



Cómo abordar las experiencias infantiles adversas y otros tipos de traumas en el ámbito de la atención primaria

Muchos pediatras encuentran difícil la tarea de abordar la exposición a hechos traumáticos que podrían causar estrés tóxico en sus pacientes por numerosas razones, como la falta de tiempo, la complejidad de los temas, las limitaciones en los recursos a donde derivar a los pacientes y el desasosiego propio de la situación. Al mismo tiempo, el estudio realizado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y Kaiser Permanente sobre experiencias infantiles adversas¹ destacó el efecto del trauma en el cerebro en desarrollo y la salud a lo largo de la vida: una inquietud natural a todos los pediatras. Es importante señalar que las experiencias infantiles adversas descritas en el estudio están presentes en todos los niveles socioeconómicos y pueden ser devastadoras para la salud física, mental y emocional de un niño y para su bienestar como adulto. Este documento contiene sugerencias iniciales para que los pediatras consideren cuando aborden experiencias infantiles adversas en sus consultorios.



EL HOGAR MÉDICO: IDEAL PARA EL ABORDAJE DE LOS TRAUMAS



El modelo del hogar médico es el enfoque ideal para la atención de los niños, especialmente aquellos con condiciones complejas. El hogar médico se considera vital para niños y jóvenes con necesidades especiales de atención médica porque se benefician enormemente con el énfasis en la atención coordinada y los enfoques centrados en la familia. Los niños que han estado expuestos a hechos traumáticos como experiencias infantiles adversas suelen tener necesidades similares a los niños y jóvenes con necesidades especiales de atención médica en estos sentidos:

- *Corren riesgo de sufrir consecuencias negativas en la salud.*
- *Probablemente requieran servicios adicionales en comparación con otros niños.*
- *Pueden beneficiarse con un acompañamiento que les ayude con las derivaciones y el seguimiento.*
- *Corren riesgo de presentar numerosos problemas socioemocionales y madurativos.*

Según la definición de la American Academy of Pediatrics (AAP), un hogar médico debe ser accesible, estable, comprensivo, centrado en la familia, coordinado, compasivo y culturalmente efectivo para todos los niños. Los niños y jóvenes con necesidades especiales de atención médica, incluidos quienes se ven afectados por traumas, obtienen beneficios significativos cuando los consultorios pediátricos reflejan estas características. Algunas actividades prácticas incluirían las siguientes:

- *Identificar a los niños en riesgo a través de tareas de detección sistemática o control de rutina.*
- *Considerar el uso de un registro con los niños y jóvenes con necesidades especiales de atención médica como recordatorio para visitas adicionales de seguimiento en el futuro.*
- *Evaluar las fortalezas y las ventajas de la familia y el paciente, así como también los desafíos, para ayudar a identificar necesidades de servicios y sostenes específicos en el futuro.*

- *Establecer relaciones con recursos de la comunidad para abordar el trauma en los niños.*
- *Contar con un listado integral de los recursos disponibles en la comunidad (con frecuencia las organizaciones locales United Way son una fuente de consulta).*
- *Hacer derivaciones a recursos de la comunidad.*
- *Llevar un seguimiento de las derivaciones con circuitos de comunicación directa.*
- *Equipar a los pacientes y sus familias con herramientas de gestión conductual (consulte “Cómo fomentar lo mejor de sus hijos”).*

EL PROCESO



En aquellos consultorios donde aún no se ha abordado la exposición al trauma de ninguna manera formal, comenzar con este proceso puede parecer una tarea abrumadora. Si bien algunos consultorios cuentan con un profesional de servicios de salud mental en el plantel, esta no es una opción viable para la mayoría. Entre las inquietudes comunes surge la posibilidad de que la necesidad sobrepase los recursos del consultorio y que el proceso demore demasiado, que las familias se ofendan cuando el pediatra indague en estos “temas delicados” y que los médicos y otros integrantes del personal no sepan cómo comenzar una conversación o cómo actuar cuando se identifiquen hechos traumáticos. Este documento describe un proceso de cuatro pasos que los pediatras pueden usar para prepararse para comenzar a identificar a niños que han sufrido traumas o se ven afectados por los hechos traumáticos que han vivido sus padres y cuidadores, con el objetivo de estar preparados para actuar ante la identificación de estas cuestiones. El proceso de cuatro pasos se enmarca en cuatro preguntas.

- *¿Por qué este tema merece nuestra atención?*
- *¿Qué estamos buscando?*
- *¿Cómo lo detectamos?*
- *¿Qué hacemos una vez que lo detectamos?*

También se entregará material adicional para colaborar con los médicos a la hora de preparar y destacar el marco de mejora de la calidad que pueden utilizar en la implementación del proceso. Por último, a lo largo de este documento, un estudio de casos permitirá demostrar cómo este proceso fue utilizado con éxito en el ámbito de un consultorio de pediatría general.

CÓMO EVALUAR LA PREDISPOSICIÓN AL CAMBIO



Al igual que con cualquier cambio significativo en el consultorio, deben existir ciertos componentes claves para la implementación exitosa de cualquier proceso o enfoque nuevo. Estos componentes no son exclusivos de la introducción de la exposición al trauma en la visita del paciente sino que son esenciales para que tenga lugar esa actividad. Para tener éxito en la implementación de actividades relacionadas con la identificación y el tratamiento de la exposición al trauma, el consultorio pediátrico necesita:

- *Un "paladín" que reconozca la importancia del problema y esté dispuesto y capacitado para seguir adelante.*
- *Un equipo bien organizado, que incluya a otros médicos y personal de recepción y administración, que estén disponibles y preparados para el cambio.*
- *Un ámbito de trabajo donde se promuevan las preguntas abiertas y honestas, el diálogo, el intercambio de opiniones y la confidencialidad.*
- *Oportunidades para educar y capacitar al personal antes y durante la implementación.*
- *Un objetivo o una visión definida: ¿qué desean lograr?*
- *Recursos financieros disponibles para posibilitar.*

Si existen estos componentes, el consultorio puede dar un paso adelante en la implementación de actividades relacionadas con traumas.

PASO 1 ¿Por qué este tema merece nuestra atención?

Obviamente, antes de modificar la labor de un consultorio médico es importante comprender el

efecto de la exposición a hechos traumáticos en la salud física y mental del niño a corto y largo plazo. Será importante instruir a otros médicos, al personal del consultorio (incluido el personal de recepción) y a los propios pacientes para que entiendan por qué es tan importante este tema. Para cada grupo, el propósito de la concientización será diferente.

- *Los médicos querrán el aval de la ciencia para el cambio que desean aplicar en el consultorio.*
- *El personal y los médicos requieren esta base para impulsar el cambio en la mejora de la calidad, que puede afectar a todas las áreas del consultorio, incluido el contenido y la duración de las visitas de los pacientes, el flujo de trabajo y el enfoque que adopten los integrantes del personal en todos sus niveles.*
- *Los niños, los jóvenes y las familias deben entender el efecto que estos problemas tienen en su salud física y mental, en su bienestar y en el éxito académico futuro para que puedan comprender por qué el pediatra desea abordarlos.*

Estos esfuerzos por educar suelen estar guiados por el paladín del consultorio, quien ha sabido apreciar la importancia de este tema para la práctica médica. Sería útil contar con un integrante de cada área del consultorio que esté dispuesto a liderar los esfuerzos por educar a su grupo en particular. En conjunto, todo el personal puede identificar formas de comenzar a educar a las familias. Se ha informado que las familias a menudo sienten un alivio del estrés luego de las primeras indagaciones.

CONTEXTO DE TRABAJO

Después de leer la declaración de la política de la AAP sobre el estrés tóxico, varios de nuestros médicos sintieron que era un tema que debíamos abordar en el ejercicio de la medicina clínica. Quienes estábamos más involucrados en tareas bastante cercanas a la evaluación decidimos realizar una detección de prueba por cuenta propia, recabamos algo de información que describiera nuestros resultados y presentamos dicha información al resto de los integrantes del consultorio durante uno de nuestros encuentros internos de debate. La experiencia educativa tuvo dos aspectos: **la declaración de la política nos ayudó a concentrar el ejercicio en el "por qué"** necesitábamos implementar un proceso de detección, pero la experiencia práctica de la prueba piloto nos ayudó a convencer al resto de los médicos de que era un encuadre posible, y esto permitió aliviar el miedo a que este tipo de detecciones pudiera de algún modo alterar el flujo habitual del consultorio en términos del tiempo necesario para evaluar y conversar con las familias.

PASO 2

¿Qué estamos buscando?

Una vez que los integrantes del consultorio hayan decidido avanzar en el abordaje de la exposición a traumas, el paso siguiente será determinar a quiénes deben identificar y cómo lo harán. Los materiales disponibles de la AAP, como *Bright Futures Guidelines* ofrecen puntos de partida para estas cuestiones. Los principales interrogantes que se deben estudiar en el consultorio son, entre otros:

- *¿A quiénes debemos evaluar y cuándo?*
 - ¿Queremos enfocarnos en la incidencia de las experiencias infantiles adversas en nuestros propios pacientes (niños y adolescentes)? Si así es, ¿cuándo lo evaluamos? Estas son algunas opciones que otros han considerado:
 - Todos en los primeros años de la infancia (evaluación universal).
 - Evaluaciones periódicas a pacientes preidentificados.
 - Niños que presentan dolencias somáticas aparentes sin causa orgánica obvia detectada.
 - Niños que presentan problemas escolares o fracaso escolar.
 - Adolescentes con problemas de salud mental.
 - Todos los pacientes después de los 2 años de edad.
 - Niños con experiencias adversas previamente identificadas, incluidos aquellos cuyos padres presentan factores de riesgo (por ejemplo, abuso de sustancias, enfermedades mentales).
 - Niños que viven en situación de pobreza.
 - ¿Estudiamos las experiencias de los padres en lugar de o además de las experiencias de los niños?
 - La mayor parte de lo que aprendemos sobre la paternidad surge de nuestras propias experiencias como hijos.
 - ¿Cómo las experiencias infantiles adversas afectan a las elecciones en la crianza?
 - A menudo las experiencias infantiles adversas son resultado de la conducta de los padres o están relacionadas con ella.

CONTEXTO DE TRABAJO

Como primer paso para abordar las experiencias infantiles adversas en nuestro consultorio, decidimos preguntarles a los padres de niños pequeños sobre sus propias experiencias. Nuestra idea era que tal vez pudiéramos identificar a aquellos padres que necesitaran apoyo adicional en el aprendizaje de prácticas parentales positivas para no repetir patrones de inadaptación de sus propias infancias. Sentíamos que era importante tener una conversación paralela sobre la resiliencia con los padres y encontramos información excelente (incluido un cuestionario sobre resiliencia que estamos utilizando) en

www.resiliencetrumpsaces.org

PASO 3

¿Cómo lo detectamos?

La herramienta original de detección para las experiencias infantiles adversas fue diseñada para adultos. Actualmente se están probando y utilizando varios enfoques nuevos, dirigidos a identificar experiencias infantiles adversas en niños. Muchos de estos enfoques están disponibles en <https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/resilience/Pages/Clinical-Assessment-Tools.aspx>. La labor en esta área es nueva y todavía se están recabando evidencias. El equipo de su consultorio deberá determinar cómo desea trabajar respecto de las preguntas que formularán y cuándo lo harán. Algunas preguntas que pueden considerar son, entre otras:

- *¿Cómo formularemos las preguntas?*
 - Antes de la visita se entrega un cuestionario a los padres.
 - Se lleva a cabo una entrevista directa durante la visita del paciente.
 - Se hacen averiguaciones escritas u orales.
- *Si utilizamos un cuestionario*
 - ¿Cómo lo distribuiremos y se lo explicaremos a los pacientes?
 - ¿Cómo se lo devolverán al médico u otros integrantes del personal que abordarán los problemas?
 - ¿Cómo cuidaremos la privacidad de los pacientes en las respuestas a las preguntas?
 - Es necesario considerar los niveles de alfabetismo y si se requieren traducciones.
- *Si usamos un enfoque de entrevista directa, ¿qué herramientas nos ayudarán a recordar las preguntas?*
- *¿Cómo documentaremos los resultados? Algunos puntos a tener en cuenta incluyen, entre otros:*
 - ¿Cómo determinaremos la seguridad del niño y el adulto abusado en caso de que se identifiquen situaciones de violencia doméstica?
 - ¿Cómo creamos un entorno donde las familias no se vean estigmatizadas?
 - ¿Cómo conciliamos la confidencialidad que necesita el paciente con su seguridad?
 - ¿Cómo se llevarán a cabo las tareas de seguimiento apropiadas?

CONTEXTO DE TRABAJO

Como ejemplo de una prueba piloto exitosa en un consultorio grande, 8 de nuestros 27 médicos decidieron hacer una selección sistemática de padres en la visita de bienestar infantil a los 4 meses. Redactamos una carta de presentación para explicar por qué hacíamos la selección y les pedimos a los padres (a ambos si acudían juntos a la visita) que completaran el cuestionario sobre experiencias infantiles adversas, junto con una encuesta sobre resiliencia. Terminamos el cuestionario con una lista de posibles recursos para entender cómo identificaban los padres sus propias necesidades. En la ejecución de la prueba piloto, creamos un campo confidencial dentro de nuestras historias clínicas electrónicas para documentar los datos; con este campo, el médico puede ver los resultados en la pantalla durante una visita, pero el campo no se imprime en las notas, de manera que no hay posibilidad de divulgar la información inadvertidamente si los padres transfieren la atención. Esto era importante para la privacidad de los padres que completaban el cuestionario.

PASO 4

¿Qué hacemos una vez que lo detectamos?

Para tener éxito en este proceso es importante pensar con anticipación que ocurrirá si se identifica algún tipo de experiencia infantil adversa o exposición a traumas en el niño o la familia. El equipo del consultorio deberá estar preparado para actuar, lo cual no significa que ellos mismos deban ocuparse de todos los problemas sino que deben conocer los recursos disponibles en la comunidad para poder derivar a las familias. Posiblemente no sea necesario crear una lista nueva; especialmente en las comunidades urbanas, estos recursos suelen estar ya catalogados y a disposición de todos. El paladín del consultorio puede pedir la ayuda de algún otro integrante del equipo, un padre voluntario o incluso un estudiante universitario que desee hacer horas de trabajo voluntario para que busque listas de recursos comunitarios. Estos son algunos sitios de referencia comunes donde se pueden encontrar listas:

- *Departamento local de salud pública*
- *Departamento local de servicios humanos*
- *Líneas directas de ayuda ante abuso infantil*
- *Centros de atención infantil de mayor alcance, como Head Start*
- *Programa del Título V para niños y jóvenes con necesidades especiales de atención médica del estado o división local*

- *Oficinas locales de la red Family-to-Family u otras organizaciones orientadas a la familia como Family Voices, servicios de protección infantil y centros de apoyo infantil*
- *Organizaciones de servicio social sin fines de lucro que ofrecen una amplia gama de programas y servicios a los jóvenes y las familias*
- *Organización United Way local*
- *Programa local de asistencia telefónica al 211/311*

La cantidad de listas puede ser abrumadora. Recomendamos a los consultorios que seleccionen algunos recursos que conozcan o que reflejen las necesidades de las familias a quienes atienden. Algunas de las preguntas que deben tener en cuenta a la hora de organizar sus recursos incluyen, entre otras:

- *¿Qué recursos quieren los padres? ¿Cuáles son las necesidades más frecuentes de las familias que acuden al consultorio? Pregunten. Organicen un grupo de análisis. Creen un grupo de asesoramiento para padres.*
- *¿Qué servicios quiere prestar el consultorio mismo y cuáles requieren derivación?*
- *¿Hay un coordinador de atención que desee asumir esta labor? Si nadie está a cargo, ¿el hecho de contar con un coordinador de atención reduciría el tiempo que el médico dedica a estas inquietudes, y ese tiempo permitiría un aumento suficiente en las visitas para cubrir el salario del coordinador de atención?*

CONTEXTO DE TRABAJO

En nuestro consultorio teníamos dificultades con la cuestión de "qué hacemos", es decir, ¿qué vamos a hacer cuando detectemos a padres que han vivido experiencias infantiles adversas? Decidimos que el mejor enfoque era preguntarles directamente a los padres qué querían mediante un cuestionario simple junto con la prueba de detección de experiencias infantiles adversas durante la pequeña prueba piloto que llevarían a cabo algunos de nuestros médicos. Los resultados indicaron que la mayoría de los padres estaban interesados en clases y grupos de apoyo sobre paternidad; y unos pocos pidieron programas de visitas al hogar, guarderías con servicios de apoyo e información en línea sobre experiencias infantiles adversas. Una vez que contamos con esa información, pudimos encontrar los recursos que más pedían las familias. Varios de los médicos también usaron recursos y materiales orientativos de Connected Kids, con folletos sobre disciplina y crianza positiva, expectativas sobre el desarrollo y las mejores condiciones para promover el aprendizaje en los niños. Los recursos de los cuestionarios sobre edades y etapas también incluían juegos y actividades que los padres podían compartir con los niños, para ayudar a afianzar el vínculo entre padres e hijos en el contexto de la promoción del desarrollo.

El hogar médico pediátrico es un recurso confiable para las familias. Puede incluir orientación sobre estilos de crianza que fomenten la resiliencia en los hijos. Si bien puede ser necesaria la derivación a programas intensivos de paternidad en algunos casos, ¿es posible que el pediatra y otros integrantes especializados del equipo brinden asesoramiento y apoyo a los padres para ayudarles a tomar decisiones diferentes en la crianza?

Existen recursos que amplían la información sobre este tipo de debate. Algunos incluyen materiales del programa Connected Kids de la AAP (www2.aap.org/connectedkids/).

Los consultorios pueden:

- *Ofrecer recursos seleccionados de Connected Kids disponibles en las salas de examen.*
- *Usar los materiales orientativos de Connected Kids como complemento de las conversaciones durante los exámenes posteriores.*

También existen muchos programas excelentes sobre paternidad basados en evidencias (por ejemplo, el programa Triple P: Positive Parenting Program, o programa de paternidad positiva). El equipo del consultorio debería evaluar la incorporación de elementos de estos programas o auspiciar programas más intensivos en su sede. Se pueden encontrar programas adicionales en www.childwelfare.gov/preventing/programs/types/parented.cfm.

Con cualquier niño o familia que haya vivido un hecho traumático se necesitará apoyo adicional. Es importante que en el consultorio se haya instaurado un proceso para el seguimiento de la familia, de manera de poder ayudarlos para que saquen provecho de los servicios que utilicen.

LA IDENTIFICACIÓN DE EXPERIENCIAS INFANTILES ADVERSAS Y OTRAS FUENTES DE TRAUMA IMPLICA MEJORAS EN LA CALIDAD



Hoy día comprendemos el efecto significativo que la exposición al trauma puede tener en la salud física y mental del niño, a corto y largo plazo. Con esto presente, la promoción de tareas como las descritas en el consultorio es una forma de mejorar la atención que se ofrece y, con suerte, los resultados en la salud de los niños. Si pensamos en este proceso como una actividad para la mejora de la calidad, tenemos un marco orientativo de los tipos de cambios propuestos y los métodos para implementar y evaluar esos cambios. Este enfoque también permite a los consultorios que tal vez no estén preparados para la detección sistemática formal que empiecen a preparar el escenario para un proceso más formal en el futuro, de a un pequeño paso por vez.

Estas son algunas estrategias para comenzar a crear un entorno de trabajo donde se reconozca la importancia de las experiencias infantiles adversas y se aliente a las familias a abordar estas inquietudes en el hogar médico.

- *Defina el tono. Hágales saber a los padres de sus pacientes que estas cuestiones son importantes, que afectan al niño y que es correcto hablar sobre ello en el hogar médico. Dígales que no están solos, que no es su culpa y que el personal del consultorio puede ayudar.*
- *Use otras modalidades para iniciar la conversación, como por ejemplo:*
 - Carteles en la sala de examen
 - Listas de recursos y enlaces a sitios web ya disponibles o publicados
 - Frases del tipo “¿Sabe usted que...?” en las pizarras donde se coloca la documentación del consultorio que deben completar los padres
- *Continúe alentando la promoción del desarrollo.*
- *Cree un grupo de asesoramiento para padres.*

En el caso de los consultorios que están listos para comenzar una detección más formal pero se sienten sobrepasados por todas las experiencias infantiles adversas o formas de traumas, un enfoque escalonado puede ser de utilidad. El equipo del consultorio puede comenzar con un tipo de violencia en lugar de todas al mismo tiempo, o con una pregunta de mayor alcance como la siguiente: “Desde la última vez que vi a tu hijo, ¿le ocurrió algo realmente aterrador o angustiante a tu hijo o a cualquier integrante de la familia?”¹

Al igual que con cualquier esfuerzo por mejorar la calidad, no hay un límite definido. El consultorio puede buscar continuamente maneras de mejorar el abordaje de las experiencias infantiles adversas y el trauma con los niños y las familias a quienes atienden. Una vez adoptado un enfoque más integrador en la detección de las experiencias infantiles adversas, se pueden considerar algunas de las preguntas a continuación para progresar en el objetivo:

- *¿Cómo mejoramos los índices de detección?*
- *Los modelos médicos tradicionales se han concentrado principalmente en la salud física, conductual y emocional del paciente, pero para trabajar con experiencias infantiles adversas se requiere otro punto de vista que permita evaluar a la familia en su totalidad. Como los padres y las familias no están acostumbrados a esta dinámica, ¿cómo facilitamos el cambio cultural en la relación médico-paciente?*
- *Es necesario revisar y evaluar el proceso de preguntas.*
 - ¿Estamos planteando las preguntas adecuadas?
 - ¿Los índices de respuestas difieren si planteamos las preguntas en una entrevista en lugar de hacerlo en papel?
 - ¿En qué otros momentos debemos preguntar?
 - ¿Queremos usar un sistema de detección universal? De ser así, ¿qué experiencias infantiles adversas viven nuestros pacientes en los diferentes grupos etarios (es decir, niños pequeños, niños en edad escolar o adolescentes)?
 - ¿Queremos usar un enfoque de detección dirigido? Si así es, ¿cuáles serían los indicadores?
 - Detección en visitas de salud mental
 - Detección cuando surgen dolencias somáticas injustificadas
 - Detección en el contexto del fracaso escolar
 - Intento de detección cuando los pacientes no acuden a las visitas en varias oportunidades
 - Otros escenarios

CONTEXTO DE TRABAJO

Cuando empezamos nuestra prueba piloto, queríamos saber si era posible una detección de experiencias infantiles adversas en padres, si las familias y los médicos aceptarían la detección y si podríamos llegar a una respuesta razonable según los resultados de la detección. Nuestras experiencias iniciales fueron positivas y el proceso de detección ha mejorado las relaciones con nuestras familias. Ahora queremos saber cómo ampliar el sistema de detección al resto de la práctica médica, cómo incorporar mejor la información sobre la resiliencia de los padres en nuestras respuestas y qué experiencias infantiles adversas debemos tratar de detectar (por ejemplo, violencia en la comunidad, inseguridad alimentaria, hostigamiento, racismo/prejuicios). En última instancia, queremos poder demostrar que estamos mejorando los efectos que podemos tener en nuestros pacientes y sus padres. Por eso, nuestra inquietud final es comprender mejor qué efectos esperamos poder producir. Tenemos más ideas sobre el proceso de detección en otras edades y en otras circunstancias, y estamos empezando a expandir el enfoque a otras áreas.

- Evalúen la posibilidad de realizar una prueba piloto para responder algunas preguntas preliminares.
 - ¿Es factible?
 - ¿Lo completarán nuestros pacientes?
 - ¿Lo aceptarán nuestros médicos?
 - ¿Podemos adaptar la respuesta según los resultados de la detección?
- En adelante deberemos considerar:
 - Si comenzamos evaluando a un grupo pequeño, ¿cómo lo ampliamos para llegar a un público mayor?
 - ¿Qué resultados esperamos encontrar?
 - ¿Tenemos interés en tipos particulares de experiencias infantiles adversas?

CÓMO PREPARAR A LOS MÉDICOS Y AL PERSONAL PARA EL PROCESO

Tal como se planteó al inicio de este documento, deben estar dadas ciertas circunstancias en el consultorio médico para que esté preparado para el cambio. Asimismo, los médicos y el personal de todos los niveles deben adquirir activamente nuevas capacidades y estructuras para identificar y responder ante experiencias infantiles adversas y traumas con el mayor éxito posible. Esto implica lo siguiente:

- *Entender que escuchar es terapéutico.*
 - Cuando algo se puede traducir en palabras, podemos tolerarlo mejor.
 - Entablar la conexión entre el cerebro emocional y el cerebro pensante es el primer paso hacia la sanación y la integración.
- *A menudo los médicos tienen el preconceito de que deben hacer todo bien y ya mismo. Otro enfoque que pueden considerar es concentrarse en las posibles soluciones que ofrezcan los padres, pacientes y familias para abordar sus propios desafíos.*
- *Saber cuidar de nosotros mismos es sumamente importante, y es una tarea difícil. “Colóquese su propia máscara de oxígeno antes de ayudar a otros.” Vea más consejos para el cuidado de uno mismo en el folleto **“Cómo cuidar el bienestar del médico.”***
- *Esto no es algo que uno haga aisladamente. La salud del niño y de la familia depende de la interacción de múltiples sistemas. Busque a otros integrantes de la comunidad que piensen igual para obtener apoyo para usted y la familia del niño.*
- *Sus familias pueden ser un excelente recurso para usted. Piense en la posibilidad de preguntarles qué les gustaría que les ofrezca el consultorio para abordar estas inquietudes. También se podría dar un marco formal con la formación de un grupo de asesoramiento familiar.*

Por último: tal vez lo más importante que un consultorio pediátrico puede ofrecerle a la familia es la certeza de que no están solos; el hogar médico no es un lugar donde se asignen culpas sino una fuente de apoyo y enlaces a los servicios que la familia necesita. Para el equipo de un consultorio esto se resume en este mensaje clave dirigido a las familias: “No están solos, no es su culpa y nosotros los ayudaremos.”

Referencias

¹ Cohen JA, Kelleher KJ, Mannarino AP. Identifying, treating, and referring traumatized children: the role of pediatric providers. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2008;162(5):447–452

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