



El enfoque del hogar médico para identificar y actuar ante la exposición a traumas

Los pediatras cumplen una función en la identificación del trauma y en la respuesta apropiada para ayudar a los niños y las familias en el proceso de sanación. El trauma puede ser agudo o bien ser resultado de una serie de eventos pasados que culminan con los síntomas actuales. La información a continuación ofrece una introducción a medidas específicas que los pediatras pueden tomar para reconocer si hay evidencias de un hecho traumático y actuar frente a eso. En este documento se presupone que el pediatra conoce la legislación estatal que exige denunciar el abuso y la negligencia infantil, y que la prioridad cuando se identifican exposiciones a traumas es garantizar que el niño se encuentre seguro ahora.



SDOLENCIAS SOMÁTICAS Y EXÁMENES FÍSICOS: Cómo reconocer si algo está relacionado con traumas



Los pediatras saben identificar y abordar la exposición de un niño a uno o varios hechos traumáticos continuos, y están preparados para prevenir los efectos negativos en la salud física y mental. La historia del trauma puede ser informada o no por la familia o el niño. El pediatra puede verse obligado a preguntar sobre la posible exposición actual o pasada a hechos traumáticos, y debe evaluar la seguridad. Las preguntas se pueden canalizar cuando existen dolencias somáticas injustificadas u otros indicadores que puedan asociarse a exposiciones a traumas o adversidades. Los síntomas son respuestas fisiológicas al miedo y al trauma, que resultan de la función esperada del eje HHA y el sistema inmunitario.

Historia y revisión de síntomas

La influencia del trauma en el cerebro desencadena cambios en las funciones corporales, que se pueden evaluar si incluimos los síntomas de la Tabla 1 en una revisión estandarizada de los sistemas.

Tabla 1. Respuesta del niño al trauma: funciones corporales		
SÍNTOMA(S)	FUNCIÓN	CAUSA CENTRAL
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para conciliar el sueño • Dificultad para permanecer dormido • Pesadillas 	Sueño	Estimulación del sistema de activación reticular
<ul style="list-style-type: none"> • Rápido consumo de alimentos • Ausencia de sensación de saciedad • Acaparamiento de comida • Falta de apetito • Otros trastornos de la alimentación 	Alimentación	Inhibición del centro de saciedad, ansiedad
<ul style="list-style-type: none"> • Estreñimiento • Encopresis • Enuresis 	Control de esfínteres	Aumento del tono del sistema nervioso simpático, aumento de las catecolaminas

Respuesta conductual

La influencia del trauma en el cerebro puede dar lugar a conductas que podrían confundir al pediatra. Lo ideal es mantener la mente abierta al momento de explorar las causas de la sintomatología. En la Tabla 2 se enumeran algunas de las respuestas que más a menudo son malinterpretadas.

Tabla 2. Respuesta del niño al trauma: causas malinterpretadas		
RESPUESTA	MÁS COMÚN EN	CAUSA MALINTERPRETADA
<ul style="list-style-type: none"> • Desapego • Adormecimiento • Obediencia • Fantasía 	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres • Niños pequeños • Niños con dolor/trauma continuo • Niños incapaces de defenderse 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • TDAH de tipo desatención • Retraso madurativo
<ul style="list-style-type: none"> • Hipervigilancia • Agresión • Ansiedad • Respuesta exagerada 	<ul style="list-style-type: none"> • Hombres • Niños mayores • Testigos de actos violentos • Personas capaces de luchar o huir 	<ul style="list-style-type: none"> • TDAH • Trastorno de oposición desafiante • Trastorno conductual • Trastorno bipolar • Dificultades para controlar el enojo

Abreviatura: TDAH: trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

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

El trauma inhibe el desarrollo de áreas específicas del cerebro responsables de las funciones ejecutivas, como la memoria funcional, el control de la inhibición y la flexibilidad cognitiva. Estas son las capacidades necesarias para aprender conceptos nuevos, desenvolvernarnos en ámbitos sociales y mantener la concentración. Permiten al niño autocontrolarse, concentrarse en una tarea aunque haya distracciones y mantener una idea en mente a medida que aprende el paso siguiente de un proceso. Estas capacidades se desarrollan con la práctica y se fortalecen con las experiencias. En el caso de los niños que han vivido un hecho traumático, es posible que estas capacidades no se desarrollen de manera apropiada y no alcancen hitos del crecimiento. La Tabla 3 muestra algunos ejemplos.

Cuando se identifican retrasos madurativos en chequeos regulares o ante inquietudes planteadas por los padres, el pediatra debe considerar la posible exposición al trauma. Esto le permitirá derivar al niño al profesional más apropiado para que lo evalúe o le brinde servicios. Si efectivamente estuvo expuesto a traumas, el pediatra deberá asegurarse de que el profesional a quien derive tenga experiencia en la evaluación y el tratamiento de niños expuestos a traumas.

Tabla 3. Respuesta del niño al trauma: desarrollo y aprendizaje

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	<ul style="list-style-type: none"> • Rabieta fuertes y frecuentes • Agresión hacia otros niños 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilidad para frustrarse • Dificultad con las transiciones
Niño en edad escolar	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades organizativas • Pueden asemejarse a problemas de aprendizaje o TDAH
Adolescente	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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

CONTEXTO DE TRABAJO

Emma, una adolescente saludable de 15 años, se presenta acompañada por su madre en el centro de urgencias con dolor abdominal y náuseas que dice tener desde hace 3 meses. En ocasiones vomita por las náuseas y ha perdido unas 10 libras en 2 meses. No ha presentado fiebre, erupción, estreñimiento, irregularidad en la menstruación ni otros síntomas. No ha viajado al extranjero ni ha tenido contacto con personas enfermas. No toma medicamentos de rutina y no padece alergias. Emma vive con su madre, su padrastro y una hermana de 10 años. Ha faltado varios días a la escuela por el dolor abdominal, pero informa que sus notas son "buenas."

El examen médico, incluido el examen abdominal, es completamente normal. Un examen general previo, que incluye uroanálisis, hemograma completo, panel metabólico básico, ecografía de abdomen y pelvis y una tomografía computada, da resultados negativos.

Sus padres quieren saber cuál es el problema y solicitan que la deriven a un gastroenterólogo.

Antes de derivarla, usted habla con Emma a solas, sin los padres en el consultorio. Ella le cuenta que ha sufrido abuso sexual prolongado entre los 6 y los 12 años, por parte de su padre biológico, con quien ya no tiene contacto. Un año atrás tomó una sobredosis de medicamentos de venta libre y fue hospitalizada por ideas suicidas. Emma le comenta que cuando habla sobre estos temas su madre se angustia mucho. Además, le cuenta que otros compañeros la hostigan en la escuela.

Evaluación de la exposición al trauma

A medida de que los pediatras se interiorizan más sobre el efecto significativo que puede tener la exposición al trauma en la salud, el bienestar y la seguridad de un niño, pueden considerar la posibilidad de preguntar explícitamente sobre la exposición a traumas. En función de los datos sobre la frecuencia de la exposición del niño a hechos traumatizantes, no es irrazonable tener en cuenta el trauma en cada visita de control de la salud. Estas evaluaciones universales pueden ayudar a eliminar toda sensación de estigma o juicio y darle seguridad y tranquilidad a la familia. No es posible hacer un diagnóstico si nunca se considera esta posibilidad. Un importante primer paso es mantener un alto nivel de sospecha de la posibilidad de que el trauma sea una causa o un factor coadyuvante a la conducta o inquietud planteada.

Aún resta desarrollar y validar herramientas que permitan detectarlo rápidamente en el entorno ajotreado de la atención primaria, pero se pueden formular preguntas generales.

PREGUNTAS ABIERTAS

“¿Hubo algún cambio importante en tu vida (por ejemplo, una mudanza, nuevos integrantes en el hogar, personas que se hayan ido de la casa)?”

“¿El niño tiene algún problema de conducta en el hogar, en la guardería, en la escuela en el vecindario?”

“¿En los últimos días le ocurrió algo malo, triste o aterrador al niño (o “te ocurrió” si es un niño mayor)?”

“¿Cómo sobrellevas el estrés?”

La información sobre factores de estrés tóxico se puede obtener sin sesgos intimidantes pero sin perder de vista la posibilidad del trauma. Las preguntas permiten sacar a la luz cuestiones que los familiares pueden haber olvidado o de las que tal vez nunca antes hayan hablado.

PREGUNTAS CERRADAS

“Me has dicho que tu hijo tiene algunos problemas de agresividad, falta de atención y dificultad para dormir. Así como la fiebre indica que el cuerpo está combatiendo una infección, la presencia de estas conductas puede indicar que el cerebro y el cuerpo están respondiendo a una fuente de estrés o amenaza. ¿Te preocupa que tu hijo pueda estar expuesto a algún tipo de estrés o a algo que podría causarle temor?”

“Las conductas que describes y la dificultad que ella tiene en la escuela y el aprendizaje son muy comunes. Sin embargo, a veces también son signos de advertencia de que el cerebro está intentando sobrellevar algún tipo de estrés o amenaza. Por ejemplo, a veces los niños responden de esta manera si sufren daños o si ven que otras personas que quieren están pasando por alguna situación fea. ¿Sabes si está expuesta a algún tipo de violencia en la escuela, con sus amigos, en la casa o en el vecindario?”

“Bien, lo que describes puede estar relacionado con estrés. ¿Te sientes seguro en tu casa? ¿Tu hijo se siente seguro en su casa? ¿En el autobús escolar? ¿Cuando camina hasta la escuela? ¿En la escuela? ¿Cuando vuelve de la escuela?”

Al tratar de identificar hechos de violencia doméstica, abuso de sustancias, hostigamiento o abuso infantil, uno puede verse obligado a ser más directo. Esto incluye elaborar un marco para el planteo de una inquietud.

Es importante que los pediatras informen que están evaluando a todas las familias para detectar cualquier exposición a traumas. Esto ayuda a reducir el estigma y lo define como una parte normal de la práctica médica.

UNA VEZ IDENTIFICADA LA EXPOSICIÓN AL TRAUMA: La respuesta inicial

Sea empático

Revelar la exposición a un hecho traumático puede ser difícil para los niños y las familias, que pueden sentirse vulnerables. La respuesta del pediatra cuando toma conocimiento del hecho influye en las percepciones de los niños y los padres y en sus respuestas ante el evento traumático, incluida la posibilidad de que busquen evaluación y tratamiento. La primera reacción debe ser demostrar empatía. Un pediatra puede responder con un comentario como: “Siento mucho escuchar que _____. Gracias por contármelo. Sé que podemos trabajar juntos para ayudar a tu hijo.”

Detectar otros síntomas y capacitar

A continuación, es importante corroborar con el padre o la madre y, cuando corresponda, con el niño (según la edad y el nivel de desarrollo) los síntomas actuales del niño, el uso de estrategias de afrontamiento, los recursos de apoyo y cualquier otra inquietud que la familia pueda expresar. Comience con una pregunta abierta que no permita responder fácilmente con una sola palabra. Por ejemplo: “¿Qué diferencias notaste en tu hijo desde que ocurrió el hecho?” O bien pregúntele al niño: “¿Qué diferencias notaste en ti desde que te pasó eso?” La mayoría de los niños saben desenvolverse muy bien después de un hecho traumático, especialmente cuando en el hogar cuentan con un cuidador que les brinda apoyo. Si el niño se desenvuelve bien, elogie su capacidad para sobrellevar el hecho y al cuidador por brindar apoyo al niño durante este difícil período.

Una de las mejores cosas que puede hacer un pediatra, incluso con quienes no parecen presentar síntomas por el momento, es brindar educación y **recursos** sobre hechos traumáticos y las respuestas típicas ante el trauma. En las formas no complejas del trauma (por ejemplo, con hechos aislados), normalizar el hecho puede ayudar a reducir la angustia del niño y su cuidador. El pediatra puede usar frases como las siguientes...

"A muchos niños les pasa algo que los asusta mucho al menos una vez en la vida."

"Al principio pueden tener mucho miedo, pero la mayoría de los niños lo superan muy bien y al poco tiempo vuelven a sentirse como antes."

Los padres y otros adultos en la vida del niño deben ser conscientes de la variedad de síntomas que los niños pueden experimentar después de un hecho traumático, desde cambios emocionales y conductuales hasta dolencias somáticas. Los niños que sufren estrés traumático pueden ser dependientes y temerosos ante situaciones nuevas, irritables, impulsivos y poco atentos; pueden asustarse con facilidad y consolarlos puede ser difícil. También pueden presentar dificultades para dormir, pueden tener problemas relacionados con el apetito y mostrar una regresión en el desempeño y la conducta. Es importante que los padres sepan que estos síntomas indican que la respuesta normal de lucha, escape o bloqueo ante el estrés o una amenaza está "activada" en exceso o durante demasiado tiempo. Será importante que los pediatras les recuerden a las familias que los niños

hacen lo mejor que pueden con los conocimientos, las capacidades y las estrategias que han obtenido según su etapa del desarrollo. Velar por un niño traumatizado puede ser todo un desafío, especialmente para los cuidadores que tienen otros factores de estrés. Pero si el desempeño diario de un niño en el hogar, la escuela, etc. se ve perjudicado, será importante evaluarlo de inmediato para que reciba servicios adicionales en función del trauma que haya sufrido (consulte "**Una vez identificada la exposición al trauma: cómo actuar ante síntomas activos relacionados con el trauma**").

Ayude a la familia a cuidar al niño traumatizado

Los pediatras pueden sugerir estrategias prácticas para que los cuidadores aprendan a abordar los difíciles síntomas del niño traumatizado. Con tiempo, práctica, paciencia, calma y una crianza coherente, el cerebro y el cuerpo del niño pueden aprender a responder de una forma más saludable y adaptativa.

En la Tabla 4 se indican algunas estrategias generales para que los niños y las familias puedan afrontar mejor los síntomas del trauma. El enfoque puede ser individualizado según la historia personal del niño y el tipo de trauma que ha vivido. Esto será especialmente válido si el trauma vivido está directamente relacionado con la actividad en cuestión. Tal vez los pediatras deban pedir asesoramiento a un terapeuta con experiencia en el tratamiento de traumas.

Tabla 4. Orientación temprana específica al trauma

SÍNTOMAS QUE PODRÍA EXPERIMENTAR EL NIÑO	CÓMO PUEDE RESPONDER LA FAMILIA
Alteraciones del sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Horario regular para dormir. • Rutina relajante antes de irse a acostar (baño, lectura, luz tenue, momento de abrazos y mimos). • Nada de pantallas una hora antes de acostarse. • Luz de noche. • Aceptar y ser comprensivo con los miedos del niño y ayudarlo a sentirse seguro. <ul style="list-style-type: none"> – Objeto de transición: muñeco de felpa, manta, almohada u otro objeto que desee (puede contarle al niño que el muñeco tiene miedo y necesita dormir con el niño para sentirse seguro y cuidado).
Alteraciones en la alimentación – De todo tipo	<ul style="list-style-type: none"> • Horario regular de comidas. • Comidas agradables y en calma. • Tres comidas y tres refrigerios (ofrézcale algo cada 2 horas). • Sentarse para comer siempre. • Tener presente que el niño pueda experimentar y hacer desorden. • Darle un multivitamínico masticable con hierro y zinc.

CONTINÚA >

Tabla 4. Orientación temprana específica al trauma (continuación)

SÍNTOMAS QUE PODRÍA EXPERIMENTAR EL NIÑO	CÓMO PUEDE RESPONDER LA FAMILIA
Alteraciones en la alimentación – Rechazo a la comida	<ul style="list-style-type: none"> • No obligarlo a comer, no engañarlo ni reprenderlo. • Establecer recompensas por cada avance en la comida (por ejemplo, servirse algo en el plato, olerlo, llevárselo a los labios, probarlo, darle un mordisco, tragarlo). • Ofrecerle en cada oportunidad dos alimentos que desee y uno que no quiera. • Volver a ofrecerle comida. • Dieta alta en calorías/proteínas si está por debajo de su peso. • Llevar un seguimiento semanal o mensual del crecimiento con el médico de atención primaria.
Alteraciones en la alimentación - Sobreingesta y acaparamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un sistema de recompensas por “pedir alimentos” y “comerlos cuando se los da” (en lugar de buscar a escondidas y ocultarlos). • Ofrecer mucha agua a lo largo de todo el día. • Controlar con frecuencia si tiene comida oculta y aplicar el sistema de recompensas por no tener comida en la habitación. • Reducir el acaparamiento: Tenga un tazón de bocadillos con mucha fibra (por ej., zanahorias, manzanas). Rellénelo cada 30 minutos y aumente gradualmente el tiempo entre cada reposición. Elogie al niño por guardar un poco y progresar.
Problemas de esfínteres - Encopresis/estreñimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una limpieza de los intestinos según sea necesario (con medidas para minimizar los traumas adicionales). • Eliminar cualquier asociación negativa con el momento de ir al baño. • Sistema de recompensa por sentarse en el inodoro (puede requerir un sistema gradual por pequeños pasos hasta que se siente en el inodoro; por ej., hacer en el calzoncito de entrenamiento dentro del baño, hacer en el calzoncito parado junto al inodoro, hacer en el calzoncito sentado sobre el inodoro tapado, hacer en el calzoncito sentado en el inodoro sin la tapa, hacer en el inodoro). • Actividad o juego exclusivo para la hora de ir al baño.
Problemas de esfínteres - Incontinencia urinaria diurna	<ul style="list-style-type: none"> • Si hay estreñimiento, tratarlo. • Evacuaciones programadas (cada 2 horas). • Incentivo de recompensa por no mojarse durante intervalos preestablecidos y por cumplir el horario de evacuaciones.
Dolor abdominal funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar aumentar la fibra en la dieta y reducir la lactosa. • Aclarar si cada ocasión es “igual” o “diferente”, pero limitar las conversaciones sobre el dolor. • Afianzar las buenas conductas. • Distracción. • Habilidades cognitivas de afrontamiento (diálogo interno positivo). • Técnicas de relajación (respiración profunda).
Dolores de cabeza tensionales	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar: “¿Qué crees que puede estar causándote este dolor de cabeza?” • Las imágenes visuales de las estructuras anatómicas como la contracción y dilatación de los vasos sanguíneos y los sensores del dolor que acompañan este proceso pueden ser útiles para controlar los síntomas. • Imágenes visuales con ejercicios de relajación progresivos. • Beber mucha agua. • Un registro diario de los dolores de cabeza puede ayudar a identificar los disparadores.

CONTINÚA >

Tabla 4. Orientación temprana específica al trauma (continuación)

SÍNTOMAS QUE PODRÍA EXPERIMENTAR EL NIÑO	CÓMO PUEDE RESPONDER LA FAMILIA	
<p>Ansiedad/miedos/evasión</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer y respetar el miedo. • No subestimar, exagerar ni sustentar el miedo. • Brindar información sobre el miedo. <ul style="list-style-type: none"> – Leer un libro sobre el tema que asusta. – Ver programas de televisión, películas o videos que lo tranquilicen. • Realizar una exposición gradual al miedo con recompensas por cada paso. • Escuchar activamente. 	
<p>Dificultad para autorregularse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emociones fuertes e inapropiadas • Baja tolerancia al estrés • Facilidad para frustrarse 	<p>Técnicas para los padres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recordarle al cuidador que no debe tomar la conducta como algo personal. • Bajar el tono y la intensidad de la voz. • Conservar la calma y tranquilidad. • Agacharse a la altura del niño para hablarle. • Dar instrucciones con afirmaciones positivas, simples y directas, sin apelar a emociones fuertes. • Anticiparse a las reacciones y redireccionar antes de que el niño pierda el control de sus emociones. 	<p>Técnicas para el niño</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñarle al niño cómo calmarse (por ej., técnicas de respiración, ejercicios y métodos de relajación) cuando no esté disgustado. • Pedirle que practique estas técnicas cuando no esté disgustado. • El cuidador debe mostrarle cómo usa esas técnicas cuando está disgustado. • Recordarle amablemente al niño que use las técnicas cuando esté disgustado; puede sugerir que practiquen juntos una técnica. • La estrategia de ignorar las conductas que puedan ser ignoradas puede ayudar al niño a aprender cómo calmarse solo.
<p>Dificultad para expresar verbalmente sus emociones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El cuidador debe describir sus propias emociones y respuestas a lo largo del día; por ej., “A mamá le disgusta mucho tener que esperar en este tráfico.” • El cuidador debe ayudar al niño a describir sus emociones; por ej., “Me parece que te enoja tener que esperar tu turno.” • Animar al niño para que practique cómo describir sus emociones a lo largo del día; por ej., “¿Cómo te sientes en este momento?” 	
<p>Conducta irritable/agresiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El cuidador debe ayudar al niño a entender su expresión facial y tono de voz. • Recordarle al cuidador que esté atento a su propia respuesta emocional ante la conducta del niño. • La conducta del niño no debe tomarse como algo personal. • Ser constante y conservar la calma al momento de disciplinarlo; evitar gritar y ser agresivo. • Transmitirle al niño que está seguro, que es capaz, querido y apreciado. • Elogiar las conductas deseadas y neutrales. • Dedicar tiempo extra y especial para jugar con el niño. 	

Ayude a los padres a sobrellevar la situación y cuidar de sí mismos

Cuidar de un niño traumatizado puede ser particularmente difícil. Los padres pueden sentir frustración, enojo y agotamiento en sus intentos por lidiar con las conductas del niño. A la hora de hablar con ellos, sin la presencia del niño, es de suma utilidad preguntarles cómo sobrellevan la situación. Los padres también pueden haber vivido el trauma y pueden estar sufriendo los síntomas ellos mismos, y esto puede influir en su capacidad para cuidar al niño. Si los padres revelan sus propios síntomas de angustia, es importante que se los anime a buscar tratamiento con un profesional

especializado en adultos. Muchos padres pueden brindar apoyo a sus hijos pese a la angustia, pero necesitan su propio sistema de contención para tener éxito. Ayude a los padres a identificar sus fortalezas y sus recursos de afrontamiento. Anime a los padres para que usen sus propios sistemas de contención.

Cuando el pediatra pide información sobre la historia de la familia, puede enterarse de múltiples hechos adversos en la infancia del niño o de los padres. La acumulación de múltiples experiencias traumáticas en la familia debilita aún más la capacidad del niño para lidiar con otros traumas de manera saludable y puede limitar la capacidad de los padres para brindarle un sistema de apoyo y contención efectivo. Estas familias pueden necesitar asistencia para conectarse con servicios sociales que les brinden recursos económicos, como capacitación laboral, alimentos o servicios ante crisis con asesoramiento por violencia doméstica o tratamiento de abuso de sustancias, así como también servicios financieros o cuidado de niños. Asimismo, a menudo requieren visitas más frecuentes al médico de atención primaria u otro profesional para evaluar la situación y brindar apoyo y ánimo.

Los padres que han vivido sus propias historias traumáticas pueden tener dificultad para controlar sus emociones, tomar decisiones que resguarden su seguridad personal y la de sus hijos, entablar relaciones saludables y establecer límites claros para ellos y sus hijos. Además, pueden fracasar en los intentos por actuar apropiadamente con sus hijos, en especial cuando alguno está estresado. Es importante abordar el trato con estos padres teniendo presente el trauma. Esto incluye reconocer que el enojo, la resistencia o la evasión que puedan sentir los padres puede ser una reacción a sus propios traumas. También es importante recordar que los padres hacen lo mejor que pueden con los ejemplos que han vivido en carne propia. Los pediatras pueden ser modelos de comunicación directa y honesta, fijar límites claros con estos padres y ofrecerles recomendaciones concretas en términos simples para explicar las razones de lo que ocurre. Haga todo lo posible por elogiar las elecciones saludables de los padres, el acatamiento de sus pedidos y las buenas decisiones. Los pediatras también pueden valerse de recursos para derivar a los padres que puedan necesitar apoyo para sus propias experiencias traumáticas no tratadas.

Ánimo y monitoreo en forma constante

Luego de identificar la exposición al trauma, el pediatra evaluará el nivel de la exposición, el alcance de los síntomas y las capacidades y habilidades de afrontamiento de los padres. También les brindará información, orientación temprana y, posiblemente, una derivación a servicios adicionales de evaluación, tratamiento o apoyo. El siguiente paso importante será establecer un plazo razonable para el seguimiento del niño y la familia. Obtenga información del niño y de sus padres para determinar con qué frecuencia pueden y quieren hacer el seguimiento. El seguimiento es útil para controlar con los padres y el niño el curso de los síntomas, la efectividad de las estrategias de afrontamiento, el acceso continuo a los sistemas de apoyo y las derivaciones previas; así como también para evaluar la necesidad de cualquier derivación adicional. También será muy importante para el pediatra trabajar en estrecha colaboración con cualquier otro médico o terapeuta involucrado en la formulación y supervisión de un plan de atención que ofrezca los mejores beneficios al niño y su familia.

UNA VEZ IDENTIFICADA LA EXPOSICIÓN AL TRAUMA: Cómo actuar ante el niño sintomático



No hay una norma rígida para determinar cuándo se debe derivar a un niño a servicios terapéuticos por traumas. Después de escuchar la experiencia del niño y la familia luego de uno o varios hechos traumáticos, el pediatra puede evaluar la gravedad del incidente y el tiempo durante el cual el niño ha experimentado síntomas negativos. Si los síntomas han durado días o semanas y los padres o el pediatra están preocupados, una derivación puede ser la medida más apropiada. El pediatra que ya tenga relación con profesionales locales de servicios relacionados con traumas dispone de posibles recursos a quienes consultar y puede brindar atención a la familia cuando sea necesario y con mayor facilidad.

Medicamentos

A menudo las familias buscan una respuesta en la medicación. Los medicamentos ofrecen la posibilidad de una solución rápida con muy poco esfuerzo. Lamentablemente, es poca la información que indique que los medicamentos ofrecen una cura para el trauma. En general, el papel de la medicación es de sostén, como un yeso en una fractura. Si bien el yeso no cura, ofrece un soporte externo para que tenga lugar la sanación por dentro. De manera similar, en aquellos niños con síntomas de trauma que les impidan participar en terapias que les permitirán sanar, la medicación por períodos breves puede ser un apoyo significativo en el proceso de sanación.

Derivaciones a terapias

Los niños y las familias que intentan superar traumas necesitan la ayuda de proveedores de servicios de salud mental que estén capacitados para brindar tratamiento en función del trauma. El Resumen para derivación y seguimiento de citas para entregar a la familia es una herramienta útil que ofrece la American Academy of Pediatrics (www.aap.org/traumaguide) para colaborar con los pediatras en la organización y la derivación. 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, imprimirlo y entregárselo a la familia para que se sientan seguros de proporcionar la información correcta al profesional a quien se los deriva. Es útil cuando se hacen derivaciones a terapias enfocadas en el trauma, en caso de que haya servicios de este tipo disponibles; consulte la Tabla 5 para ver ejemplos.

Tabla 5. Terapias para niños traumatizados

EDAD	TERAPIA	OBJETIVOS ^A
Niño pequeño	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia interactiva entre padres e hijos (Parent-Child Interactive Therapy o PCIT) (apropiada para niños de 2 a 12 años) • Psicoterapia para padres e hijos (Child Parent Psychotherapy o CPP) (apropiada para recién nacidos y niños de 0 a 6 años) 	<ul style="list-style-type: none"> • En la PCIT se trabaja con cuidadores y niños para alinear la respuesta parental apropiada a las conductas de los niños. • La CPP es una intervención diádica que trata el impacto del trauma en la relación entre padres e hijo y cómo los padres pueden brindarle seguridad emocional al niño.
Niños mayores	<ul style="list-style-type: none"> • PCIT (apropiada para niños de 2 a 12 años) • Terapia cognitivo-conductual orientada al trauma (Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy o TF-CBT) (para niños ≥5 años) 	<ul style="list-style-type: none"> • En la PCIT se trabaja con cuidadores y niños para alinear la respuesta parental apropiada a las conductas de los niños. • La TF-CBT permite capacitar a los niños y a las familias en: <ul style="list-style-type: none"> – Técnicas de relajación – Capacidades y lenguaje para conectarse con las emociones – Creación de una narración sobre el trauma • 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. • 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.

CONTINÚA >

Tabla 5. Terapias para niños traumatizados (continuación)

<p>Trauma complejo o polivictimización</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apego, autorregulación y competencia (Attachment, Self-Regulation, and Competency o ARC) (apropiado para niños y adolescentes de 2 a 21 años) • Tratamiento integrador de traumas complejos para niños y adolescentes (Integrative Treatment of Complex Trauma for Children and Adolescents o ITCT-C, ITCT-A) (apropiado para niños y adolescentes de 2 a 21 años) • Terapia sistémica del trauma (Trauma Systems Therapy o TST) (apropiada para niños y adolescentes de 6 a 19 años) • Regulación del efecto traumático: guía para fines educativos y terapéuticos (Trauma Affect Regulation: Guide for Education and Therapy o TARGET) (apropiada para niños y adolescentes de ≥ 10 años) 	<ul style="list-style-type: none"> • La terapia ARC puede incluir tratamiento individual, grupal y familiar; talleres para padres, intervenciones sistémicas/del medio; y programas de prevención en el hogar. Está destinada específicamente al sistema que rodea al niño (por ej., familias, servicios, comunidades). • El tratamiento ITCT-C ha sido adaptado especialmente para familias en situación de desventaja económica y diversidad cultural. Puede incluir varias modalidades (individual, familiar, didáctica, etc.) • La TST se centra en niños y adolescentes con dificultad para regular sus emociones. Se puede usar en niños con amplia variedad de experiencias traumáticas y de diferentes culturas. • TARGET está dirigida a niños y cuidadores que viven estrés traumático, particularmente aquellos
--	--	--

^A Adaptado de materiales de la Red Nacional para el Estrés Traumático Infantil (National Child Traumatic Stress Network), disponibles en www.nctsn.org/resources/topics/treatments-that-work/promising-practices

CONCLUSIÓN



Independientemente de la intervención elegida, la familia y el niño pueden tener la certeza de que el hogar médico pediátrico puede ser una fuente constante de apoyo en el proceso de sanación del hecho o los hechos traumáticos o hasta que comiencen un tratamiento fuera del hogar médico. El pediatra puede continuar brindando apoyo a la familia en futuras visitas programadas e investigar proactivamente sobre estos hechos en las visitas subsiguientes para el bienestar del niño. Sin dudas la ciencia demuestra un vínculo entre la exposición a hechos traumáticos y el consecuente estrés tóxico y los problemas de salud a largo plazo en el plano físico, mental y conductual. Esto convierte al hogar médico en el lugar ideal para abordar precozmente estos problemas a fin de atenuar los efectos del estrés tóxico y ayudar al niño a disfrutar de una vida larga y saludable.

Para acceder a la versión en línea de este documento e información adicional, visite el sitio web de la AAP en www.aap.org/traumaguide

Las recomendaciones de este kit de herramientas 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.

© 2015 American Academy of Pediatrics