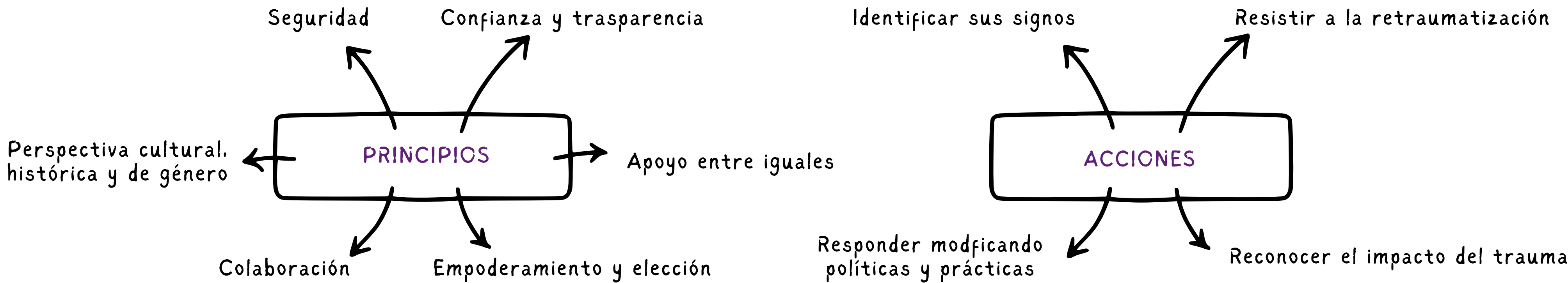


SEGURIDAD, ELECCIÓN Y DIGNIDAD

Cuidados informados por trauma en salud mental infanto-juvenil. Una revisión narrativa

INTRODUCCIÓN

La **adversidad en la infancia se asocia de forma robusta con el desarrollo de problemas de salud mental**, con efectos máximos en trastornos psicóticos y de estrés postraumático (1). Cuando esos niños/as y adolescentes **ingresan**, la conducta que desafía **el cuidado ocupa un espacio en disputa**, documentándose así en diferentes unidades de hospitalización, incluyendo Salud Mental Infanto-Juvenil (HSMIJ). Esto, **tradicionalmente** se ha manejado con **prácticas coercitivas** que pueden retraumatizar, escalar y dañar la relación terapéutica (2,3). Los **cuidados informados por trauma** (TIC) son un marco organizativo y relacional, que se articula en **cuatro acciones y seis principios**, cuyo marco teórico parte de la premisa de que, **tras toda conducta que “desafía”, hay una necesidad no cubierta susceptible a precisar cuidados** (2).



OBJETIVOS

Mapear la evidencia reciente sobre TIC en hospitalización infanto-juvenil de salud mental e identificar implicaciones para los cuidados enfermeros.

1. Caracterizar los **modelos** y componentes más adecuados según la evidencia.
2. Identificar **estrategias de implementación de utilidad** en las unidades.
3. Explorar los resultados relacionados con la **seguridad**, las **prácticas restrictivas**, la **experiencia asistencial** y la **participación**.
4. Identificar **barreras, facilitadores y lagunas** para la práctica enfermera en salud mental.

DISCUSIÓN

MODELOS Y COMPONENTES DE LA TIC

Los TIC son **intervenciones multifacéticas** y buscan cambiar tanto la práctica **clínica** (*formación y conducta del personal*); como la práctica **organizativa** (*liderazgo, uso de datos, debriefing, participación del usuario, comunicación, aprendizaje y bienestar del personal*) (2,4). Modelos como las **Seis Estrategias Nucleares** (2,4) incorporan un componente de cambio organizativo y otro formativo: (2)

- Liderazgo
- Datos para informar la práctica
- Desarrollo de la plantilla
- Prevención de contención y aislamiento
- Inclusión de pacientes y familias
- Debriefing riguroso

Existen **9 dominios de una organización informada por trauma**, identificados por jóvenes, familias y profesionales, contando con: *cribado del trauma, valoración, planificación y tratamiento; desarrollo de la plantilla, resiliencia y factores protectores, trauma en los progenitores o cuidadores; continuidad asistencial y colaboración intersectorial, estrés secundario del personal, alianza; cultura, etnia y trauma* (5). Para ello, los **programas formativos** deben contener: (3)

- Salud mental infantil, neurobiología y apego
- Debriefing y desescalada
- Vinculación terapéutica mediante el lenguaje informado por trauma
- Abordaje sensorial y papel del entorno
- Bienestar del personal
- Cribado y organizaciones informadas por trauma

ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN

- Cambio **cultural** (5)
- Adaptación del **entorno** físico (5)
- **Distinción de cribado y procesamiento** del trauma (5)
- Abordar **déficits organizativos** (2)
- Valorar **preparación y capacidad** del cambio (7)
- **Formación** con contenido aplicable (8)
- **Clarificación** de definiciones y funciones (9)

LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL

Los componentes descritos de la práctica informada por trauma se sitúan en la interacción cotidiana y en el nivel del servicio (14), siendo contexto de los cuidados enfermeros por **continuidad asistencial**, teniendo competencia en la **relación terapéutica**, la **desescalada**, la **regulación de emocional**, la **optimización ambiental** y la **planificación de cuidados**, dentro de un abordaje **interdisciplinar**. Este marco incluye al equipo, pues la exposición sostenida al trauma ajeno se asocia a trauma vicario y desgaste (12), y el **cuidado del personal** figura como dominio propio de una organización informada por trauma (5) y como sesión específica de los programas formativos (3).

CONCLUSIONES Y BIBLIOGRAFÍA (QR)

1. Los TIC ofrecen un marco coherente con la **humanización, los derechos de la infancia y los cuidados seguros** en hospitalización infanto-juvenil. Funcionan como intervención multicomponente y cambio organizativo.
2. Su implementación **exige liderazgo, coherencia** organizativa, **formación** continuada y **participación** de los **usuarios** y las **familias**.
3. La evidencia se concentra en **unidades infanto-juveniles** mientras la literatura **enfermera** excluye a la población pediátrica, siendo un hallazgo que **orienta la investigación futura**.
4. **Al tratarse de una revisión narrativa, no cabe afirmar exhaustividad de la literatura localizada**

METODOLOGÍA

Revisión narrativa con búsqueda en PubMed/MEDLINE, entre junio y septiembre de 2026, sobre publicaciones de 2021-2026, español e inglés. Se usaron filtros de texto completo gratuito en ambas. Se utilizaron dos ecuaciones para optimizar resultados.

La evidencia en HSMIJ es escasa. Se incorporaron otros contextos en la misma población, considerando precauciones en la transferibilidad. Finalmente, el corpus bibliográfico total fue de 14 artículos.

Ecuación	Registros
"Trauma-Informed Care" AND (("Child"[Mesh]) OR "Adolescent"[Mesh])	170
"Trauma-Informed Care" AND (("Child"[Mesh]) OR "Adolescent"[Mesh]) AND ("Nursing" [Mesh])	4

BARRERAS. FACILITADORES Y LAGUNAS

Se documentan **barreras** organizativas de **asistencia a la formación** (3), **coste** (4) y falta de **claridad** sobre a quién corresponde aplicar el enfoque (9,10). Por otro lado, en la práctica, los profesionales han descrito: no ver **utilidad en momentos de crisis** (3), acompañándose de malestar **moral** y barreras **ambientales** (11).

Como **facilitadores**, encontramos un **lenguaje común** generado por la **formación** y cohesión **interdisciplinar** (3), con una atención **individualizada**, pero a la vez **estandarizada** (11), junto a **liderazgo** comprometido y **cultura** organizativa (12).

Como **lagunas**, no se localizó ningún estudio de TIC en **hospitalización de salud mental de adultos en EEUU** (4). En contraposición, la revisión de alcance más reciente sobre lo que **enfermería** necesita saber sobre de TIC **excluyó** expresamente la población **pediátrica** (12). Las dos **literaturas avanzan separadas**. Se requieren medidas validadas, diseños longitudinales y descripción de las intervenciones (2,6).

Sobre la **transferibilidad** existen datos que sostienen que aplicar la TIC como **precaución universal**, o lo que es lo mismo, **presuponer de forma precavida la posibilidad de trauma en toda persona atendida, es viable**, no generando daño si se efectúa en cualquier población. Por eso, lo aprendido en quemados, urgencias o atención temprana se traslada en **formación, entorno, lenguaje y organización** (7,14), aunque los resultados sobre coerción solo pueden leerse desde los estudios realizados en unidades de ingreso (2).

RESULTADOS SOBRE PRÁCTICAS RESTRICTIVAS

Se han documentado **reducciones significativas de las prácticas restrictivas tras implantar un enfoque informado por trauma**, de hecho, la contención mecánica a los 6-12 meses se redujo un 41% y el aislamiento un 50%. A los 8 años la contención se redujo en un 87% y el aislamiento en un 67% (2).

Además se han notificado **ganancias en regulación emocional y síntomas de trauma**, así como **mejora de la relación adulto-joven** cuando hay estructura organizativa que la sostiene (6). También se destaca mayor **compasión en el personal** (3), mayor **conocimiento y autoeficacia** tras la formación (8).

