.
6. Morina N, Koerssen R, Pollet TV. Interventions for children and adolescents with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Clin Psychol Rev*. 2016;47: 41-54. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.006>
7. Carrion VG: *Cue-Centered Therapy for youth experiencing posttraumatic symptoms: A Structured Multimodal Intervention*. Oxford University Press; 2016.

8. Carrión VG: *Terapia de Claves Traumáticas: Manual de intervención para niños y adolescentes con síntomas post traumáticos*. Gedisa Editorial; 2018.
9. Carrion VG, Kletter H, Weems CF, Berry RR, Rettger JP. Cue-centered treatment for youth exposed to interpersonal violence: a randomized controlled trial. *J Trauma Stress*. 2013;26:654–62. <https://doi.org/10.1002/jts.21870>.
10. Carrion, V, Cohen J, Lieberman A, Amaya-Jackson L. New developments in evidence-based trauma treatments and relevance for child and adolescent psychiatrists. Symposium presented at the 67th annual conference of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: San Francisco, CA; 2020
11. Página web de la formación para la Terapia de Claves Traumáticas Cue- Centered Therapy . (<https://med.stanford.edu/elspap/Cue-Centered-Therapy.html>)
12. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington DC: 2013.
13. Wells SY et al. Delivering Prolonged Exposure Therapy via Videoconferencing During the COVID-19 Pandemic: An Overview of the Research and Special Considerations for Providers 2020; 3(4): 380-390. <https://doi.org/10.1002/jts.22573>
14. Fina BA et al. Conducting Prolonged Exposure for PTSD During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice* 2021; 28 (4): 532-542. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.09.003>
15. Moring JC et al. Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder via Telehealth: Practical Considerations During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Traumatic Stress* 2020; 33(4): 371-379. <https://doi.org/10.1002/jts.22544>