

## Comprensión de las consecuencias conductuales y emocionales de los malos tratos infantiles

American Academy of Pediatrics<sup>a</sup>, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry<sup>b</sup>  
y National Center for Child Traumatic Stress<sup>b</sup>

**Los niños que precozmente han sido víctimas de malos tratos o desamparo pueden presentar más tarde problemas conductuales significativos, incluida inestabilidad emocional, depresión y tendencia a ser agresivos o violentos con los demás. Las conductas problemáticas pueden persistir mucho tiempo después de que el entorno de malos tratos o desamparo haya cambiado o de que el niño haya emprendido una nueva vida en una familia de acogida. La investigación neurobiológica demuestra que los malos tratos precoces desembocan en una alteración de la respuesta fisiológica a los estímulos estresantes, una respuesta que afecta perjudicialmente a la socialización posterior del niño. Los pediatras pueden ayudar a los cuidadores a reconocer estas respuestas alteradas de los niños que son víctimas de malos tratos o desamparo, a formular estrategias de afrontamiento más eficaces y a movilizar los recursos comunitarios disponibles.**

### INTRODUCCIÓN

Los malos tratos precoces pueden alterar sustancialmente el desarrollo normal del niño y dejar a la víctima deterioros significativos a largo plazo. Los profesionales sanitarios que atienden a niños maltratados deben considerar las consecuencias de los malos tratos previos en el desarrollo y adaptación continuados del niño cuando abordan una diversidad de problemas conductuales a largo plazo, con independencia de que el niño resida con su familia biológica, con familias de acogida o con familias adoptivas.

Un número cada vez mayor de pruebas documentan la robusta relación entre las experiencias adversas en la

primera infancia y multitud de complicaciones, tanto médicas como psicológicas, que se manifiestan durante toda la infancia y, más tarde, en la vida adulta. Los Adverse Childhood Events Studies demuestran que los malos tratos infantiles, el desamparo y otras circunstancias que alteran la relación padres-hijo se asocian significativamente con muchas de las principales causas de mortalidad en el adulto, como ictus, cáncer y cardiopatías, y con una significativa utilización de los servicios de salud. Estas consecuencias heterogéneas, incluida la depresión y el suicidio, hipertensión y diabetes, tabaquismo, alcoholismo y otras drogodependencias, al igual que fracturas óseas, atestiguan convincentemente la vulnerabilidad de los niños a una experiencia estresante<sup>1</sup>.

Los pediatras visitan a los niños antes, durante y después de estos acontecimientos adversos. En la consulta, el médico trata a diario a niños que sufren los efectos de los traumas, incluida la separación y las pérdidas, los malos tratos físicos y abusos sexuales, el desamparo y ser testigos de la violencia. Muchos de estos niños, en especial aquellos para los que el estrés es particularmente grave, crónico o generalizado, tendrán dificultades para superar estas respuestas fisiológicas y psicológicas persistentes al estrés precoz. Pueden estar presentes síntomas de un trastorno de estrés posttraumático (TEPT) o de vínculos desorganizados, al igual que dificultades del sueño, ansiedad, conducta de oposición-llevar la contraria, conductas violentas y fracaso escolar<sup>2,3</sup>.

La conducta problemática del niño puede continuar mucho tiempo después de que hayan cesado los malos tratos o el desamparo, a pesar de una crianza coherente y pendiente de las necesidades del niño por parte de los padres de acogida o adoptivos o de los padres biológicos que han cambiado satisfactoriamente sus propias conductas. Los cuidadores desesperados pueden solicitar la ayuda del pediatra para diagnosticar y tratar una sospecha de “enfermedad” o “desequilibrio químico”. A menos que el profesional sanitario reconozca la relación de estos problemas conductuales habituales con sus antecedentes remotos, sus intervenciones serán ineficientes en el mejor de los casos y, en el peor, ineficaces o incluso contraproducentes. El médico de atención primaria mantiene el vínculo inicial, quizá el más decisivo, para los cuidadores y el niño: ayudarlos a entender que la respuesta insatisfactoria del niño al estrés podría haberse originado como una adaptación biológica al mundo anormal del niño y que las conductas problemáticas persis-

<sup>a</sup>John Stirling, Jr, MD, y el Committee on Child Abuse and Neglect and Section on Adoption and Foster Care; <sup>b</sup>Lisa Amary-Jackson, MD, MPH.

Todas las declaraciones apoyadas por la American Academy of Pediatrics expiran automáticamente 5 años después de su publicación a menos que sean confirmadas, revisadas o retiradas antes o en este momento.

Las recomendaciones de este informe no indican un curso exclusivo del tratamiento o del procedimiento a seguir. Teniendo en cuenta las circunstancias individuales pueden estar indicadas las variaciones.

tentes son su consecuencia. Los pediatras pueden ayudar a los cuidadores a entender que hay estrategias e intervenciones saludables que pueden ayudar al niño a reducir estas respuestas excesivas al estrés medioambiental y a reanudar una trayectoria normal del desarrollo.

### CUANDO EL ESTRÉS TRAUMÁTICO NO SE RESOLVERÁ

Los niños que han sobrevivido a acontecimientos agudos, como un fuego de la vivienda, accidente de tráfico, enfermedades importantes, o catástrofes naturales, refieren con frecuencia problemas del sueño, recuerdos generalizados que son escenas retrospectivas, al igual que una alteración de la respuesta emocional a las situaciones cotidianas. Estos son los síntomas clásicos que se originan de experimentar un acontecimiento vital traumático aislado. Estas reacciones graves al estrés son particularmente frecuentes después de incidentes de violencia interpersonal (como la violencia doméstica, malos tratos infantiles y terrorismo). En los casos de malos tratos infantiles o desamparo u otra exposición a la violencia, en los que, en general, las tensiones son prolongadas e inevitables, las reacciones al estrés a largo plazo son habituales y pueden ser particularmente devastadoras. En pacientes que experimentan las secuelas de un estrés precoz significativo, el estímulo responsable, en ocasiones menor, parece reflejar los malos tratos previos y producir una reacción emocional dramática, equivalente, que suele ser inapropiada y desmesurada a la provocación. Los estímulos que producen estas reacciones se conocen como recordatorios traumáticos y pueden adoptar muchas modalidades. Un olor, sonido u otro estímulo sensorial puede suscitar una reacción a un trauma antiguo o puede desencadenarla una acción, lugar o fecha. En esta reacción, el cerebro participa en lo que parece ser una forma exagerada de reconocimiento del patrón, una forma habitual de aprendizaje en la que modelos similares de estímulos desencadenan una respuesta neuroendocrina similar<sup>4,5</sup> (y, por lo tanto, conductual).

Los síntomas pueden agruparse en tres tipos de conductas principales: 1) la *reexperiencia* a través de pensamientos, sueños y recuerdos retrospectivos generalizados; 2) *evitación* de los recordatorios y un *entumecimiento de la sensibilidad*, incluido el retraimiento social, una limitación de los afectos y la restricción del juego; y 3) un estado de *hiperexcitación fisiológica* en forma de hipervigilancia y una respuesta de sobresalto exagerada, problemas de atención y concentración, y trastornos del sueño. Cuando las respuestas alteradas al estrés persisten mucho tiempo después del trauma, el proceso se denomina trastorno de estrés postraumático<sup>6,7</sup> (TEPT). No está clara la razón de que algunos niños desarrollen este trastorno después de un trauma pero otros no, aunque la gravedad y cronicidad del estrés iniciador parece desempeñar un papel, al igual que factores del huésped, del apoyo social y la variación genética<sup>2</sup>.

Los criterios diagnósticos para el TEPT son idénticos en niños y en adultos. Pueden resumirse como: 1) tendencia a reexperimentar persistentemente el acontecimiento traumático (a través de pensamientos, sueños y recuerdos retrospectivos generalizados); 2) entumecimiento de la sensibilidad general; 3) evitación de estí-

mulos que desencadenan esta reexperiencia (manifestada como retraimiento social, variedad limitada de afectos y restricción del juego); y 4) síntomas persistentes de excitación<sup>6</sup> (hipervigilancia, sobresalto exagerado y otros parámetros fisiológicos). En niños, estas características pueden manifestarse en diferentes modalidades del desarrollo, como juegos en los que el niño representa el trauma vivido o labilidad emocional extrema, con respuestas explosivas a provocaciones mínimas<sup>8-11</sup>.

La investigación ha demostrado cambios anatómicos correlacionados con los antecedentes de síntomas de TEPT, incluido un menor volumen cerebral y diferencias de tamaño de las estructuras límbicas<sup>12-14</sup>. De forma parecida, las respuestas de los órganos afectados a lo largo del eje hipotálamo-hipofisario (EHH) se alteran por la exposición prolongada al cortisol, un glucocorticoide decisivo para la respuesta de estrés del organismo. En las víctimas de malos tratos se han demostrado anomalías de la respuesta del EHH<sup>14-18</sup>. Estas observaciones destacan la premisa de que las respuestas conductuales exageradas observadas en los TEPT complejos presentan bases anatómicas y fisiológicas potentes y perdurables. De hecho, puede considerarse que el estrés traumático complejo experimentado precozmente en la vida produce consecuencias tanto conductuales como del desarrollo.

Los cuidadores de un niño con conductas muy difíciles necesitan escuchar que la culpa no es del todo suya ni por completo del niño. Han de saber que su hijo está afrontando una respuesta fisiológica desconocida para ellos y conocer formas nuevas y más eficaces de responder. Aunque son esenciales el afecto y la coherencia, no siempre bastan.

### SIGNIFICADO DEL ESTRÉS PRECOZ: ¿PSICOLOGÍA O FISIOLOGÍA?

Un hecho notable es que el estrés experimentado en la primera infancia siembre las semillas de la disfunción en el adulto. Por ejemplo, son bien conocidos los efectos de por vida de la desnutrición o las exposiciones precoces a toxinas, como el plomo o el alcohol. No obstante, lo más destacable es la comprensión de que muchas de las conductas disfuncionales no tienen su origen en una disfunción orgánica al azar sino, más bien, en las adaptaciones fisiológicas de un cerebro, por lo demás sano, al mundo anormal donde vive el niño en desarrollo. Aunque inicialmente son útiles, estas adaptaciones no han preparado al niño para la existencia en un mundo más amplio y más normal fuera de su hogar. Las conductas que pueden haber sido útiles, incluso le han salvado la vida, en un hogar donde se vive la violencia o el desamparo (como la hipervigilancia o la pasividad extrema) se convierten en conductas problemáticas identificadas en la escuela o en la guardería (con frecuencia, interpretadas como “déficit de atención” o “ensueños”). Sin embargo, una vez se ha establecido e interiorizado claramente, la respuesta típica del niño a un estímulo (que es su definición de lo “normal”) puede ser difícil de cambiar.

En las dos últimas décadas se han hecho progresos destacados en la comprensión del desarrollo neurológico<sup>19,20</sup>. Antaño considerado como una “caja negra” enigmática, en la actualidad se considera que el cerebro es

un complejo de órganos interactivos, especializados, que se desarrolla constantemente a través de la interacción con el medio y con los demás. En ningún otro período de la vida este desarrollo es más espectacular que a los 3 años de edad cuando el cerebro infantil experimenta un extenso cambio estructural al percibir el entorno donde se encuentra y adaptarse a él. Las neuronas desarrollan vainas de mielina y proliferan, generando una miríada de conexiones con las demás a través del encéfalo. Con la experiencia, algunas se fortalecen desarrollando aún más conexiones con otras neuronas. Otras mueren a través de un proceso conocido como apoptosis, la “poda” de las conexiones que no se usan. A una edad de tan sólo 4 años se observa una apoptosis significativa que continúa hasta que el cerebro del adulto corriente ha perdido casi la mitad de las conexiones neuronales que poseía a los 3 años.

En la actualidad es bien conocido que esta poda depende de la experiencia: el uso fortalece las vías neurales y la ociosidad marcada señala otras para su demolición. Según la observación de los neurofisiólogos, “las neuronas que descargan juntas permanecen unidas”. Aunque el cerebro de un niño de 3 años de edad está optimizado para el aprendizaje, el de un adulto se optimiza para el rendimiento. El uso y desuso de las vías específicas alteran la estructura neuronal a través de una diversidad de mecanismos, incluidos los cambios de la sensibilidad y del número de conexiones sinápticas.

Estos cambios actúan adaptando al cerebro *estructuralmente* a su entorno. Al permitir que la experiencia altere su estructura, el cerebro puede desarrollarse y crecer hasta llegar a ser el mejor cerebro para el entorno dado de un niño. En otras palabras, es el aprendizaje. Por ejemplo, un entorno visualmente más complejo puede favorecer una mayor corteza visual, mientras que un niño que nace ciego puede dedicar una mayor área cortical a la audición. De forma parecida, un cerebro que crece en un mundo más amenazador puede beneficiarse de una respuesta “de lucha o huida” altamente desarrollada, con modificaciones apropiadas del sistema límbico y del EHH<sup>16,21</sup>. Por ejemplo, la amígdala, una parte vital del sistema límbico, y necesaria para la regulación de las emociones, demuestra una respuesta bifásica a las hormonas circulantes del estrés<sup>22</sup>. Inicialmente se vuelve más sensible al estrés pero, con la exposición crónica a concentraciones circulantes elevadas de cortisol, una de las hormonas del estrés, disminuye de tamaño adaptándose para ser menos sensible. De un modo parecido se afecta el hipocampo, una región cortical esencial para la codificación y recuperación apropiada de la memoria<sup>23</sup>. Estos cambios estructurales, que afectan a la respuesta del cerebro (y por lo tanto, del individuo) a los estímulos, desembocan en una respuesta conductual alterada al estrés<sup>10,16</sup>. Cuanto más crónico es éste, más probables y persistentes son los cambios fisiológicos.

## LA GUERRA DE LOS MUNDOS

Lamentablemente para un niño, el cerebro específicamente adaptado para un tipo de entorno extremo rara vez está optimizado para rendir en otros. Esto, en sí mismo, no sería un problema insuperable. Sin embargo, a los niños criados en hogares donde se dan malos tratos, violencia o desamparo, con frecuencia, se les niegan los

verdaderos instrumentos que los ayudarían a adaptarse a entornos nuevos y diferentes. Un niño que ha sido víctima de malos tratos o desamparo suele experimentar alteraciones en sus aptitudes de lenguaje y habilidades cognitivas<sup>24</sup>. En un estudio reciente se encontró que el 36% de los niños en edad preescolar que vivían en hogares de acogida presentaban un retraso del desarrollo y no se identificaron diferencias entre los efectos sobre el desarrollo asociados a los malos tratos físicos, abusos sexuales o desamparo referidos<sup>25</sup>. Estas deficiencias podrían reflejar agresiones prenatales o factores de contribución posnatales, como la desnutrición o las exposiciones a tóxicos, pero, casi sin ninguna duda, se correlacionan con unos cuidados de crianza inapropiados durante los períodos sensibles del desarrollo precoz del cerebro, proporcionando a los niños una menor exposición al lenguaje y brindándoles menos oportunidades para el desarrollo cognitivo.

Una de las tareas más importantes de la primera infancia es aprender a discriminar los estados de afecto<sup>26</sup>. Sin buenos modelos, los niños que son víctimas de malos tratos y desamparo pueden crecer siendo incapaces de explicar (o, en realidad, entender) la diferencia entre los sentimientos, como la tristeza y la cólera. En los casos extremos, esta incapacidad se denomina *alexitimia* (la incapacidad para “leer o interpretar” las emociones). Sin esta importante percepción, pierden la capacidad para darse cuenta de las intenciones de los demás, o controlar la propia respuesta, y el aprendizaje social se afecta severamente.

El cerebro se altera o se adapta más fácilmente en los primeros años de vida. Aunque se considera que hay pocos “períodos críticos” reales después de los cuales son imposibles las alteraciones, la primera infancia puede considerarse un “período sensible” para muchas formas de aprendizaje cognitivo, y la mayor parte del emocional, después del que resulta difícil establecer nuevos patrones de pensamiento o reacción<sup>19,20</sup>. Por lo tanto, se pide a los niños que son víctimas de malos tratos o desamparo que se adapten a un mundo nuevo y diferente pero se les proporcionan medios neurales y conductuales insuficientes con los que hacerlo.

## RESPUESTA POSITIVA (DE TIPO NEGATIVO)

La hipervigilancia e incapacidad del niño para regular los estados emocionales después de haber recibido malos tratos pueden desembocar en conductas difíciles en las interacciones con los demás. Las víctimas de malos tratos o desamparo previos se identifican con mucha más frecuencia como “niños problemáticos” de lo que ocurre con los demás y en ellos se establece un diagnóstico de problemas de atención y conductas violentas y de actitud antagonista o de “llevar la contraria”<sup>27</sup>. En general, los cuidadores y maestros responden a estas conductas de la manera tradicional: las advertencias se vuelven más bruscas (y a menudo en un tono más alto de voz) y la disciplina, más estricta (y con frecuencia, de carácter más punitivo).

Aunque estas respuestas de los adultos suelen obtener el resultado deseado en niños sanos, se hacen más problemáticas cuando su interlocutor está en un estado de hipervigilancia de las amenazas y tiene dificultades para controlar sus propias emociones. Para un niño que está

fisiológicamente adaptado a un entorno muy amenazador, una amonestación ligera o severa puede parecer el presagio de un peligro real. Cuando la respuesta emocional exagerada del niño provoca una respuesta incluso más enérgica, el niño puede suponer erróneamente que su reacción inicial estaba justificada. Estas respuestas confirman involuntariamente la impresión errónea del niño de que el mundo en general es un entorno muy amenazador. De hecho, ésta es una reacción positiva en el sentido de que refuerza la conducta previa, lo que tiene consecuencias *negativas* para el niño y para los que están a su alrededor. Con el refuerzo, la adaptación neural (o aprendizaje) continúa. Por lo tanto, aunque se puede afirmar que, en el niño maltratado, la neuroanatomía adaptada a la amenaza determina su conducta, sería de esperar que dicha conducta (a través de las respuestas de los que están a su alrededor), a su vez, determinara el crecimiento futuro de su anatomía.

### PROBLEMAS DE VÍNCULOS

Un mediador decisivo de un desarrollo satisfactorio, en particular en condiciones de estrés traumático, es la sensación que tiene el niño de la disponibilidad y sensibilidad de sus padres para protegerlo y darse cuenta de sus necesidades, un componente básico de unos lazos sólidos<sup>28,29</sup>. Un cuidador atento puede ayudar a su hijo a aprender la naturaleza de “dar y recibir” de la comunicación social y enseña al niño a reconocer y a regular sus propias emociones en un “baile” continuo de interacción<sup>30,31</sup>. Con un benefactor de estas características, el niño tiene seguridad para aprender y explorar. Cuando los padres le infligen malos tratos, los lazos resultantes pueden ser confusos y desorganizados, pero incluso unos malos tratos menos serios pueden afectar a estos vínculos. Cuando el cuidador está ausente, preocupado o es incoherente, también resulta difícil que el niño se sienta seguro. Los observadores describen a los bebés desamparados como más exigentes, ansiosos o difíciles de consolar y pueden representar un reto especial para sus padres que ya se encuentran en una situación comprometida. A menos que se rompa este círculo vicioso, es probable que, ante este reto, los padres reaccionen con cólera o se distancien todavía más de su hijo difícil, por lo que se inicia otro ciclo de respuestas positivas que refuerzan las conductas inadaptadas.

### INTERVENCIONES

Con independencia de que sean los padres biológicos, de acogida o adoptivos, a través de este *continuum* de posibilidades evolutivas, casi sin ninguna duda, los cuidadores actuales hacen frente a importantes retos para responder de manera apropiada a las necesidades de salud física y mental de su hijo. Unos padres biológicos que previamente habían desamparado a su hijo o que han dejado de consumir drogas o han dejado atrás una situación de violencia doméstica pueden ser cuidadores coherentes y pendientes de las necesidades de su hijo pero pueden darse cuenta de que éste no responde a sus mejores esfuerzos. Cuando un niño previamente maltratado presenta problemas conductuales, en particular cuando éstos son resistentes a las intervenciones, las respuestas fisiológicas inadaptadas pueden contribuir a

que los progenitores acudan a consultar con el pediatra el cuadro manifestado por su hijo. En situaciones de crianza en una familia de acogida o por parte de padres adoptivos, no basta con ofrecerles exclusivamente un entorno afectuoso y coherente; es preciso ayudar a los nuevos padres a darse cuenta de que el niño que ha sido víctima de malos tratos o desamparo puede tener una visión de este entorno y responder a él de forma diferente de lo que lo haría otro niño que no hubiera sido víctima de malos tratos<sup>32</sup>. Con demasiada frecuencia, los profesores y padres malinterpretan las respuestas fisiológicas inadaptadas y rechazan al niño como “malo” a propósito o “irrespetuoso” y lo castigan en consecuencia, lo que refuerza la respuesta.

A medida que el niño maltratado crece y se desarrolla, pasa revista a los traumas previos y los reconsidera. Con frecuencia, el que ha aprendido a vivir con estas respuestas anómalas experimentará retos añadidos al afrontarlas cuando sea adolescente. Los cambios fisiológicos y el inicio del pensamiento operativo formal pueden complicar los problemas de ajuste y la conducta problemática puede resurgir de una forma nueva y a menudo más peligrosa. En este caso, una vez más, los cuidadores necesitan preparación para ayudar al niño a responder de forma constructiva.

El tratamiento ha de dirigirse a remodelar las percepciones y respuestas emocionales del niño al mismo tiempo que se ayuda a los cuidadores a abordar sus propias conductas. Si esto se pasa por alto, puede desembocar en consecuencias serias a largo plazo que varían desde la conducta violenta a la de correr riesgos excesivos o al deterioro de las relaciones familiares<sup>33,34</sup>.

El médico de atención primaria del niño desempeña un papel decisivo en identificar para los cuidadores y el niño los signos y síntomas psicológicos y biológicos del estrés traumático de aquél. Siempre que un niño presente síntomas conductuales, es preciso obtener una anamnesis psicosocial cuidadosa prestando atención a los malos tratos, desamparo o abandono precoces, en particular durante los 3 primeros años de vida. La violencia doméstica, las drogodependencias o los diagnósticos de enfermedad mental en los progenitores son signos de alarma que deben suscitar preocupación. Si se sospecha una respuesta acentuada al estrés, el médico puede ayudar a los cuidadores a entender que los problemas del niño son algo más que un simple “desafío” o una mala conducta a propósito. Los consejos pueden incluir la disuasión de las respuestas agresivas a las conductas agresivas, incluidos los castigos corporales, y una explicación de cómo levantar la voz y la cólera puede agravar todavía más la reacción fuera de control al estrés. Además, los médicos han de exponer con claridad que están disponibles tratamientos basados en la evidencia que los profesionales de salud mental usan para ayudar a los niños y adolescentes con reacciones de estrés traumático a reanudar un curso más normal del desarrollo. Se puede compartir esta información con los cuidadores encaminándolos a una mayor comprensión y aptitud para obtener servicios específicos de tratamiento de traumas. Es primordial que los padres sepan que la investigación sobre tratamiento ha demostrado que uno de los factores más importantes que influyen en el ajuste psicológico del niño es el grado de apoyo que recibe de ellos y otros tutores<sup>35,36</sup>.

La mejor evidencia disponible procedente de los ensayos controlados respalda el tratamiento de las reacciones al trauma de los malos tratos y síntomas relacionados con psicoterapia específica que haga hincapié en las estrategias cognitivo-conductuales. Estas estrategias usadas en el tratamiento de los niños que han sufrido malos tratos incluyen la educación sobre éstos y las reacciones habituales del niño; el aprendizaje de habilidades de seguridad, técnicas de afrontamiento del estrés y habilidades de regulación de las emociones; la facilitación de una narración coherente del acontecimiento traumático; el procesamiento cognitivo y de las emociones (con una corrección de las ideas falsas o distorsionadas sobre cómo y por qué aconteció el trauma). También se hace hincapié en el tratamiento diádico o conjunto con los padres, reconociendo que los cuidadores del niño asumen la responsabilidad de continuar el trabajo del tratamiento de manera cotidiana<sup>37-40</sup>. Esto es de particular importancia en el caso de los niños más pequeños y que todavía no hablan.

Es posible que algunos niños no estén preparados de inmediato para elaborar una narrativa sobre su trauma. Sin embargo, cuando se han establecido unas habilidades de afrontamiento, la conversación sobre el trauma entre el niño y un terapeuta con experiencia ha sido un componente decisivo en los estudios que han proporcionado las evidencias más potentes de la investigación. De hecho, los estudios sobre víctimas adultas de una violación no sólo han sugerido que la narración de la historia del trauma es decisiva para el tratamiento sino también que la organización de la narrativa y la participación emocional del paciente al hablar de su historia puede predecir una disminución de los síntomas<sup>41,42</sup>. La arteterapia puede ser un recurso para que algunos niños expresen sus experiencias de manera no verbal<sup>43</sup>.

Dada la naturaleza biológica de la respuesta al estrés, a menudo se consideran fármacos para ayudar al niño a regular los síntomas de hipervigilancia fisiológica (como pesadillas, trastornos del sueño y grado elevado de ansiedad) que puede prescribir un psiquiatra infantil, el pediatra de atención primaria u otros subespecialistas pediátricos, como los pediatras del desarrollo/conducta. Han de considerarse estrategias farmacológicas si las conductas sintomáticas de la respuesta descontrolada al estrés interfieren con la socialización continuada del niño. Empieza a hacer su aparición la base de evidencias de las estrategias psicofarmacológicas para tratar a niños y adolescentes con síntomas de TEPT, y aunque los fármacos, en general, pueden mejorar su respuesta al estrés, es importante destacar que la investigación sobre estas estrategias psicofarmacológicas va a la zaga de la efectuada en adultos<sup>44</sup>. Lo mismo puede decirse de los esfuerzos prometedores para prevenir el TEPT con fármacos que neutralicen la respuesta aguda al estrés<sup>45-47</sup>. Naturalmente, esta prevención sería más viable después de un trauma aislado, como un acto delictivo, que en el estrés crónico. Aunque es eficaz en la reducción de los síntomas, la intervención psicofarmacológica ha de considerarse un adyuvante más que un sustituto de la psicoterapia.

Una intervención eficaz puede incluir un equipo multidisciplinario que trabaje en estrecha colaboración. Un terapeuta con experiencia puede ayudar al niño a aprender a reconocer y regular sus emociones al igual que

ayudar a la familia a responder de un modo que mejore la situación en lugar de empeorarla. Los exámenes neuropsicológicos pueden ayudar a identificar los puntos fuertes y débiles cognitivos del niño, contribuyendo a anticipar las dificultades futuras e indicando posibles reacciones, en particular en el área del rendimiento escolar. Los psiquiatras infantiles o pediatras pueden prescribir fármacos que ayuden a controlar las conductas extremas, y los educadores pueden adaptar intervenciones pedagógicas que respeten los retos especiales del niño. Los asistentes sociales pueden ayudar a la familia a obtener una asistencia de respiro u otros apoyos. Mediante la provisión de un "hogar médico" para el niño, el pediatra puede servir de facilitador del equipo multidisciplinario.

## CONCLUSIONES

En la consulta pediátrica, con frecuencia se pide a médicos y enfermeras que traten los problemas conductuales habituales. Los niños con antecedentes de malos tratos, desamparo o abandono pueden acudir a la consulta del pediatra con síntomas que incluyan cólera, conductas agresivas, depresión o dificultades para mantener la atención. En muchos casos, los niños ya no están expuestos a la amenaza directa pero presentan conductas residuales que pueden relacionarse con las respuestas neurofisiológicas a los malos tratos previos. Cuando el niño vive con una familia de acogida o adoptiva o cuando las circunstancias de los padres biológicos han mejorado, los cuidadores pueden ser atentos y coherentes en sus tentativas de afrontar las conductas inadaptadas del niño pero siguen encontrando que las estrategias típicas de modificación de la conducta son insatisfactorias. En muchos casos, las reacciones exageradas del niño a los estímulos estresantes pueden hacer que el cuidador actúe de una forma que refuerza la mala conducta del niño.

Cuando una crianza pendiente de las necesidades del niño y coherente parece ineficaz, el médico debe recordar que los malos tratos precoces (malos tratos físicos o abusos sexuales, desamparo o exposición a la violencia y miedo) pueden privar al niño de los medios necesarios para adaptarse a un entorno social más amplio. Además de negar las interacciones sociales necesarias para el niño en desarrollo, los malos tratos precoces pueden alterar la fisiología neural del niño, modificando sustancialmente las respuestas predecibles al estrés y afectando a la capacidad del niño para aprender de la experiencia.

El pediatra puede ayudar directamente al niño o cooperar con otros profesionales. Los pediatras deben continuar recomendando una evaluación oportuna de los niños que entran en un sistema de acogimiento familiar, según lo recomendado por la American Academy of Pediatrics<sup>48</sup>. Dados los riesgos que entrañan los malos tratos y el desamparo precoces, estos exámenes deben incluir un cribado del desarrollo y cognitivo, además de la evaluación médica habitual<sup>49</sup>, aunque muchos niños que viven en hogares de acogida no reciben dichas evaluaciones exhaustivas<sup>50</sup>. Es esencial la educación continuada de los cuidadores de niños maltratados previamente, en especial para padres de acogida, y puede orientarse mejor por medio de los resultados de esta evaluación global.

Mediante el uso de su relación terapéutica con el niño y la familia, los médicos pueden esforzarse en educar a los cuidadores, ayudándoles a entender que las respuestas conductuales del niño pueden ser muy diferentes de las de otros en la misma situación y que las diferencias pueden reflejar una diferencia fisiológica más que una mala conducta a propósito o un fracaso notorio por parte de los cuidadores. Si estas intervenciones educativas oportunas pueden cambiar las percepciones de los cuidadores, podrán aliviar el estrés y empezar a estabilizar a la familia con el objetivo final de reducir el recambio en los acogimientos familiares. Un cambio en la percepción también puede abrir la puerta a la provisión de consejos continuados, a partir de la derivación del médico de atención primaria.

Aunque muchos pacientes con antecedentes significativos de trauma necesitarán un seguimiento por parte de profesionales de salud mental, el pediatra sigue desempeñando un importante papel en el tratamiento. Mediante la provisión de un hogar médico, el pediatra puede colaborar longitudinalmente con los cuidadores y continuar tratando los síntomas que obstaculizan el tratamiento. Los pediatras pueden facilitar el acceso a los recursos comunitarios, colaborar estrechamente con la escuela del niño para abordar los retos conductuales del aprendizaje y ayudar a coordinar la asistencia entre especialistas de otras disciplinas.

#### COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT, 2007-2008

Carole Jenny, MD, MBA, Presidenta  
Cindy W. Christian, MD  
Roberta A. Hibbard, MD  
Nancy D. Kellogg, MD  
Betty S. Spivack, MD  
John Stirling, Jr, MD

#### COORDINADORES

David L. Corwin, MD, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry  
Janet Saul, PhD, Centers for Disease Control and Prevention

#### PERSONAL

Tammy Piazza Hurley

#### SECTION ON ADOPTION AND FOSTER CARE EXECUTIVE COMMITTEE, 2007-2008

Lisa M.H. Albers, MD, MPH\*  
David A. Hermon, MD  
Patrick W. Mason, MD  
Elaine E. Schulte, MD  
Moir A. Szilagyi, MD, PhD

#### PERSONAL

Mary Crane, PhD, LSW

\*Colaboradora.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg P, 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):245-58.
- Holbrook TL, Hoyt DB, Coimbra R, Potenza B, Sise M, Anderson JP. Long term trauma persists after major trauma in adolescents: new data on risk factors and functional outcome. *J Trauma.* 2005;58(4):764-71.
- Lansford JE, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE, Crozier J, Klapow J. A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002;156(8):824-30.
- Bremner JD, Vythilingham M, Vermetten E, et al. Cortisol response to a cognitive stress challenge in posttraumatic stress disorder (PTSD) related to childhood abuse. *Psychoneuroendocrinology.* 2003;28(6):733-50.
- Elzinga BM, Schmal CG, Vermetten E, Van Dyck R, Bremner JD. Higher cortisol levels following exposure to traumatic reminders in abuse-related PTSD. *Neuropsychopharmacology.* 2003;28(9):1656-65.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4.<sup>a</sup> ed., Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association Press; 2000. p. xxxvii, 943.
- Cook A. Complex trauma in children and adolescents. Los Angeles, CA: National Child Traumatic Stress Network; 2003 [consultado 16/1/2008]. Disponible en: [www.nctsn.org/nctsn\\_assets/pdfs/edu\\_materials/ComplexTrauma\\_All.pdf](http://www.nctsn.org/nctsn_assets/pdfs/edu_materials/ComplexTrauma_All.pdf)
- Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med.* 2002;346(2):108-14.
- Eth S, ed. PTSD in children and adolescents. En: Oldham JM, Riba MB, series editores. Review of psychiatry. Series Vol 20. Washington, DC: American Psychiatric Association Press; 2001. p. 1-200.
- Pfefferbaum B. Posttraumatic stress disorder in children: a review of the past ten years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36(11):1503-11.
- Pynoos R. Traumatic stress and developmental psychopathology in children and adolescents. En: Oldham JM, Riba MB, Tasman A, editores. Review of psychiatry. Washington DC: American Psychiatric Association Press; 1993. p. 205-38. Vol 12.
- Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP. Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatr Clin North Am.* 2002;25(2):397-426.
- Teicher MH, Dumont NL, Ito Y, Vaituzis C, Giedd JN, Andersen SL. Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biol Psychiatry.* 2004;56(2):80-5.
- De Bellis MD, Keshavan MS, Clark DB, et al. Developmental traumatology, part II: brain development. *Biol Psychiatry.* 1999;45(10):1271-84.
- Anderson CM, Teicher MH, Polcari A, Renshaw PF. Abnormal T2 relaxation time in the cerebellar vermis of adults sexually abused in childhood: potential role of the vermis in stressenhanced risk for drug abuse. *Psychoneuroendocrinology.* 2002;27(1-2):231-44.
- Gunnar MR, Donzella B. Social regulation of the cortisol levels in early human development. *Psychoneuroendocrinology.* 2002;27(1-2):199-220.
- Tarullo AR, Gunnar MR. Child maltreatment and the developing HPA axis. *Horm Behav.* 2006;50(4):632-9.
- Bugental DB, Martorell GA, Barraza V. The hormonal costs of subtle forms of infant maltreatment. *Horm Behav.* 2003;43(1):237-44.
- Institute of Medicine, Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development. From neurons to neighborhoods: The science of early child development. Shonkoff J, Phillips D, editores. Washington, DC: National Academies Press; 2000.
- Siegel DJ. The developing mind: Toward a neurobiology of intrapersonal experience. Nueva York, NY: Guilford Press; 1999.
- De Bellis MD, Chrousos GP, Dorn LD, et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in sexually abused girls. *J Clin Endocrinol Metab.* 1994;78(2):249-55.
- McEwen BS. Glucocorticoids, depression, and mood disorders: structural remodeling in the brain. *Metabolism.* 2005;54(suppl 1):20-3.
- Landfield PW, McEwen BS, Sapolsky RM, Meany MJ. Hippocampal cell death. *Science.* 1996;272(5266):1249-51.
- Rossman BBR. Longer term effects of children's exposure to domestic violence. In: Graham-Bermann SA, Edelson

- JL, editores. Domestic violence in the lives of children: The future of research, intervention, and social policy. Washington, DC: American Psychological Association; 2001. p. 35-65.
25. Zimmer MH, Panko LM. Developmental status and service use among children in the child welfare system: a national survey. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160(2):183-8.
26. Beeghly ME, Cicchetti DA. Child maltreatment, attachment, and the self system: emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. En: Hertzog M, Farber E, editores. *Annual progress in child psychiatry and child development.* Filadelfia, PA: Brunner/Mazel; 1996. p. 127-66.
27. Wodarski JS, Kurtz PD, Gaudin JM Jr, Howling PT. Maltreatment and the school-aged child: major academic, socioemotional, and adaptive outcomes. *Social Work.* 1990;35(6): 506-13.
28. Bowlby J. Attachment and loss. 2.<sup>a</sup> ed. Nueva York, NY: Basic Books; 1982.
29. Lieberman AF, Amaya-Jackson L. Reciprocal influences of attachment and trauma: using a dual lens in the assessment and treatment of infants, toddlers, and preschoolers. En: Berlin LJ, Ziv Y, Amaya-Jackson L, Greenberg MT, editores. *Enhancing early attachments: theory, research, intervention, and policy.* Nueva York, NY: Guilford Press; 2005. p. 100-24.
30. Greenspan SI. Comprehensive clinical approaches to infants and their families: psychodynamic and developmental perspectives. En: Meisels SJ, Shonkoff JP, editores. *Handbook of early childhood intervention.* Nueva York, NY: Cambridge University Press; 1990. p. 150-72.
31. Carlson EA, Sroufe LA. Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. En: Cicchetti D, Cohen DJ, editores. *Developmental psychopathology. Volume 1: Theory and methods.* Nueva York, NY: John Wiley & Sons; 1995. p. 581-617.
32. James B. Handbook for the treatment of attachment trauma problems in children. Nueva York, NY: Free Press; 1994.
33. Styron T, Janoff-Bulman R. Childhood attachment and abuse: long-term effects on adult attachment, depression, and conflict resolution. *Child Abuse Negl.* 1997;21(10):1015-23.
34. Alexander P. The differential effects of abuse characteristics and attachment in the prediction of long-term effects of sexual abuse. *J Interpers Violence.* 1993;8:346-62.
35. Deblinger E, Stauffer LB, Steer RA. Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreat.* 2001;6(4):332-43.
36. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, Steer RA. A multi-site randomized controlled clinical trial for multiply traumatized children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004;43(4): 393-402.
37. Chaffin M, Hanson R, Saunders BE, et al. Report of the APSAC Task Force on attachment therapy, reactive attachment disorder, and attachment problems. *Child maltreat.* 2006;11(1):76-89.
38. Lieberman AF. Child-parent psychotherapy: a relationship-based approach to the treatment of mental health disorders in infancy and early childhood. En: Sameroff AJ, McDonough SC, Rosenblum KL, editores. *Treating parent-infant relationship problems.* Nueva York, NY: Guilford Press; 2004.
39. Hembree-Kigin TL, Bodiford McNeil C. Parent-child interaction therapy. Nueva York, NY: Plenum Press; 1995.
40. Kolko DJ, Swenson CC. Assessing and treating physically abused children and their families: A cognitive-behavioral approach. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2002.
41. Amir N, Stafford J, Freshman MS, Foa EB. Relationship between trauma narratives and trauma pathology. *J Trauma Stress.* 1998;11(2):385-92.
42. Jaycox LH, Foa EB, Morral AR. The influence of emotional engagement and habituation on outcome of exposure therapy for PTSD. *J Consult Clin Psychol.* 1998;66(1):185-92.
43. Murphy J, ed. Art Therapy with young survivors of sexual abuse: Lost for words. Filadelfia, PA: Taylor & Francis Inc; 2001.
44. Donnelly CL, Amaya-Jackson L, March JS. Psychopharmacology of pediatric posttraumatic stress disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 1999;9(3):203-20.
45. Stahl SM. Is psychopharmacologic "inoculation" effective in preventing posttraumatic stress disorder? *J Clin Psychiatry.* 2005;66(1):5-6.
46. Vaiva G, Ducrocq F, Jezequel K, et al. Immediate treatment with propranolol decreases posttraumatic stress disorder two months after trauma. *Biol Psychiatry.* 2003;54(9):947-9.
47. Pitman RK, Sanders KM, Zusman RM, et al. Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. *Biol Psychiatry.* 2002;51(2):189-92.
48. American Academy of Pediatrics, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care. Health care of children in foster care. *Pediatrics.* 1994;93(2):335-8.
49. American Academy of Pediatrics, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care. Developmental issues for young children in foster care. *Pediatrics.* 2000; 106(5):1145-50.
50. Leslie LK, Hurlburt MS, Landsverk J, Rolls JA, Wood PA, Kelleher KJ. Comprehensive assessments for children entering foster care: a national perspective. *Pediatrics.* 2003; 112(1 pt 1):134-42.

#### LECTURAS RECOMENDADAS

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005;44(11):1206-19.

Cohen JA. Posttraumatic stress disorder in children and adolescents. En: Sadock BJ, Sadock VA, editores. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Vol 2. 8.<sup>a</sup> ed.* Filadelfia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins; 2005. p. 3286-91.