

Cómo ayudar a familias con hijos adoptivos y en acogida a sobrellevar traumas

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



Las familias adoptivas y de acogida pueden encontrar dificultades a la hora de comprender y brindar apoyo a sus nuevos hijos. Como estos niños pueden haber vivido traumas importantes antes de la entrega a la familia, es posible que vean y reaccionen a las personas y los hechos de formas que pueden parecer inusuales, exageradas o irracionales. Los últimos avances en la ciencia del desarrollo revelan cómo las adversidades significativas durante la niñez alteran tanto la interpretación del genoma como las conexiones del cerebro en desarrollo. Así se infiere que los traumas durante la primera infancia quedan arraigados a nivel biológico e influyen en el aprendizaje, la conducta y la salud por décadas futuras.

El objetivo de esta guía es brindar apoyo a las familias adoptivas y de acogida al reforzar las capacidades de los pediatras para: 1) identificar a niños traumatizados; 2) informar a las familias sobre el estrés tóxico y las posibles manifestaciones biológicas, conductuales y sociales del trauma en la primera infancia; y 3) preparar a las familias para que sepan responder ante las conductas de los niños con consideración a sus traumas pasados pero promoviendo el aprendizaje de nuevas reacciones que les permitan una mejor adaptación al estrés.

ÍNDICE:

Antecedentes	2
Cómo abordar el estrés tóxico	6
Cómo identificar el trauma.....	8
Cómo actuar.....	11
El hogar médico	14
Recursos.....	15
Referencias.....	15
Agradecimientos	16

MATERIALES DE BOLSILLO:

Sugerencias de codificación
Resumen para derivación y seguimiento
de citas para entregar a la familia
Folleto para la familia

ANTECEDENTES

¿Cómo pueden los pediatras colaborar con las familias adoptivas o de acogida para que comprendan y respondan mejor a las necesidades especiales de sus hijos?

Prácticamente todos los niños en hogares de acogida han sufrido abusos o negligencia. Si bien pueden haber sido víctimas de lesiones físicas, esto suele ser solo la punta del iceberg. Con frecuencia los niños que vivieron maltratos han adoptado diferentes formas de percibir y reaccionar ante el mundo, formas que muchas veces se consideran inadecuadas en un entorno más normal. Los padres adoptivos y de acogida que no entiendan estas diferencias corren el riesgo de sentir frustración y resentimiento en la lucha por entender y criar a sus hijos. El estrés que esto genera puede perjudicar la relación de adopción o acogida y, eventualmente, dar lugar a resultados desfavorables para los niños.

Tan solo un rápido repaso de las estadísticas relacionadas con los hogares de acogida y adopción permite inferir que esta población tiene necesidades especiales. El consumo de alcohol y la exposición a drogas en la vida intrauterina se traducen en problemas cognitivos, sensoriales y emocionales en muchos de los niños dentro del sistema de acogida y adopción.¹ Los niños en este sistema sufren una alta incidencia de retrasos del desarrollo, que alcanza el 25% en algunos grupos etarios.² Se han informado índices de trastorno por estrés posttraumático clínico que llegan al 25%. Más del 80% de los niños que crecen dentro del sistema de acogida y adopción han recibido un diagnóstico psiquiátrico.^{3,4} Incluso los sistemas instaurados con el fin de proteger a los niños pueden terminar siendo traumáticos, al exigir la separación del hogar y de hermanos, a veces en múltiples entregas en guarda.

Las consecuencias de los hechos traumatizantes en edades tempranas suelen ser graves y para toda la vida. Los investigadores han concluido que muchas de las afecciones de salud más comunes que suponen un riesgo para la vida, incluidas la obesidad, enfermedades cardíacas, alcoholismo y abuso de drogas, están directamente relacionadas con las adversidades durante la niñez. El costo financiero para la sociedad es enorme y los costos personales son imposibles de estimar.⁵

Los esfuerzos por colaborar con las familias adoptivas y de acogida requieren el entendimiento de los efectos a largo plazo del maltrato sobre el neurodesarrollo. Todos los sistemas (social/conductual, neuroendocrino e incluso genético) sufren los embates del abuso y la negligencia en edades tempranas, y estos sistemas interactúan entre sí a medida que la persona crece y se desarrolla. El hecho de que la interacción ayude a la persona a superar los efectos del trauma depende de numerosos factores.

En los últimos años hemos mejorado significativamente nuestra capacidad para comprender cómo se desarrolla saludablemente el cerebro, y hoy tenemos una mejor percepción de lo que sucede cuando el entorno no propicia un buen desarrollo. Varias observaciones claves han salido a la luz:

EL CEREBRO NO ESTÁ COMPLETAMENTE ESTRUCTURADO AL MOMENTO DEL NACIMIENTO

- La mielinización, la proliferación de conexiones sinápticas y el desarrollo de los sistemas de soporte circulatorio y de células gliales, continúan mucho después del momento en que el niño llega al mundo. La naturaleza le brinda al niño la oportunidad de adaptarse a las necesidades específicas que le presenta el entorno en el que nació.

CONTENIDO DE APRENDIZAJE

Entre otras cosas, el desarrollo óptimo del sistema neuroendocrino depende de una adecuada nutrición y de la ausencia de toxinas como plomo, mercurio, alcohol y otras drogas.

EL DESARROLLO ESTRUCTURAL ESTÁ GUIADO POR SEÑALES AMBIENTALES

- El cerebro del niño se adapta a lo que ve, oye y siente. Los investigadores han demostrado que hay “periodos críticos” para el desarrollo efectivo de muchos de los sistemas cerebrales.

CONTENIDO DE APRENDIZAJE

Un crecimiento estructural apropiado depende de un entorno donde abunde la estimulación, que prepare al niño para las circunstancias futuras.

UNA ESTIMULACIÓN EFECTIVA REQUIERE LA INTERACCIÓN CON OTRAS PERSONAS

- No podemos esperar que los niños se proporcionen su propia estimulación de buena calidad. Cada una de las personas con las que interactúa el niño es de algún modo su maestro.

CONTENIDO DE APRENDIZAJE

Debe haber otras personas presentes que presten suficiente atención y con suficiente coherencia/previsión para enseñar las lecciones que necesita el cerebro en desarrollo.

LA EXPRESIÓN GÉNICA DETERMINA LA ESTRUCTURA NEUROENDOCRINA Y ESTÁ MUY INFLUENCIADA POR LA EXPERIENCIA

- Las investigaciones en el campo de la genética han permitido identificar diferentes alelos que aparentemente protegen contra, o predisponen a, las secuelas a largo plazo del estrés traumático, con variaciones en la sensibilidad de los receptores de la hormona del estrés en el sistema límbico.⁶⁻⁸ Es cada vez mayor la evidencia que destaca la capacidad de las experiencias tempranas de la vida para generar modificaciones epigenéticas, que alteren eficazmente la estructura cerebral al modificar la transcripción genética.^{8,9}

CONTENIDO DE APRENDIZAJE

Una de las formas en que la adversidad temprana puede generar cambios a largo plazo es mediante alteraciones en la lectura del mapa genético de una persona, lo cual influye en la respuesta ante el estrés.

LOS SISTEMAS DEL ORGANISMO INTERACTÚAN ENTRE SÍ

- Las interacciones sociales (o su ausencia) pueden afectar al desarrollo neuroendocrino, y esto puede alterar las conductas observadas (consulte la Figura 1). La conducta también genera retroalimentación social, que estimula una respuesta neuroendocrina (una respuesta fisiológica) y, si es grave, puede causar modificaciones en las estructuras cerebrales (una respuesta anatómica). Otro término para referirnos a este es “aprendizaje”. Se ha demostrado que el aprendizaje en situaciones de estrés extremo produce modificaciones epigenéticas

en la transcripción genética y ocasiona cambios estructurales en el cerebro en desarrollo.^{8,10} Al igual que otros, este rumbo abre dos puertas; en última instancia son los genes y las modificaciones epigenéticas en su transcripción los que determinan la estructura del cerebro, que rige la conducta. Esta cascada interactiva de respuestas entre los sistemas social/conductual, neuroendocrino y genético/epigenético ha sido apodada recientemente “modelo de ecobiodesarrollo”.¹¹

CONTENIDO DE APRENDIZAJE

Cuanto mayor sea la carga emocional de una situación de aprendizaje, mayores son las probabilidades de que genere modificaciones a largo plazo.

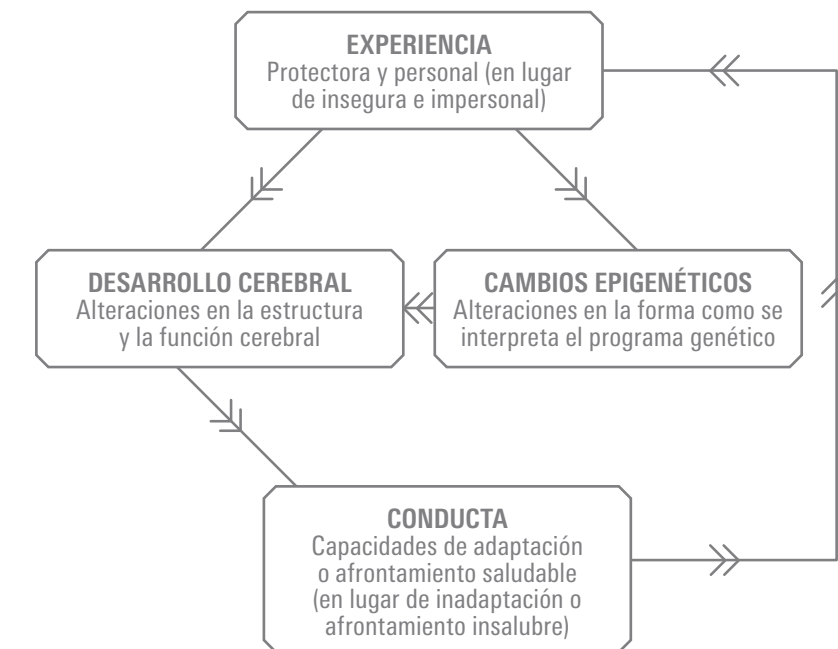


Figura 1

El desarrollo se produce a partir de interacciones continuas y acumulativas entre la experiencia, la biología y la conducta. Si las primeras experiencias de la infancia son personales y prima la protección, es más probable que la persona desarrolle habilidades de adaptación o afrontamiento saludable. Si las primeras experiencias de la infancia son inseguras o impersonales, es más probable que sus habilidades tiendan a la inadaptación o afrontamiento insalubre.

El rol del estrés

No hay razón para que el estrés en sí mismo ocasione daños. Así como el estrés de la ambulación ayuda a guiar el crecimiento óseo y muscular, un niño debe experimentar estrés emocional para desarrollar mecanismos de afrontamiento saludable y habilidades para resolver problemas. Shonkoff¹¹ categoriza el estrés como *positivo*, es decir, que ayuda a guiar el crecimiento; *tolerable*, en el sentido de que si bien no es útil no causa daños permanentes; o *tóxico* (consulte la Figura 2). El estrés tóxico es suficiente para desbaratar los mecanismos de afrontamiento no desarrollados del niño y generar trastornos a largo plazo.

La definición de estrés traumático según la Red Nacional para el Estrés Traumático Infantil (*National Children's Traumatic Stress Network* o NCTSN) alude a las respuestas físicas y emocionales de un niño ante experiencias que suponen una amenaza para su vida o su integridad física, o de alguien que tiene una importancia crucial para el niño (como uno de sus padres o hermanos). Es esta excitación fisiológica descontrolada la que marca el límite del estrés que se vuelve traumático y puede dar lugar a la inadaptación. Si bien una sola experiencia como un desastre natural o un acto violento por parte de un extraño puede dar lugar a estrés tóxico, los efectos se multiplican cuando el hecho traumatizante continúa, sea por repetición de factores de estrés similares (como en un ámbito de violencia doméstica o abuso de drogas por parte de los padres) o por acumulación de distintos hechos. El efecto puede ser particularmente grave cuando el trauma atañe al sistema de cuidados primarios del niño. Esta reacción, que la NCTSN denomina *trauma complejo*, se desarrolla con el transcurso del tiempo, a medida que las experiencias subsiguientes afianzan las lecciones previamente aprendidas.

Es importante destacar que este estrés es necesariamente subjetivo y, como tal, varía en cada niño. Ciertas amenazas graves tal vez no alteren a un niño mientras que otras de menor gravedad pueden ser traumáticas para otro. Es la excitación fisiológica la que

marca la diferencia, y esta reacción se ve determinada por las percepciones del individuo. Esta variabilidad es multifactorial; puede depender de las experiencias traumatizantes previas del niño, de su sostén social e incluso de su predisposición genética.

El trauma no siempre deja lesiones visibles. El maltrato psicológico puede ser traumático y estresante.¹² La negligencia también puede ser traumatizante. Casi siempre es crónica, cuando no se satisfacen necesidades básicas como casa, comida o seguridad emocional, día tras día. Sin lugar a dudas, la negligencia es la razón más común por la que los niños son introducidos al sistema de acogida y adopción. Con frecuencia se ve combinada con instancias de abuso y puede ser excepcionalmente grave: el 71% de las muertes por maltrato infantil se deben a negligencia exclusivamente o combinada con otro tipo de maltrato.¹³

Si bien las experiencias tempranas de estrés tóxico y trauma son prácticamente universales en los niños que han sido adoptados o ubicados en hogares de acogida, los hechos pueden ser remotos y con frecuencia la historia queda enterrada bajo viejos archivos o sin documentación que la avale. Las exposiciones prenatales que influyen en el desarrollo del cerebro pueden no ser detectables en los registros obstétricos. Es posible que se pierdan datos y detalles significativos en las transferencias y trasposos de cuidadores en el contexto de la burocracia que acarrea el sistema de adopción y acogida. Los pediatras deben comprender que las presentaciones de déficits de atención, desregulación emocional y conductas antagónicas pueden ser consecuencia de experiencias tempranas de abuso o negligencia, y es importante que reconozcan cómo la adversidad en la primera infancia repercute en las percepciones del niño y su respuesta ante nuevos estímulos.

El maltrato en los primeros años puede dar lugar a cambios conductuales a largo plazo. A su vez, estos cambios generan respuestas en las personas cercanas al

niño que ha sufrido la adaptación al trauma, respuestas que pueden tanto ayudar como perjudicar al niño en sus intentos por readaptarse al mundo no traumático (consulte los contenidos de aprendizaje en las páginas 2-3). Si las respuestas son coherentes y respetan la adaptación previa del niño, facilitan el aprendizaje y pueden, en última instancia, permitir la readaptación. Cuando no son así, es posible que le recuerden al niño el entorno traumatizante y desencadenen la característica de hiperexcitación del trastorno por estrés postraumático e inadvertidamente afiancen las conductas de inadaptación.

Lo mejor es englobar a la familia entera como paciente, no solo al niño traumatizado. Por fortuna, los pediatras son idóneos para colaborar con las familias en el proceso de sobrevivir a este difícil proceso. Las secciones a continuación están dedicadas al rol del pediatra en la identificación de niños traumatizados, en la detección de las posibles consecuencias del estrés tóxico y en la aplicación de intervenciones efectivas a través de la educación y la capacitación de los padres.

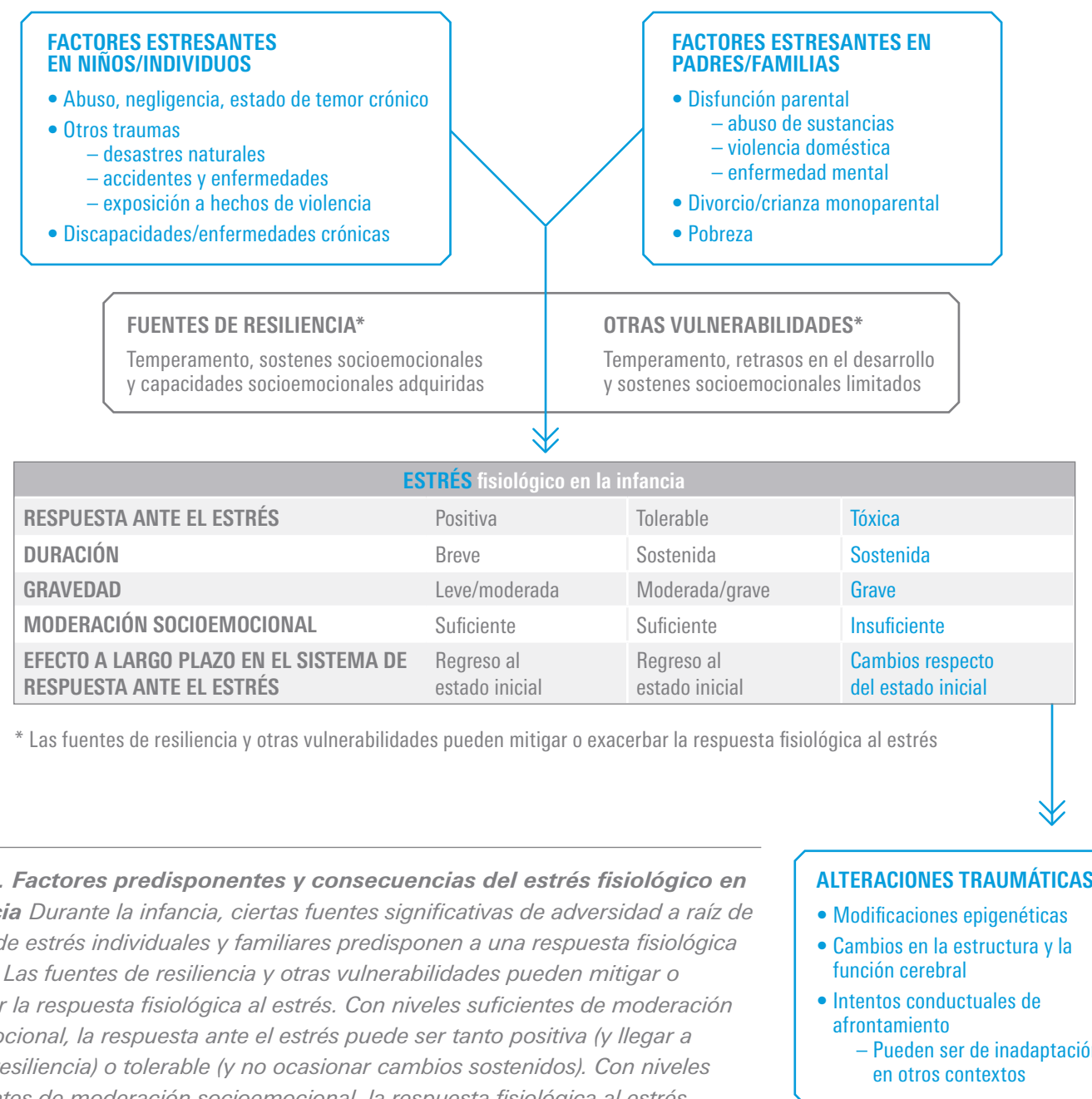


Figura 2. Factores predisponentes y consecuencias del estrés fisiológico en la infancia Durante la infancia, ciertas fuentes significativas de adversidad a raíz de factores de estrés individuales y familiares predisponen a una respuesta fisiológica al estrés. Las fuentes de resiliencia y otras vulnerabilidades pueden mitigar o exacerbar la respuesta fisiológica al estrés. Con niveles suficientes de moderación socioemocional, la respuesta ante el estrés puede ser tanto positiva (y llegar a generar resiliencia) o tolerable (y no ocasionar cambios sostenidos). Con niveles insuficientes de moderación socioemocional, la respuesta fisiológica al estrés es sostenida o grave y se torna tóxica, con la posibilidad de causar alteraciones permanentes en el epigenoma, la estructura cerebral y la conducta. Estas alteraciones traumáticas pueden llegar a ser adaptativas en entornos de amenaza u hostilidad, pero suelen ser inadecuadas en otros contextos menos intimidatorios.

Los niños hacen lo mejor que pueden.



CÓMO ABORDAR EL ESTRÉS TÓXICO

Es parte del rol de un pediatra

El estrés tóxico y las primeras causas de enfermedad, muerte y disparidades para toda la vida

El estudio sobre experiencias infantiles adversas (*Adverse Childhood Experiences Study*) es una de las investigaciones más importantes que se hayan realizado hasta el momento para evaluar las asociaciones entre el maltrato infantil y la salud y el bienestar en etapas posteriores de la vida. En el estudio se examinó principalmente a integrantes caucásicos y con una buena formación educativa del Plan de salud Kaiser en San Diego. El estudio indicó una fuerte relación dosis-respuesta entre el nivel de exposición a abusos, negligencia o disfunción familiar durante la infancia y varias de las principales causas de muerte en adultos, incluidas la depresión, cardiopatía isquémica, enfermedad hepática y accidente cerebrovascular.¹⁴ Más allá de la fuerte asociación con conductas de riesgo y la adopción de estilos de vida poco saludables, las experiencias infantiles adversas también son una fuente directa de lesiones biológicas que dan lugar a alteraciones en la función inmunitaria y marcadores de inflamación elevados. Prácticamente dos tercios de los participantes del estudio indicaron haber vivido al menos una experiencia adversa durante la infancia. Las persistentes disparidades de salud relacionadas con la pobreza y el maltrato infantil podrían reducirse con el tratamiento y la paliación de las experiencias infantiles adversas.

Promover la salud y prevenir enfermedades mediante la identificación y el abordaje del estrés tóxico

Cuando se identifican casos de estrés tóxico y experiencias infantiles adversas, hay intervenciones y recursos de utilidad comprobada que reducen las respuestas excesivas del niño ante el estrés ambiental

y le permiten reanudar una trayectoria normal en su desarrollo. El hecho de poder identificar el estrés tóxico y derivar a las familias al debido tratamiento permite influir positivamente en la salud y la prosperidad del niño para toda la vida.

Los pediatras representan la primera línea de defensa del desarrollo saludable de los niños, y los cuidadores deben confiar en ellos para que puedan diagnosticar y tratar problemas de desarrollo y conducta. Más aún, los pediatras deben ocuparse de inquietudes complejas que no son de estricta índole médica: los límites de su responsabilidad profesional incluyen no solo la salud física sino también el éxito que el niño pueda tener en el ámbito emocional, educativo y social.

Los pediatras se encuentran en una posición privilegiada para intervenir:

- A través de las interacciones regulares con los niños.
- Al reconocer el rol importante que cumplen las familias y las comunidades a la hora de determinar el bienestar del niño.
- En el enfoque de la salud orientado al desarrollo.
- Al comprender las ventajas de la prevención en lugar de las medidas de reparación.
- Mediante la concientización sobre la importancia crítica del apoyo activo para promover cambios en sistemas muy consolidados que influyen en la salud y el desarrollo.

Consultar a las familias sobre la exposición al estrés y los posibles síntomas asociados:

- Les transmite a las familias la idea de que el estrés tóxico es un problema común.
- Comienza a reducir el aislamiento asociado con conductas problemáticas que presentan las víctimas del estrés tóxico.
- Indica que hay soluciones como tratamientos sobre la base del trauma informado que pueden ayudar a los niños a retomar un rumbo saludable en su desarrollo y colaborar en la recuperación de las familias.
- Transmite que el trauma pone en riesgo el crecimiento y desarrollo saludables de los niños y tiene consecuencias perjudiciales para toda la vida.

En la consulta pediátrica, los niños con antecedentes de estrés tóxico pueden plantear problemas para dormir, dificultades para controlar esfínteres, enojo, conductas agresivas, depresión o dificultades para mantener la atención. Es importante conocer la relación entre estos problemas de conducta y las primeras experiencias estresantes de la vida para poder guiar el tratamiento con eficacia; si el médico no comprende esta relación, los enfoques del tratamiento podrían ser ineficientes, infructuosos o incluso contraproducentes. La identificación temprana del papel del estrés tóxico en estos síntomas permitirá al pediatra movilizar los recursos disponibles en la comunidad y mitigar los efectos perniciosos en la posterior socialización y desarrollo del niño. En el largo plazo esto permitirá ahorrar tiempo y esfuerzos inútiles por parte del pediatra para tratar los problemas sin abordar sus causas más profundas.

Debe presuponer que todos los niños que han sido adoptados o entregados en acogida han vivido hechos traumáticos

Los pediatras atienden a niños antes, durante y después de experiencias traumáticas y deben estar capacitados para identificar las variadas manifestaciones del estrés tóxico. Debe presuponer que todos los niños que han sido adoptados o entregados en acogida han vivido hechos traumáticos. Así como no todos los niños expuestos a la tuberculosis presentan hemoptisis, fiebre y pérdida de peso, no todos los niños expuestos a estrés presentarán síntomas de trauma. No obstante, la práctica estándar exige que todos los niños expuestos a tuberculosis o situaciones traumáticas sean evaluados y examinados. Con la tuberculosis, algunos niños expuestos no presentarán signos clínicos de enfermedad, algunos tendrán la enfermedad latente y otros manifestarán la enfermedad. Los mismos tres posibles resultados se aplican a la exposición al trauma. El pediatra debe suponer que dicha exposición podría tener consecuencias profundas en el niño y debe conocer su historia, plantear preguntas de control usar herramientas de detección para evaluar el impacto del trauma con precisión.

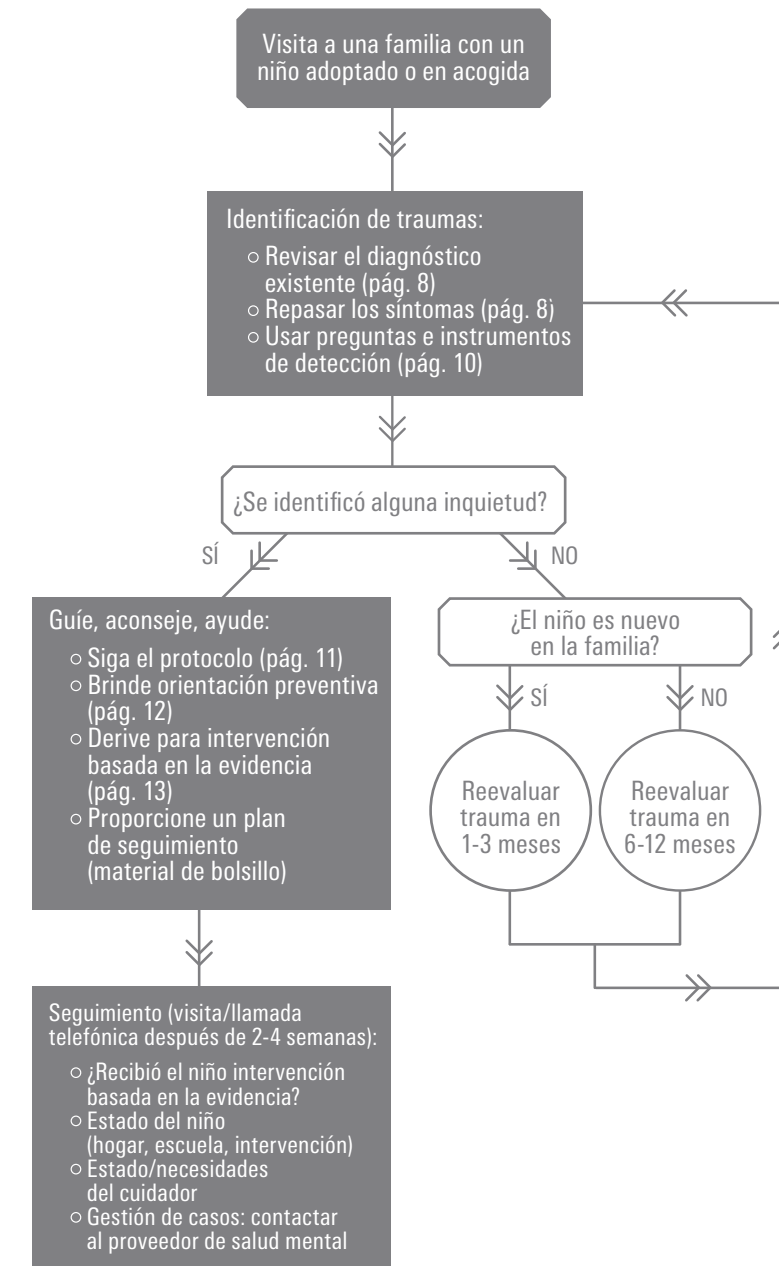


Figura 3. Algoritmo para identificar y detectar traumas

CÓMO IDENTIFICAR TRAUMAS

Historia y revisión de síntomas

La influencia del trauma en el cerebro desencadena cambios en las funciones corporales, que se pueden evaluar rápidamente con las siguientes herramientas en una revisión estandarizada de los sistemas:

Respuesta ante el trauma: funciones corporales		
FUNCIÓN	CAUSA CENTRAL	SÍNTOMA(S)
Sueño	Estimulación del sistema de activación reticular	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultad para conciliar el sueño 2. Dificultad para permanecer dormido 3. Pesadillas
Alimentación	Inhibición del centro de saciedad, ansiedad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rápido consumo de alimentos 2. Ausencia de sensación de saciedad 3. Acaparamiento de comida 4. Falta de apetito
Control de esfínteres	Aumento del tono del sistema nervioso simpático, aumento de las catecolaminas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estreñimiento 2. Encopresis 3. Enuresis 4. Regresión en el desarrollo del control de esfínteres

La influencia del trauma en el cerebro puede dar lugar a conductas susceptibles a errores de identificación o comórbidas con diagnósticos conductuales frecuentes. Es necesario mantener un alto índice de sospechas de trauma para evitar errores de diagnóstico:

Respuesta ante el trauma: conductas ^{15,16}			
CATEGORÍA	MÁS COMÚN EN	RESPUESTA	INCORRECTAMENTE IDENTIFICADA COMO O COMÓRBIDA CON
Disociación (dopaminérgica)	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres • Niños pequeños • Trauma/dolor continuo • Incapacidad para defenderse 	<ul style="list-style-type: none"> • Desapego • Adormecimiento • Obediencia • Fantasía 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • TDAH de tipo desatención • Retraso madurativo
Excitación (adrenérgica)	<ul style="list-style-type: none"> • Hombres • Niños mayores • Testigos de actos violentos • Incapacidad para luchar o huir 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipervigilancia • Agresión • Ansiedad • Respuesta exagerada 	<ul style="list-style-type: none"> • TDAH • Trastorno de oposición desafiante • Trastorno conductual • Trastorno bipolar • Dificultades para controlar el enojo

NOTA: Los cambios inducidos por el trauma en las funciones corporales y las conductas pueden propiciar la adaptación y la protección cuando los niños se enfrentan a situaciones de amenaza. Sin embargo, estas mismas funciones corporales y conductas pueden ser inapropiadas cuando se elimina el factor de estrés. Si no se estudian las conductas dentro del contexto de traumas pasados, pueden ser malinterpretadas como patológicas.

La exposición a traumas repercute en el desarrollo y el desempeño escolar:

- El trauma inhibe el desarrollo del hipocampo y la corteza prefrontal del cerebro: áreas responsables de la función ejecutiva, que abarca lo siguiente...
 - Memoria funcional
 - Control de la inhibición
 - Flexibilidad cognitiva

- Estas son las capacidades que necesitamos para aprender, desarrollarnos en ámbitos sociales y mantener la concentración. Nos permiten autocontrolarnos, concentrarnos en una tarea aunque haya distracciones y mantener una idea en mente a medida que aprendemos el paso siguiente de un proceso. Estas capacidades se desarrollan con la práctica y se fortalecen con las experiencias.

Respuesta ante el trauma: desarrollo y aprendizaje ^{15,16}			
EDAD	IMPACTO EN LA MEMORIA FUNCIONAL	IMPACTO EN EL CONTROL DE LA INHIBICIÓN	IMPACTO EN LA FLEXIBILIDAD COGNITIVA
Bebé/niño pequeño/preescolar	Dificultad para alcanzar hitos del desarrollo	Rabieta fuerte y frecuentes Agresión hacia otros niños El apego puede verse afectado	Facilidad para frustrarse
Niño en edad escolar	Dificultad en la adquisición de habilidades escolares La omisión de detalles puede dar lugar a confabulación, que otros consideren mentiras	Problemas frecuentes en la escuela y con los pares por pelear y molestar	Dificultades organizativas Pueden asemejarse a problemas de aprendizaje o TDAH
Adolescente	Dificultad para progresar con los materiales a medida que avanzan los contenidos académicos Problemas para cumplir con los deberes escolares y la organización de la vida cotidiana Confabulación cada vez más frecuentemente interpretada por los demás como un problema de integridad	Actos impulsivos que pueden amenazar la salud y el bienestar Los actos pueden dar lugar a intervenciones de agentes de la ley y consecuencias cada vez más graves	Dificultad para asumir tareas de la juventud que requieren una interpretación rápida de la información: por ejemplo, conducir, funcionar dentro de la fuerza laboral



Debe presuponer que todos los niños que han sido adoptados o entregados en acogida han vivido hechos traumáticos.

Opciones de detección

Preguntas abiertas: El pediatra puede indagar para sonsacar información sobre los factores de estrés tóxico de una manera no intimidante pero orientada al trauma. Las preguntas permiten inducir a los miembros de la familia a contar cosas que pueden haber olvidado o no están seguros de que el pediatra deba conocer:

“¿Estás al tanto de cualquier cosa realmente atemorizante o angustiante que te haya pasado (o que le haya pasado a tu hijo), tanto antes como después de empezar a convivir contigo?”

“Desde la última vez que te vi (que vi a tu hijo), ¿te ocurrió algo (le ocurrió algo a tu hijo) o a cualquier integrante de la familia que haya sido verdaderamente atemorizante o angustiante?”

Preguntas dirigidas: Al tratar de identificar hechos de violencia doméstica, abuso de sustancias, hostigamiento, traumas inducidos por sistemas o abuso infantil, uno puede verse obligado a ser más directo. Recuerde que

el padre o la madre, el cuidador o el niño deben sentirse seguros para responder la pregunta sin miedo a ser castigados por un abusador. Mediante los conocimientos que tenemos sobre las respuestas del cuerpo y la conducta ante el trauma, el pediatra puede exponer sus inquietudes.

“Me has dicho que tu hijo tiene algunos problemas de agresividad, mal comportamiento, falta de atención y dificultad para dormir. Así como la fiebre indica que el cuerpo está combatiendo una infección, estas conductas pueden manifestar que el cerebro y el cuerpo están respondiendo a una fuente de estrés o amenaza. ¿Te preocupa que tu hijo pueda estar expuesto a una amenaza o que se sienta estresado?”

“Las conductas que describes y las dificultades que la niña tiene en la escuela y el aprendizaje suelen ser signos de advertencia de que el cerebro está tratando de lidiar con un factor de estrés o amenaza. A veces los niños responden de esta manera si sufren daños o si ven que otras personas que quieren están sufriendo por algo. ¿Sabes si tu hija vio o fue testigo de algún tipo de violencia en la escuela, con sus amigos o en el hogar?”

Herramientas de detección/control formal: El uso de una herramienta de detección formal es útil si sospecha que el niño ha estado expuesto a un hecho traumático, si así lo informó su cuidador o el paciente durante la elaboración de la historia clínica o si se identifican síntomas en la historia o al revisar los distintos sistemas. La herramienta puede brindarle al pediatra datos más objetivos para compartir con el asesor de salud mental.

Herramientas de detección/control ante traumas:

HERRAMIENTA	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD DE ÍTEMS Y FORMATO	GRUPO ETARIO	TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN	CONSIDERACIONES CULTURALES	COSTO Y DESARROLLADOR
UCLA PTSD - RI: Post Traumatic Stress Disorder Reaction Index (Índice de reacción para TEP - UCLA)*	Determina la exposición al trauma y el impacto de los hechos	20-22 ítems según la versión: para niños, padres o jóvenes	Hijo y padres: 7-12 años; Jóvenes mayores de 13 años	20-30 minutos de administración 5-10 minutos de puntuación	Inglés, español	Disponible para miembros de la Sociedad Internacional para el Estudio del Estrés Postraumático (<i>International Society for Traumatic Stress Studies</i>)
Abbreviated UCLA PTSD RI (Índice de reacción para TEP abreviado - UCLA)	Permite detectar síntomas relacionados con traumas	9 ítems para niños 6 ítems para adultos	8-16 años 3-12 años	2-5 minutos	Inglés, español	Disponible para miembros de la Sociedad Internacional para el Estudio del Estrés Postraumático (<i>International Society for Traumatic Stress Studies</i>)
TSC-C Trauma Symptom Checklist for Children (Lista de cotejo de síntomas de trauma infantil)	Permite detectar síntomas relacionados con traumas	TSC-C: 54 ítems TSC-YC: 90 ítems, informe del cuidador para niños pequeños	8-16 años 3-12 años	15-20 minutos	Inglés, español	Material sujeto a derechos de propiedad (\$172-\$230 por kit)

Adaptado con el permiso del Equipo de trabajo en salud mental de American Academy of Pediatrics. Mental health screening and assessment tools for primary care. Disponible en: *Addressing Mental Health Concerns in Primary Care: A Clinician's Toolkit* [CD-ROM]. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2010. www.aap.org/mentalhealth/screeningchart. Revisado en enero de 2012. Consultado el 7 de noviembre de 2012.

*En el artículo a continuación se puede encontrar una versión resumida del Índice de reacción para TEP - UCLA: Cohen JA, Kelleher KJ, Mannarino, AP. Identifying, treating and referring traumatized children: the role of pediatric providers. *Arch Pediatr Adol Med.* 2008;162(5):447-452. Disponible en <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=379539>

CÓMO ACTUAR

Ser padres de un niño traumatizado puede ser sumamente difícil. Es comprensible que los cuidadores puedan sentir frustración, enojo y agotamiento en los intentos por lidiar con las conductas reactivas de sus hijos. Pero las respuestas calmas y coherentes del cuidador hacia el niño le ofrecen la oportunidad de estabilizarse y sanar. Es importante explicarles a las familias que, aunque la conducta del niño sea preocupante, representa una reacción normal ante amenazas no saludables que han generado estrategias saludables y no saludables de afrontamiento. Si bien los trastornos del sueño y la agresión pueden ser problemáticos

en el ámbito actual del hogar, estas conductas pueden haber sido de protección en un hogar donde un padre podía beber de noche y adoptar actitudes violentas. El pediatra y la familia deben transmitirle al niño que estas respuestas y conductas son normales y esperables. El cerebro y el cuerpo están haciendo exactamente lo que deben hacer: velar por la seguridad del niño traumatizado. Las respuestas del niño indican que está haciendo lo mejor que puede con las únicas herramientas que tiene. Con tiempo, paciencia y práctica, el cerebro y el cuerpo del niño aprenderán nuevas formas de responder a un entorno nuevo y más seguro que le permita una mejor adaptación.

Protocolos para ayudar a las familias a entender el trauma y su impacto

RATIFICAR QUE LA RESPUESTA ANTE EL TRAUMA ES UNA RESPUESTA SALUDABLE A UNA AMENAZA NO SALUDABLE	Los síntomas (dificultad para dormir, agresión, reacciones desmedidas, etc.) son las formas de protección que adopta el cuerpo ante una amenaza.
DESCRIBIR LA FISIOPATOLOGÍA DE LA RESPUESTA AL TRAUMA	Nuestros cuerpos están hechos para ayudarnos a sobrevivir en un mundo salvaje donde el hecho de poder lidiar con el peligro, como un tigre hambriento, es la manera de proteger el cuerpo. Tanto el cuerpo como el cerebro están entrenados para luchar, huir u ocultarnos ante amenazas, NO para aprender o recordar datos sobre el evento. Por naturaleza estas respuestas son fuertes, pero breves e impulsivas. Después de la amenaza, se supone que el cuerpo debe poder relajarse.
AYUDAR AL CUIDADOR A RECONOCER LAS SENSACIONES DEL TRAUMA	Se les debe indicar a los padres y niños mayores que recuerden alguna ocasión en la que se hayan sentido amenazados o inquietos y preocupados (accidente automovilístico, pelea) y que recuerden las sensaciones del cuerpo. El corazón se acelera, los músculos están preparados para actuar. Si bien pueden recordar muy bien los minutos previos al accidente o la amenaza, es posible que tengan poca memoria del hecho en sí que les generó miedo.
AYUDAR AL CUIDADOR A EXTRAPOLAR SU PROPIA EXPERIENCIA A UNA SITUACIÓN DE ESTRÉS TÓXICO	Los padres deben imaginar cómo sería si “el tigre” estuviese en la casa. Esto generaría la respuesta de lucha, huida u ocultamiento pero, en lugar de durar poco tiempo, sucedería constantemente.
LA RESPUESTA DEL CEREBRO	Cuando un bebé está aprendiendo a caminar, practica una y otra vez hasta que un día puede caminar sin pensar en ello, porque las conexiones cerebrales tienen la solidez suficiente. La respuesta ante el trauma es similar. Una vez que se han formado y fortalecido estas conexiones cerebrales, cualquier nimiedad genera una respuesta intensa. Las partes del cerebro que responden al trauma crecen en tamaño y en conexiones. Las partes del cerebro que se usan para el aprendizaje y la lógica se reducen.

NOTA SOBRE LOS MEDICAMENTOS:

Los medicamentos que se usan para tratar problemas de salud conductual pueden ser útiles en la atención de niños que lidian con traumas. Si bien un debate completo sobre la administración de medicamentos excede el alcance de este folleto, con frecuencia las familias tienen preguntas sobre el uso de medicamentos para ayudar a sus hijos. Es importante ayudar al niño y a la familia para que entiendan que estos medicamentos pueden aliviar los síntomas, pero la verdadera sanación se logra con terapia. Podríamos pensar que estos medicamentos cumplen la misma función que un yeso en un niño con una fractura. Ayudan a estabilizar al niño mientras sana. Para obtener más información sobre medicación, visite el sitio web dedicado a las iniciativas de salud mental de la AAP en: www.aap.org/mentalhealth

Orientación temprana

Los niños hacen lo mejor que pueden. Los pediatras pueden colaborar con estrategias prácticas para que los cuidadores sepan abordar las conductas y desafíos del niño traumatizado.

Orientación temprana específica al trauma		
QUÉ OBSERVARÁ	POR QUÉ OCURRE	CÓMO PUEDE RESPONDER LA FAMILIA
Los niños traumatizados responderán con más rapidez e intensidad que otros niños a cualquier cosa que ellos consideren una amenaza. Son más propensos a malinterpretar el lenguaje facial y no verbal y pueden creer que existe una amenaza cuando esa no es la intención de nadie.	Las áreas del cerebro responsables de reconocer y responder a las amenazas están activadas. Esto se denomina hipertrofia. El cerebro no reconoce que esta situación nueva no implica las mismas amenazas.	Estas conductas no deben interpretarse como algo personal. Si colabora con el niño para que entienda su expresión facial o el tono de su voz, ayudará a reducir las posibilidades de que la conducta del niño se intensifique en situaciones que no parecen amenazantes en otro contexto.
Es necesario redireccionar a los niños traumatizados para evitar que la conducta comience a intensificarse.	Responder con agresión hará que el cerebro del niño vuelva al modo amenaza. Los centros de la lógica se desactivan y la posible respuesta de lucha, huida u ocultamiento se apodera de él.	Evite gritar y ser agresivo. Baje el tono y la intensidad de la voz. Agáchese para quedar al nivel de la vista del niño, tome suavemente su mano y use palabras simples y directas. Dele instrucciones sin usar emociones fuertes.
Los niños no siempre saben cómo contar lo que sienten. Puede resultarles difícil encontrar las palabras adecuadas. Con frecuencia nadie les dice que está bien que sientan eso que les pasa.	Los centros de las emociones y el lenguaje no están bien conectados. Los centros de la memoria que retienen las palabras están bloqueados.	Dígale al niño que está bien que se sienta así y que exprese sus emociones. Sugíerale palabras para que pueda clasificar sus emociones.
Los niños traumatizados no tienen las capacidades necesarias para autorregularse o para calmarse una vez que se han angustiado.	Se han visto obligados a estar constantemente alertas al peligro. Las partes del cerebro que los mantienen en alerta permanecen activadas, pero las partes que usan para autorregularse y calmarse no se han desarrollado a la par del niño.	Enséñele técnicas de respiración y relajación o ejercicios que el niño pueda practicar cuando sienta que se está angustiado. Elogie al niño por expresar sus emociones o por calmarse. Guíelo al principio y luego solo recuérdale que debe usar sus habilidades cuando note que comienza a angustiarse.
Los niños traumatizados desafiarán al cuidador, muchas veces de formas que ponen en riesgo la entrega en adopción o acogida.	Los niños ya tienen arraigadas creencias y expectativas negativas sobre ellos mismos (no valen nada, no pueden hacer nada) y sobre el cuidador (no pueden confiar en él, los rechaza). Suelen extrapolar o recrear antiguas relaciones con personas nuevas. Lo hacen para lograr que los cuidadores reaccionen de la misma manera como lo han experimentado con otros adultos porque eso da lugar a reacciones familiares. En el pasado estos patrones ayudaron al niño a sobrevivir, generaron creencias negativas, permitieron que el niño desahogue su frustración y le brindaron cierta sensación de dominio.	Transmítale mensajes para asegurarle que se encuentra seguro, que es querido y apreciado y que es capaz, y que puede confiar en usted, su cuidador, y está a su disposición para ayudarlo. Elogie también por las conductas neutrales. Preste atención a sus propias respuestas emocionales ante la conducta del niño. Corrija cuando sea necesario, con un tono calmado y objetivo. Repita, repita y repita. Estas conductas no deben interpretarse como algo personal.

Derivaciones

Los niños y las familias que intentan superar traumas necesitan la ayuda de proveedores de servicios de salud mental que estén capacitados para brindar el tratamiento pertinente. Esta guía incluye un formulario de seguimiento. Este formulario se puede usar como herramienta de derivación para comunicarse con especialistas en salud mental, como resumen para familiares y como resumen para la historia clínica del pediatra. El pediatra puede completar el formulario con las conclusiones de la evaluación, e incluir explicaciones sobre cualquier problema médico o del desarrollo, recomendaciones específicas y una fecha para una cita de control. El pediatra puede personalizar el formulario añadiendo nombres específicos y números de teléfono en el área de recomendaciones, e incorporar los recursos locales en la casilla destinada a tal fin. Puede completar este formulario por vía electrónica (www.aap.org/traumaguide), imprimirlo y entregárselo a la familia para que se sientan seguros de proporcionar la información correcta al profesional a quien se los deriva. Los niños deben ser derivados a terapeutas especialistas en traumas en caso de que haya profesionales capacitados y disponibles en la zona. Estos terapeutas usan terapias específicas para traumas que son cognitivo-conductuales (como la terapia cognitivo-conductual orientada al trauma [*Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy* o TF-CBT]) o diádicas (óptimas para niños pequeños, como la psicoterapia para padres e hijos [*Child-Parent Psychotherapy* o CPP] o la terapia interactiva entre padres e hijos [*Parent-Child Interaction Therapy* o PCIT]). Los niños que han vivido hechos traumáticos más complejos pueden beneficiarse con tratamientos como el modelo de apego, autorregulación y competencia (*Attachment, Self-Regulation and Competency* o ARC), que pueden reforzar los modelos de terapia cognitivo-conductual (*Cognitive behavioral therapy* o CBT).

Terapias para niños traumatizados		
EDAD	TERAPIA	OBJETIVOS
Niños pequeños de 0 a 5 años	<ul style="list-style-type: none"> Terapia interactiva entre padres e hijos (<i>Parent Child Interactive Therapy</i> o PCIT) Psicoterapia para padres e hijos (<i>Child Parent Psychotherapy</i> o CPP) 	<p>Se trabaja con cuidadores y niños para abordar las conductas que se observan durante el juego.</p> <p>En la intervención diádica se trata el impacto del trauma en la relación entre padres e hijo y cómo los padres pueden brindarle seguridad emocional al niño.</p>
Niños mayores	<ul style="list-style-type: none"> Terapia cognitivo-conductual orientada al trauma (<i>Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy</i> o TF-CBT) (para niños de 5 años en adelante) Intervención cognitiva-conductual para traumas en escuelas (<i>Cognitive Behavioral Intervention for Trauma In Schools</i> o CBITS) (para jóvenes de escuelas secundarias) 	<p>Se capacita a los niños y a las familias en:</p> <ul style="list-style-type: none"> técnicas de relajación capacidades y lenguaje para conectarse con las emociones psicoeducación <p>Luego se guía al niño para que cree una narración sobre el hecho traumático. El niño crea/redacta una historia sobre lo que le ha ocurrido.</p> <p>El hecho de que pueda contar o leerle esta historia al cuidador indica que el trauma ya no lo define sino que es una historia de lo acontecido, sin el poder de seguir dañándolo.</p>
Tanto los niños mayores como los niños pequeños con traumas complejos/problemas de apego	<ul style="list-style-type: none"> Apego, autorregulación y competencia (<i>Attachment, Self-Regulation, and Competency</i> o ARC) 	<p>Promover relaciones saludables entre los niños y sus sistemas de cuidadores para:</p> <ul style="list-style-type: none"> fortalecer los recursos y afianzar la confianza en los adultos de la familia reforzar la capacidad de todos los familiares para controlar las emociones, las sensaciones del cuerpo y las conductas mejorar las capacidades para resolver problemas promover el desarrollo saludable de la identidad brindar apoyo al niño en el procesamiento/la integración de experiencias estresantes de su vida

Además de las intervenciones anteriores, la herramienta *Evidence-Based Child and Adolescent Psychosocial Interventions* (Intervenciones psicosociales basadas en la evidencia en niños y adolescentes) de la AAP es una matriz donde se describen las intervenciones psicosociales basadas en las evidencias que se aplican a niños y adolescentes e incluye el estrés traumático como uno de los problemas indicativos. Este cuadro se actualiza dos veces al año a medida que se publican nuevas investigaciones, y está disponible en: www.aap.org/mentalhealth/psychosocialinterventions

Para obtener más información sobre terapias en su zona:

- <http://nctsn.org/resources/audiencias/parents-caregivers/finding-help>
- <http://store.samhsa.gov/mhlocator>
- www.samhsa.gov/nctic/trauma.asp

La conducta del niño no debe tomarse como algo personal.

EL HOGAR MÉDICO

Un círculo de seguridad, apoyo y recursos

El hogar médico es el punto focal donde se concentran las tareas para la reducción del estrés tóxico y el sostén de resiliencia del niño y su familia. Si bien muchos pacientes con antecedentes de hechos traumáticos de gravedad deberán ser evaluados por profesionales de servicios de salud mental, el pediatra sigue cumpliendo un rol importante en el manejo de la atención. Los pediatras pueden brindar el sostén emocional y la validación que necesitan los padres adoptivos y de acogida en sus complicados roles de cuidadores. Los pediatras pueden trabajar longitudinalmente con los cuidadores y continuar tratando los síntomas que obstaculizan la terapia. También pueden facilitar el acceso a los recursos de la comunidad, trabajar conjuntamente con la escuela de los niños para tratar los desafíos conductuales en el aprendizaje, y ayudar a coordinar la atención entre especialistas de otras disciplinas. El hogar médico representa la seguridad, el acceso a los recursos y la atención continua de un niño que ha sufrido experiencias traumáticas.



RECURSOS

AAP Healthy Foster Care America (Iniciativa de la AAP para un sistema de acogida saludable en los EE. UU.)
www.aap.org/fostercare

AAP Mental Health Initiatives (Iniciativas de salud mental de la AAP)
www.aap.org/mentalhealth

AAP Early Brain and Child Development (Iniciativa de la AAP para el desarrollo temprano del cerebro y el niño)
www.aap.org/ebcd

AAP Medical Home for Children and Adolescents Exposed to Violence (Programa de hogar médico de la AAP para niños y adolescentes expuestos a la violencia)
www.aap.org/medhomecev

AAP National Center for Medical Home Implementation (Centro nacional de implementación del hogar médico de la AAP)
www.medicalhomeinfo.org

Sitio web de la AAP para padres
www.healthychildren.org

National Child Traumatic Stress Network (Red nacional para el estrés traumático infantil)
www.nctsn.org

Center on the Developing Child – Harvard University (Centro para el niño en desarrollo de la Universidad de Harvard)
www.developingchild.harvard.edu

Child Trauma Academy (Academia de Trauma Infantil)
www.childtrauma.org

SAMHSA National Center for Trauma-Informed Care (Centro nacional de atención de traumas de la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias de EE. UU.)
www.jimcaseyyouth.org/filedownload/639

The Adolescent Brain: New Research and its Implications for Young People Transiting From Foster Care (Jim Casey Youth Opportunities Initiative)
www.jimcaseyyouth.org/filedownload/639

Responding to Childhood Trauma: The Promise and Practice of Trauma Informed Care (Gordon R. Hodas, MD, Oficina de Salud Mental y Servicios contra el Abuso de Sustancias de Pensilvania)
www.dpw.state.pa.us/ucmprd/groups/public/documents/manual/s_001585.pdf

Mensaje de un niño con experiencias propias en el sistema de acogida
www.aap.org/fostercare/MIA

REFERENCIAS

- Salisbury AL, Ponder KL, Padbury JF, Lester BM. Fetal effects of psychoactive drugs. *Clin Perinatol*. 2009;36(3):595–619. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2767264/pdf/nihms149863.pdf Consultado el 16 de noviembre de 2012.
- Jee SH, Szilagyi M, Ovenshire C, et al. Improved detection of developmental delays among young children in foster care. *Pediatrics*. 2010;125(2):282–289.
- Greeson JK, Briggs EC, Kisiel CL, et al. Complex trauma and mental health in children and adolescents placed in foster care: findings from the National Child Traumatic Stress Network. *Child Welfare*. 2011;90(6):91-108.
- Salazar AM, Keller TE, Gowen LK, Courtney ME. Trauma exposure and PTSD among older adolescents in foster care [publicado en línea con anterioridad a la versión impresa, 17 de agosto de 2012]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. doi:10.1007/s00127-012-0563-0.
- Franey K, Geffner R, Falconer R, eds. *The Cost of Child Maltreatment: Who Pays? We All Do*. San Diego, CA: Family Violence & Sexual Assault Institute; 2001.
- Binder EB. The role of FKBP5, a co-chaperone of the glucocorticoid receptor in the pathogenesis and therapy of affective and anxiety disorders. *Psychoneuroendocrinology*. 2009;34(suppl 1): S186–S195.
- Amstadter AB, Koenen KC, Ruggiero KJ, et al. Variation in RGS2 is associated with suicidal ideation in an epidemiological study of adults exposed to the 2004 Florida hurricanes. *Arch Suicide Res*. 2009;13(4):349–357. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2760049/pdf/nihms127420.pdf Consultado el 16 de noviembre de 2012.

⁸ McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci*. 2009;12(3):342–348. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2944040/pdf/nihms233892.pdf Consultado el 16 de noviembre de 2012.

⁹ Weinstock M. Sex-dependent changes induced by prenatal stress in cortical and hippocampal morphology and behaviour in rats: an update. *Stress*. 2011;14(6):604–613.

¹⁰ Mehta MA, Golemboski NI, Nosarti C, et al. Amygdala, hippocampal and corpus callosum size following severe early institutional deprivation: the English and Romanian Adoptees study pilot. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009;50(8):943–951.

¹¹ Shonkoff JP, Garner AS; and American Academy of Pediatrics Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012;129(1):e232–e246. <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/1/e232.full> Consultado el 16 de noviembre de 2012.

¹² Hibbard R, Barlow J, Macmillan H; and American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Child Maltreatment and Violence Committee. Psychological maltreatment. *Pediatrics*. 2012;130(2):372–378. <http://pediatrics.aappublications.org/content/130/2/372.full> Consultado el 16 de noviembre de 2012.

¹³ Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración para los Niños y las Familias. Child Maltreatment 2011. Sitio web del Children's Bureau (Oficina para los Niños). [site. www.acf.hhs.gov/programs/cb/resource/child-maltreatment-2011](http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/resource/child-maltreatment-2011) Publicado en diciembre de 2012. Consultado el 29 de enero de 2013.

¹⁴ Felitti V, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245–258.

¹⁵ Perry BD. Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: clinical applications of the Neurosequential Model of Therapeutics. *J Loss Trauma*. 2009;14(4):240–255. www.childtrauma.org/images/stories/Articles/traumaloss_bdp_final_7_09.pdf Consultado el 16 de noviembre de 2012.

¹⁶ Perry BD, Pollard RA, Blakely TL, Baker WL, Vigilante D. Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and “use-dependent” development of the brain: how “states” become “traits”. *Infant Mental Health J*. 1995;16(4):271–291. www.childtrauma.org/images/stories/Articles/state_trait_95.pdf Consultado el 16 de noviembre de 2012.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro especial agradecimiento a los integrantes de American Academy of Pediatrics (AAP) que dedicaron su tiempo y sus extensos conocimientos al desarrollo de esta guía:

Heather Forkey, MD, FAAP
Andy Garner, MD, PhD, FAAP
Lisa Nalven, MD, MA, FAAP
Samantha Schilling, MD
John Stirling, MD, FAAP

Puede encontrar una versión en línea de esta guía en: www.aap.org/traumaguide

Las recomendaciones de esta publicación no son indicativas de un curso de tratamiento exclusivo ni deben ser consideradas pautas de atención médica estándar. Según las circunstancias individuales de cada caso pueden ser apropiadas diferentes variaciones.



Fuente: Proyecto nacional de arte de Foster Care Alumni of America: explorando la cultura del sistema de adopción y acogida (www.fostercarealumni.org)

MATERIALES DE BOLSILLO:

Sugerencias de codificación:

Para evaluaciones relacionadas con la detección y la orientación temprana ante traumas y otras cuestiones de salud mental o desarrollo.

Folleto para la familia:

El folleto titulado *Parenting After Trauma: Understanding Your Child's Needs* (La paternidad después de hechos traumáticos: cómo entender las necesidades de su hijo) puede ser reproducido y entregado a padres del sistema de adopción y acogida. Para acceder a la versión electrónica de este folleto, visite: www.aap.org/traumaguide

Resumen para derivación y seguimiento de citas para entregar a la familia:

Este formulario de seguimiento debe ser completado por el pediatra y entregado a la familia como guía en el seguimiento de las derivaciones y como fuente de la información correcta que debe recibir el profesional a quien se deriva o que asuma la atención del niño. También puede ser útil para el pediatra en sus comunicaciones directas con un profesional de la salud mental. El propósito de este formulario no es suministrar un historial completo ni debe ser completado por el profesional a quien se deriva el paciente. Puede completarlo electrónicamente (www.aap.org/traumaguide), imprimirlo y entregarlo a la familia al final de la cita. También puede guardar el formulario en sus registros.

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



American Academy of Pediatrics es una organización de membresía profesional con 60,000 pediatras de atención primaria, subespecialistas pediátricos y especialistas quirúrgicos pediátricos abocados a la salud, la seguridad y el bienestar de bebés, niños, adolescentes y jóvenes.



DAVE THOMAS
FOUNDATION
FOR ADOPTION®

Dave Thomas Foundation for Adoption es una organización benéfica nacional pública y sin fines de lucro que se dedica exclusivamente a encontrar hogares permanentes a los más de 130,000 niños que aguardan en los sistemas de acogida de Norteamérica. Creada por Dave Thomas, el fundador de Wendy's®, quien vivió la adopción en carne propia, la Fundación implementa programas de servicio nacional basados en la evidencia y orientados a los resultados, campañas de concientización sobre la adopción. Para obtener más información, visite davethomasfoundation.org o llame al 1-800-ASK-DTFA.



Being Family es una iniciativa corporativa para el bien común de Jockey International dedicada a fortalecer a las familias adoptivas para un futuro exitoso. Desde 2005, Jockey ha donado más de \$3.5 millones en dinero y contribuciones en especie a organizaciones sin fines de lucro del ámbito local y nacional para ayudar a aumentar la disponibilidad de los recursos a disposición de las familias.