



Estrés, Trauma y Trastornos de Estrés Post-traumático en los niños

Una Introducción



Bruce D. Perry, MD, Ph.D.
Traducción de Silvina Rearte, LPC, LMFT, RPT

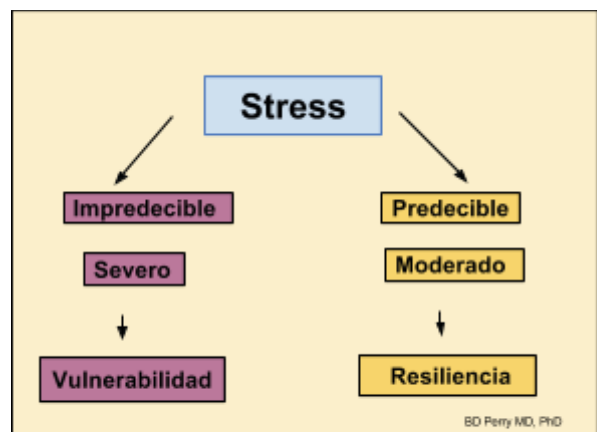
Introducción

Cada año, en Estados Unidos más de cinco millones de niños experimentan algún suceso traumático extremo. Estos incluyen los desastres naturales (por ejemplo, tornados, inundaciones, huracanes), los accidentes automovilísticos, enfermedades potencialmente mortales y procedimientos médicos dolorosos asociados (por ejemplo, quemaduras graves, cáncer), abuso físico, asalto sexual, presenciar violencia doméstica o en la comunidad, el secuestro y la repentina muerte de un padre. Más del 40% de estos niños desarrollará alguna forma de problema neuropsiquiátrico crónico que puede afectar significativamente su funcionamiento emocional, académico y social. La mayoría de estos problemas neuropsiquiátricos se clasifican como trastornos de ansiedad, siendo los más comunes el trastorno de estrés postraumático (TEPT).

El propósito de este manual es proporcionar una visión general del trastorno de estrés postraumático en los niños. Si bien dirigida a un público interdisciplinario, partes pueden ser de ayuda a los padres y cuidadores que viven con los niños que sufren de trastorno de estrés postraumático.

Estrés y Adaptación

El trastorno de estrés postraumático y otros síntomas neuropsiquiátricos que se ven después de eventos traumáticos, están relacionados con los síntomas que se presentan durante la respuesta aguda a la



amenaza. De hecho, el trastorno de estrés postraumático, como trastorno, tiene su origen en la persistencia desadaptativa de respuestas *apropiadas* y *adaptativas* presentes durante el estrés traumático. El órgano de mediación de las respuestas de adaptación - y de la mala adaptación - relacionadas con el estrés traumático es el cerebro humano.

Nuestro cerebro está diseñado para detectar, procesar, almacenar, percibir y actuar sobre la información del mundo externo e interno para mantenernos con vida. Con el fin de hacer esto, nuestro cerebro tiene cientos de sistemas neuronales, todos trabajando en un proceso continuo y dinámico de la modulación, regulación, compensación - el aumento o la disminución de la actividad para controlar la fisiología del cuerpo. Cada uno de nuestros muchos sistemas fisiológicos complejos tiene un ritmo de actividad que regula las funciones clave. Cuando el azúcar en la sangre cae por debajo de un cierto nivel, se activa un conjunto de acciones fisiológicas compensatorias. Cuando el oxígeno del tejido es bajo a causa del esfuerzo, cuando una persona se deshidrata, cuando esta con sueño o amenazado por un depredador, otros conjuntos de la actividad que regula se encenderán para responder a la necesidad específica. Para cada uno de estos sistemas existen "bases" o patrones homeostáticos de actividad dentro de la cual la mayoría de los problemas ambientales puede ser sostenidos. Cuando una condición interna (como la deshidratación) o uno externo (una situación en el empleo impredecible e inestable) persiste, esto produce una tensión en el sistema.

El estrés es un término de uso común en tanto laicos como en el lenguaje profesional. Por desgracia, a menudo no hay acuerdo sobre lo que realmente significa el estrés. Para el propósito de este artículo - y el uso de un concepto más comúnmente familiar para los biólogos - estrés es cualquier reto o condición que obliga a nuestros sistemas fisiológicos y neurofisiológicos de regulación y lo llevan fuera de su actividad dinámica normal. El estrés se produce cuando se interrumpe la homeostasis. El estrés traumático es una forma extrema de estrés.

**Diferenciación Neuronal
Dependiente de Actividad**

Las neuronas están diseñadas para cambiar en respuesta a patrones repetitivos de estimulación.

Durante el desarrollo los patrones de actividad definen patrones sinápticos de conectividad y de esta manera de capacidad funcional.

En adultos, la actividad puede alterar la organización neuronal pre-existente. En niños, la actividad, literalmente, provee la organización base para los sistemas neuronales.

BD Perry, MD, PhD

Es importante entender que el estrés durante el desarrollo no es necesariamente algo malo. De hecho, el desarrollo de sistemas neuronales de respuesta al estrés depende de la exposición a niveles moderados, controlables de estrés. La oportunidad para un niño de controlar su exploración, descubrir y experimentar la novedad moderada es esencial para un desarrollo saludable. Los niños a los que se les da la oportunidad de las exposiciones moderadas y controladas al estrés durante la infancia - con un cuidador constante, disponible y seguro para servir como "base" pueden llegar a ser vacunados contra futuros factores de estrés más severos. Los niveles de

excitación y el "estrés" asociado con la novedad y la conducta exploratoria segura ayudan a construir un niño sano.

Los cambios dramáticos, rápidos, imprevisibles, o amenazantes en el medio ambiente, sin embargo, activarán sistemas de respuesta de estrés. Estas respuestas mediadas por el cerebro reclutan un conjunto de respuestas del sistema nervioso central y periférico, neuroendocrino e inmune que promueven funciones adaptativas de "supervivencia" y, más tarde, un retorno al equilibrio o patrones homeostáticos. Eventos que alteran la homeostasis son, por definición, estresantes. Si esta tensión es grave, imprevisible, prolongada o crónica, los mecanismos de compensación pueden llegar a ser sobre-activados, o fatigados e incapaces de restaurar el estado anterior de equilibrio u homeostasis. El sistema fisiológico re-organiza sus patrones "básicos" de equilibrio. Un evento es 'traumático' si se sobrecarga el organismo, de manera exagerada y negativamente alterando la homeostasis. En un sentido muy real, el trauma lleva al organismo "fuera de balance", y crea un conjunto persistente de respuestas compensatorias que crean un nuevo, pero menos funcionalmente flexible estado de equilibrio. Esta nueva, homeostasis inducida por trauma consume más energía y es una adaptación más maladaptativa que el estado anterior. Mediante la inducción de esta homeostasis "cara" y comprometiendo la capacidad funcional completa, el trauma le roba al organismo. Ha sobrevivido a la experiencia traumática, pero a un costo.

Las respuestas adaptativas individuales al estrés durante un trauma varían. El carácter específico de respuestas de un niño a un evento traumático dado dependerá de la naturaleza, la duración, el patrón de trauma, las características del niño, su situación familiar y social. (Por ejemplo, la predisposición genética, la edad, el género, la historia de la exposición al estrés previo, presencia de factores atenuantes, como cuidadores de apoyo).

Sea cual sea la respuesta individual, sin embargo, la naturaleza extrema de la amenaza externa es a menudo acompañada de una activación interna extrema y persistente de los sistemas neurofisiológicos que median en el estrés. Una característica adaptativa primaria del sistema amenaza-respuesta es el "aprendizaje" a través de una sola prueba - la capacidad de generalizar a partir de un evento que amenaza a otras experiencias de similares características. Por desgracia, esta capacidad muy adaptativa está en el núcleo de los síntomas emocionales, conductuales y fisiológicos que se desarrollan después de una experiencia traumática.

Los sistemas neurales responden a la activación prolongada, repetitiva alterando su neuroquímica y, a veces, la microarquitectura (por ejemplo, la estructura sináptica) organización y funcionamiento. Estos se supone que son los mecanismos moleculares que median la memoria y el aprendizaje. Esto no es diferente de los sistemas neurales que median en la respuesta al estrés. Luego de un evento traumático los niños experimentarán algunos signos persistentes, cognitivos, conductuales, fisiológicos, emocionales y síntomas a veces temporarios, relacionados con los cambios en la homeostasis interna fisiológica. En general, cuanto más tiempo la activación de los sistemas de respuesta al estrés (es decir, cuanto más intenso y prolongado el evento traumático), más probable es que haya un cambio 'uso dependiente' de estos sistemas neurales. En algunos casos, los sistemas de respuesta al estrés no vuelven a la homeostasis del pre-evento. En estos casos, los signos y los síntomas se vuelven tan severos, persistentes y perjudiciales que alcanzan el nivel de un trastorno clínico. En un nuevo contexto y ante la ausencia de una verdadera amenaza externa, la persistencia anormal de una respuesta que alguna vez fue adaptativa se convierte en una mala adaptación.

Trastorno de Estrés Postraumático

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un síndrome clínico que puede desarrollarse después de estrés traumático extremo (El Manual Diagnóstico y Estadístico, versión IV, de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM IV). Hay seis criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático. El primero es un estrés traumático extremo acompañado de miedo intenso, horror o comportamiento desorganizado. Los tres siguientes son los grupos de síntomas: 1) persistente reexperimentación del acontecimiento traumático, como juegos repetitivos o pensamientos intrusivos recurrentes; 2) Evitación de las señales asociadas con el trauma o entumecimiento emocional; 3) Persistencia de la hiper-reatividad o activación fisiológica. Finalmente los dos últimos criterios de diagnóstico se refieren a la duración y la desactivación de los síntomas. Los signos y síntomas deben estar presentes durante más de un mes después del evento traumático y provocar alteraciones clínicamente significativas en el funcionamiento. Se considera que un niño tiene trastorno de estrés agudo (DSM IV), cuando se cumplan estos criterios durante el mes siguiente a un evento traumático. Trastorno de estrés postraumático se caracteriza además como agudo cuando están presentes por menos de tres meses, crónico por más de tres meses o retraso en el inicio, cuando los síntomas se desarrollan inicialmente seis meses o más, después del trauma.

Presentación clínica

Los niños con trastorno de estrés postraumático pueden presentar una combinación de problemas. De hecho, dos niños diferentes pueden cumplir con el criterio diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, pero pueden tener un conjunto muy diferente de síntomas. Esto puede ser un poco confuso para los profesionales no clínicos que tratan de comprender a los niños traumatizados. Además, los signos y síntomas de trastorno de estrés postraumático pueden ser muy similares a otros trastornos neuropsiquiátricos en los niños, incluyendo el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o depresión mayor.

Los signos y síntomas de trastorno de estrés postraumático típicos incluyen impulsividad, distracción y problemas de atención (debido a la hipervigilancia), disforia, insensibilidad emocional, evitación social, la disociación, trastornos del sueño, juego agresivo (a menudo re-actuación), el fracaso escolar y el desarrollo retrocedido o retrasado. En la mayoría de los estudios que examinan el desarrollo del trastorno de estrés postraumático después de una experiencia traumática, el doble de niños sufren de signos o síntomas (PTSS) post-traumáticos importantes, pero carecen de todos los criterios necesarios para el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático. En estos casos, el médico puede identificar los síntomas relacionados con el trauma de ser parte de otro síndrome neuropsiquiátrico (por ejemplo, la hipervigilancia a menudo se considera un problema de atención y los niños traumatizados se diagnostican y se trata como si tienen ADHD).



www.ChildTrauma.org

© 2014 Bruce D. Perry. Todos los derechos reservados.

El diagnóstico erróneo de los niños traumatizados con trastorno de estrés postraumático es común. A veces, un médico puede no ser conscientes de los factores estresantes traumáticos en curso (por ejemplo, la violencia doméstica o abuso). En otros casos, la familia lleva al niño a terapia a causa de nuevos síntomas, como el fracaso escolar o el aislamiento social, pero no hace ninguna asociación entre los síntomas y los acontecimientos en el pasado distante del niño (por ejemplo, accidente automovilístico, la muerte de un familiar, la exposición a la violencia) . Sin ningún tipo de historia de trauma relevante para ayudar al clínico, el TEPT puede no ser diagnosticado y los síntomas de estrés post-traumático (PTSS) se clasifican como parte de otras condiciones. Los niños con trastorno de estrés postraumático como un diagnóstico primario a menudo son etiquetados con Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), la depresión mayor, trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta, ansiedad de separación o fobia específica. En algunos casos, los niños con trastorno de estrés postraumático pueden reunir criterio diagnóstico de múltiples diagnósticos. Esto es especialmente cierto cuando se examina la co-morbilidad (la co-ocurrencia de múltiples diagnósticos del DSM-IV) en niños con traumatismo crónico, tales como el abuso físico o sexual. En algunos estudios, la mayoría de los niños maltratados reunían criterios diagnósticos para *tres o más* diagnósticos del Eje I, además de trastorno de estrés postraumático.

Cuando los niños son evaluados varias veces a lo largo de varios años, la confusión de diagnóstico puede empeorar. La presentación clínica de los síntomas relacionados con el trauma puede evolucionar. En el proceso de evaluación típica, el equipo o el médico clínico que evalúa rara vez tiene el beneficio de la historia completa sobre el origen y la evolución de los síntomas. Las historias se basan con frecuencia en el recuerdo de un cuidador y la evaluación se basa en una única visita clínica (por ejemplo, una evaluación pedida por la escuela). En estos casos, el niño traumatizado puede "acumular" los diagnósticos. No es inusual para un niño con trastorno de estrés postraumático relacionado con la exposición crónica traumática (por ejemplo, el abuso sexual, la violencia doméstica, el abuso físico) de tener seis, siete u ocho diagnósticos dados por más de cinco o seis evaluaciones anteriores. Por desgracia, a menudo hay seis, siete u ocho enfoques de tratamiento diferentes (y parciales) que responden a estas impresiones diagnósticas. Esto puede ser tremendamente frustrante para los cuidadores, maestros, trabajadores sociales y otros profesionales que tratan de ayudar a estos niños.



Es importante recordar que los criterios diagnósticos del DSM-IV pueden producir varias etiquetas en los niños maltratados, pero estos diagnósticos rara vez proporcionan información útil sobre la etiología, curso, la respuesta al tratamiento o el pronóstico. En la actualidad, a pesar de una fenomenología clínica en evolución, es evidente que el TEPT no es el único, o el inevitable, resultado de eventos traumáticos durante la infancia. Hiperexcitación postraumática o síntomas disociativos similares a menudo coexisten con estos otros trastornos

www.ChildTrauma.org

@ 2014 Bruce D. Perry. Todos los derechos reservados.

Re-actuación en el dibujo:

Varias semanas después de haber vivido un tiroteo, en el que las balas vinieron a centímetros de su cabeza mientras estaba en su dormitorio, un niño hace un dibujo de los agujeros de bala en la pared y la "casa". (Ventana naranja cuadrada de cuatro paneles en el exterior de la frontera de la casa).

del Eje I. Además, traumas tempranos graves, parecen ser una expresión de vulnerabilidad constitucional o genética subyacente y pueden ser un factor etiológico principal en el desarrollo de una amplia gama de trastornos posteriores en la vida. En pocas palabras, los eventos traumáticos pueden dar lugar a una serie de síndromes clínicos, incluyendo trastorno de estrés postraumático "puro". Sin embargo, excepto en discretos eventos

individuales, la presentación clínica y la evolución de los síntomas relacionados con el trauma suele ser compleja.

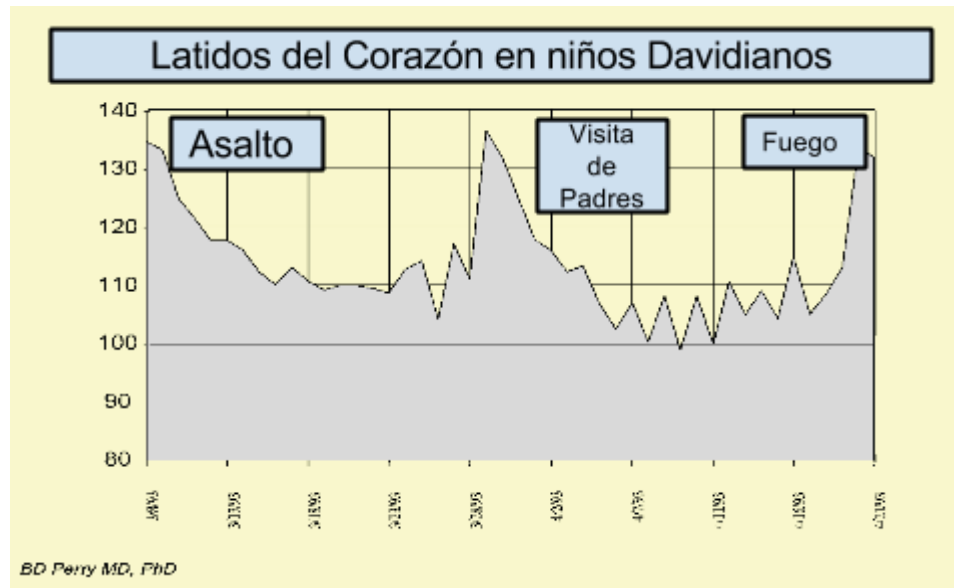
Incidencia y prevalencia

Cuando se examina cómo el TEPT es generalizado en la población adulta, los estudios encuentran una incidencia de por vida de TEPT que van del 3 al 14 %. Esta incidencia es una estimación de la población total. Estudios similares en los adolescentes encuentran las cifras de incidencia entre el 2 y 5%. Estas cifras se refieren a las estimaciones de la población total. Cuando se examina una muestra de los niños expuestos al trauma, sin embargo, estas cifras se disparan.

Estudios controlados documentan que entre el 15 y el 90% de los niños expuestos a eventos traumáticos desarrollan el TEPT. El porcentaje varía dependiendo de la naturaleza del evento. Universalmente, sin embargo, las tasas de niños que desarrollan trastorno de estrés postraumático después de eventos traumáticos son más altos que los reportados para adultos. Esto es consistente con el creciente reconocimiento de que los niños son, en todo caso, más vulnerables a las experiencias traumáticas que los adultos.

Una breve muestra de los estudios recientes da una idea de la incidencia del trastorno de estrés postraumático después de un evento traumático. Treinta y cinco por ciento de una muestra de adolescentes diagnosticados con cáncer cumplió los criterios para TEPT para toda la vida. El quince por ciento de los niños que sobreviven el cáncer tenía moderado a severo TEPT. Noventa y tres por ciento de una muestra de niños que presencian violencia doméstica tenía TEPT [19]; más del 80% de los niños kuwaitíes expuestos a la violencia de la crisis del Golfo tuvo TEPT [20]; más del 68% de los niños que sobrevivieron al evento de la Secta de los Davidianos en Waco cumplieron con los criterios para el TEPT. Setenta y tres por ciento de los hombres adolescentes víctimas de violación desarrollaron trastorno de estrés postraumático; 34% de una muestra de niños que sufrieron abuso sexual o físico y el 58% de los niños que experimentan abuso físico y sexual cumplieron con los criterios para el TEPT. En todos estos estudios, síntomas clínicamente significativos, aunque no completamente TEPT, fueron observados en prácticamente la totalidad de los niños y adolescentes luego de las experiencias traumáticas.

	Evento	Individual	Familiar y Social
<i>Aumento de Riesgo (Prolonga la intensidad o la duración de la respuesta de estrés agudo)</i>	<ul style="list-style-type: none"> .. Múltiple o acontecimiento repetido (por ejemplo, la violencia doméstica o abuso físico) .. Lesiones físicas en los niños .. Incluye lesiones físicas o la muerte al ser querido, sobre todo la madre .. Observación de cuerpos desmembrados o desfigurados .. Destrucción del hogar, escuela o comunidad .. Destrucción de la infraestructura comunitaria (por ejemplo, terremotos) .. El abusador es miembro de la familia .. Larga duración (por ejemplo, inundaciones) 	<ul style="list-style-type: none"> .. Mujer .. Edad (más joven más vulnerable) .. Percepción subjetiva de daño físico .. Historia de la exposición previa a un trauma .. No hay anclajes culturales o religiosos .. Sin experiencia compartida con los compañeros (aislamiento experiencial) .. Bajo nivel intelectual .. trastorno neuropsiquiátrico preexistentes (sobre todo relacionados con la ansiedad) 	<ul style="list-style-type: none"> .. El trauma afecta directamente a los cuidadores .. Ansiedad en los cuidadores primarios .. Persistencia de riesgos e amenaza a la familia .. Familia caótica y abrumada .. Aislamiento físico .. Cuidador distante ausentes
<i>Disminución del Riesgo (Disminuye la intensidad o la duración de la respuesta de estrés agudo)</i>	<ul style="list-style-type: none"> .. Evento solo .. Autor desconocido .. No alteración de la estructura de la familia o de la comunidad .. Corta duración (por ejemplo, tornado) 	<ul style="list-style-type: none"> .. Cognitivamente capaces de entender conceptos abstractos .. Habilidades saludables para hacerle frente al evento traumático .. Educación sobre normativas y respuestas post-traumáticas .. Intervenciones post-traumáticas inmediatas .. Fuertes lazos con el sistema de creencias cultural y religioso 	<ul style="list-style-type: none"> .. Familia contenedora .. Cuidadores no traumatizados .. Educadores educados con respecto al Estrés posttraumático .. Creencias familiares fuertes .. Padres maduros con habilidades de padres.

Vulnerabilidad y la resistencia

Síntomas de hiperactivación después de un evento potencialmente mortal: En los tres días siguientes al asalto ATF en un Rancho apocalíptico de los Davidianos , veintiún niños fueron liberados. Cada uno de estos niños estaba en peligro durante el asalto. Luego de la liberación , un equipo clínico dirigido por el personal del programa de trauma de niños vivió y trabajó con estos niños durante las próximas seis semanas. Estos niños tenían varios síntomas relacionados con el trastorno de estrés postraumático . Se observaron comportamientos re-actuación y aumento de la ansiedad luego de una señal específica asociadas con el asalto , incluyendo camionetas blancas y un helicóptero. La hiperactivación fisiológica fue ilustrada por los profundos aumentos en la frecuencia cardíaca en todos los niños a lo largo de las seis semanas de la disputa . Cinco días después del ataque inicial, la media del grupo frecuencia cardíaca en reposo fue de 134 (la media del grupo debería haber sido de aproximadamente 80). Durante el evento traumático, muchos de estos niños tuvieron una visita con un padre liberado del establecimiento. Estas visitas dieron lugar a cambios dramáticos en el comportamiento de los niños (por ejemplo , el regreso de orinarse en la cama , escondiéndose debajo de las camas , comportamiento agresivo) y en su ritmo cardíaco, lo que indica que estas visitas fueron, que estaban "en las manos de los babilonios, induciendo el miedo y la confusión. Cuando estas visitas se detuvieron, los niños mejoraron. Cuando se les dijo a los niños sobre el fuego, como era de esperar, su angustia aumentó dramáticamente. Debe tenerse en cuenta que la frecuencia cardíaca en reposo normal para un grupo de niños de comparación es de aproximadamente 90 latidos por minuto - los niños Davidian durante todo el período del stand off y más allá nunca tuvieron una frecuencia cardíaca en reposo por debajo de 100 .

No todos los niños expuestos a eventos traumáticos desarrollan TEPT y los que lo hacen, no todos tienen la misma gravedad de síntomas. Un foco importante de investigación ha sido identificar los factores (factores mediadores) que se asocian con un mayor (vulnerabilidad) o disminución (resiliencia) riesgo de desarrollar TEPT siguiendo la tabla anterior. En resumen, estos factores se pueden dividir en tres grandes categorías: 1) características del niño; 2) las características del evento y 3) las características de la familia / sistema social (véase el cuadro anterior).

www.ChildTrauma.org

@ 2014 Bruce D. Perry. Todos los derechos reservados.

Cada uno de estos factores de mediación se pueden relacionar con el grado en que se prolonga o reduce la activación de la respuesta de estrés del niño como resultado de la experiencia traumática. Los factores que aumentan la reactividad relacionada con el estrés (por ejemplo, el caos familiar) harán que los niños sean más vulnerables, mientras que los factores que proporcionan la estructura, la previsibilidad, la crianza y la sensación de seguridad reducirán la vulnerabilidad. Persistentemente activando la respuesta neurofisiológica al estrés en él, el niño temeroso dependiente se predispone a esos cambios "uso-dependiente" en los sistemas neuronales mediados por la respuesta de estrés que subyacen en los síntomas de estrés postraumático.

Existen diferencias entre los sexos observadas en la expresión y el desarrollo de trastorno de estrés postraumático. La experiencia clínica y los estudios recientes sugieren que las mujeres tienden a mostrar más de internalización (es decir, la ansiedad, disforia, la disociación, la evitación) y los varones más síntomas post-traumáticos de externalización (es decir, impulsividad, agresividad, falta de atención, hiperactividad). En estudios epidemiológicos de trastorno de estrés postraumático en la población adulta en general, las mujeres tienen mayores tasas de TEPT que los hombres. Aunque carece de los numerosos datos epidemiológicos de estos estudios en adultos, una diferencia de género se ha observado en varios estudios con niños y adolescentes. Parece que hay diferencias de género en la respuesta adaptativa en el evento agudo (las mujeres se disocian más que los hombres), que puede estar relacionado con la diferencia observada en el desarrollo y la expresión de los síntomas relacionados con el trauma.

Consecuencias a largo plazo del trauma en la niñez

TEPT es un trastorno crónico. Sin tratamiento, el síndrome de estrés post traumático y el trastorno de estrés postraumático se disuelve a una velocidad muy lenta. De hecho las secuelas emocionales, conductuales, cognitivas y sociales residuales del trauma de la infancia persisten y parecen contribuir a una serie de problemas neuropsiquiátricos durante toda la vida. El estrés traumático en la infancia aumenta el riesgo de problemas de apego, trastornos de la alimentación, depresión, conducta suicida, ansiedad, alcoholismo, conductas violentas, trastornos del estado de ánimo y, por supuesto, el TEPT, por nombrar algunos.

El estrés traumático también afecta otros aspectos de la salud física durante toda la vida. Los adultos víctimas de abuso sexual en la infancia tienen más probabilidades de tener dificultades en el parto, una variedad de trastornos gastrointestinales y ginecológicos y otros problemas somáticos como dolor crónico, dolores de cabeza y fatiga. El estudio de las experiencias adversas en la infancia (Adverse Childhood Experiences) (ver recursos) examinaron la exposición a siete categorías de eventos adversos durante la niñez (por ejemplo, abuso sexual, abuso físico, presenciar violencia en el hogar: eventos asociados con el aumento de riesgo de trastorno de estrés postraumático). Este estudio encontró una relación gradual entre el número de eventos adversos en la niñez y los resultados obtenidos de salud y enfermedad de los adultos examinados (por ejemplo, enfermedades del corazón, cáncer, enfermedad pulmonar crónica, y las conductas de riesgo). Con cuatro o más eventos adversos de la infancia, el riesgo de varias condiciones médicas aumentó de 4 - a 12 veces.

"No pasa un día que yo no pienso que podría haberlo salvado. Yo tenía ocho años. Él era un hombre duro, siempre atrás mío regañándome. Nunca podía complacer a ese hombre. Ese día en el almuerzo que tuvo conmigo, le decía a mi madre lo vago que yo era. Me dijo que fuera a la tienda detrás de la casa y trajera de vuelta la silla en la que había estado trabajando. Le dije que sí, señor ... pero me fui a mi habitación después de comer. Supongo que fue a la tienda por sí mismo para conseguir la silla. Escuché una explosión. La tienda había volado. Supongo que fue una fuga de gas. Mi madre y yo vimos el fuego derretir la tienda - él nunca salió. Mi madre estaba gritando - y yo estaba de pie observando. Odio decir esto, pero una parte de mí estaba feliz. No lloré durante mucho tiempo. Más tarde ese año, tomé mi primer trago. Me ayudó a sentirme bien "-. Hombre de 68 años de edad, habla de la culpa y la vergüenza asociada a la muerte traumática de su padre. Asocia su historia de alcoholismo con este evento.

El tratamiento de niños con trastorno de estrés postraumático

Hasta la fecha, pocos estudios de los resultados del tratamiento en niños con Síndrome de estrés post traumático y trastorno de estrés posttraumático han sido publicados. A pesar de esta escasez de datos objetivos, una amplia experiencia clínica y los métodos de tratamiento subjetivos ha sido publicados. La naturaleza de estos enfoques clínicos reportados depende de la perspectiva teórica del autor. En la actualidad, los marcos conceptuales basados en el mecanismo que explica el desarrollo de TEPT se dividen en cuatro categorías principales: 1) psicoanalíticos; 2) cognitivos conductuales; 3) Del desarrollo 4) Neurológico. Cada uno de ellos ofrece ciertas ideas pero ninguno ofrece un enfoque completo e inequívoco acerca del

tratamiento. Por lo tanto, el tratamiento de los niños con trastorno de estrés postraumático varía mucho dependiendo de la formación del médico específico, la perspectiva y experiencia. Esto puede ser confuso para los profesionales de la salud no mentales o cuidadores que tratan de ayudar a los niños traumatizados. Ellos pueden a menudo dar recomendaciones conflictivas o información acerca de cómo se deben manejar los eventos traumáticos. Algunos pueden oír que hablar sobre el evento es más importante; otros pueden recomendar no hablar sobre el trauma y centrarse en el actual conjunto de problemas funcionales que el niño pueda tener (por ejemplo,

Tratamiento profiláctico agudo de hiperexcitación traumática:

Dominic es un niño de siete años de edad. Cinco días antes de la evaluación, había estado en un accidente de coche en el que murió su madre. Inmediatamente después del accidente, en donde había estado atrapado en el coche con el cuerpo de su madre. Ella había sido desfigurada de manera significativa por el accidente, incluyendo una casi decapitación. Durante la hora de que los rescatistas trataron de sacarlo fuera del coche, estuvo inmovilizado con sólo una vista de la cara ahora desfigurada de su madre muerta. Antes de la evaluación, no había podido dormir, su frecuencia cardíaca en reposo era de 136 . Lo observaron aislado de la realidad y resistente al tratamiento médico necesario para sus múltiples fracturas de huesos .

El tratamiento incluyó la psicoeducación para la familia y clonidine (un medicamento que ayuda a disminuir la reactividad de los sistemas neuronales de respuesta al estrés) . Su frecuencia cardíaca en reposo se redujo a 90. Se le normalizó el sueño y fue capaz de cooperar con los tratamientos médicos. La terapia individual centrada en la pérdida y el trauma se inició luego de que saliera del hospital. Seis meses después del accidente, Dominic tenía una frecuencia cardíaca en reposo de 100 cuando se empezó a disminuir gradualmente el clonidine. Él continuaba triste, y era de esperar, la tristeza por la pérdida de su madre, pero no cumplía el criterio para PTSD.

los problemas sociales o académicos que han resultado de los síntomas de TEPT). La mejor recomendación que podemos dar de esto es tratar de encontrar un equipo profesional que tenga experiencia con los niños traumatizados. Y un equipo médico o clínico dispuesto a escucharlo y aprender de los recursos que usted puede traer a la situación. En algunos casos,

los médicos u otros profesionales que trabajan rutinariamente con los niños traumatizados pueden estar más familiarizados con los avances clínicos en esta área que un clínico de salud mental con experiencia limitada con trauma.

Reacción Aguda al Estrés

- Persistencia original de la respuesta de estrés.
- Objetivo de la intervención intensa.
- Los Cambios neurofisiológicos Uso-dependiente son la causa del TEPT crónico.
- Disminuyendo la reacción intensidad y la duración del estrés agudo se puede disminuir el desarrollo de los síntomas de estrés post-traumático.

BD Perry, MD, PhD

A pesar de estos inconvenientes, la naturaleza y gravedad de los síntomas específicos (por ejemplo, la impulsividad, aislamiento, hipervigilancia, disociación, disforia, y la agresión) definirá el enfoque de tratamiento en lugar de el diagnóstico. Una consideración importante en el

tratamiento es la de distinguir entre un solo evento discreto traumático (por ejemplo, accidente de tráfico o ser testigo de un asalto) y el trauma crónico o dominante (por ejemplo, el abuso crónico). Los síntomas después de un solo evento (por ejemplo, accidente automovilístico) tienden a ser menores y menos resistentes al tratamiento en comparación con los grupos de síntomas más complejos asociados con el estrés traumático crónico o penetrante (por ejemplo, una combinación de abuso físico y sexual). Hay una gran cantidad de tratamientos clínicos que se utilizan con los niños traumatizados, incluyendo la terapia familiar, terapia de grupo, EMDR (movimientos oculares de desensibilización y reprogramación), música y terapias de movimiento, la terapia de "juego" y la terapia de arte, entre muchos otros. Cuatro de los principales enfoques terapéuticos utilizados solos o en combinación se discuten a continuación:

Intervenciones agudas luego del trauma. Prevención secundaria

En el período post-traumático inmediato, se han utilizado varios modelos de intervención para disminuir la angustia aguda y mejorar el resultado post-traumático. Uno de los más importantes es la educación. Informar a la familia y al niño acerca de cuáles son los signos y síntomas esperados luego de un evento traumático puede ayudar a disminuir la ansiedad, aumentar el sentido de la fortaleza y proporcionar una línea de base a partir de la cual los padres y los niños puedan estar al tanto de los síntomas anormalmente intensos o prolongados que requieren mayor atención clínica. Varias modificaciones de como abordar un incidente traumático se han reportado, sin embargo, la eficacia de éstas aún no se ha determinado. En algunos casos, los médicos han utilizado agentes contra la ansiedad o el clonidine para disminuir el nivel de hiperactivación fisiológica y la angustia en el período post-traumático agudo. Aunque clínicamente útil durante este período, sin embargo, no está claro

que cualquiera de estas intervenciones post-aguda en realidad alteran el desarrollo, curso o la gravedad del TEPT (Vea viñeta clínica).

Farmacoterapia

Hay muy pocos estudios publicados de medicamentos psicotrópicos en el TEPT infantil . A pesar de esto, una amplia experiencia clínica sugiere fuertemente que los medicamentos pueden ser muy útiles en la disminución de los síntomas de trastorno de estrés postraumático. Juicio clínico y la experiencia empírica guían la selección de medicamentos específicos. Los principales síntomas de trastorno de estrés postraumático parecen responder a agentes psicotrópicos que han demostrado ser útiles para esos mismos síntomas en otros trastornos neuropsiquiátricos (por ejemplo, Depakote y litio para el comportamiento agresivo; fluoxetine para los síntomas depresivos).

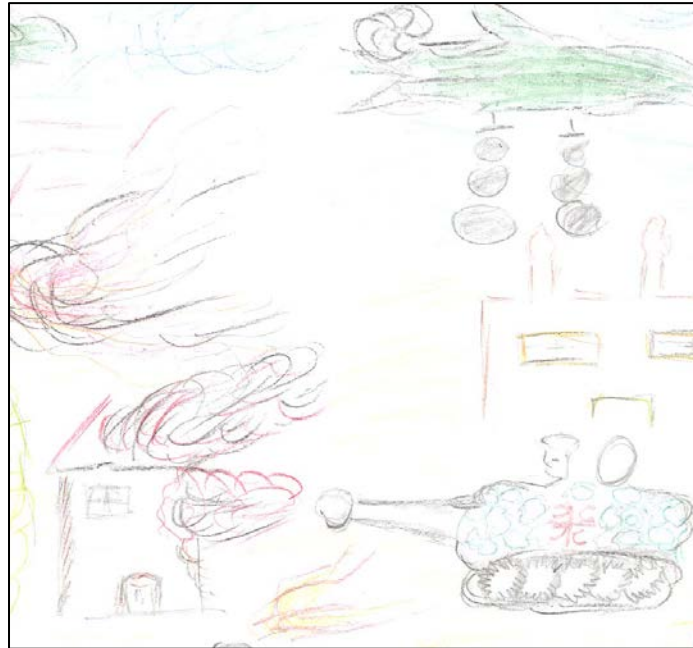
Muchos de los síntomas del trastorno de estrés postraumático se puede remontar a Los síntomas principales de la hiperactivación fisiológica. Estos síntomas incluyen problemas de sueño (incluyendo dificultades para conciliar el sueño, despertarse una vez que se ha dormido, pesadillas, terrores nocturnos), ansiedad generalizada, la impulsividad conductual o hiper-reactividad del sistema nervioso simpático, incluyendo taquicardia, hipertensión, aumento del tono muscular, problemas respiratorios y la desregulación de la temperatura del cuerpo. El clonidine, un agonista parcial adrenérgicos alfa-2, que modula la reactividad del locus coeruleus y disminuye la hiper-reactividad fisiológica asociada con trastorno de estrés postraumático, ha demostrado ser un agente eficaz en niños con trastorno de estrés postraumático. Otros agentes que alteran los sistemas de neurotransmisores de aminas biogénicas en el cerebro (es decir, la serotonina, la dopamina y la noradrenalina) también pueden modular los síntomas de trastorno de estrés postraumático. En este sentido, los informes preliminares apoyan la eficacia de propranolol y la fluoxetine en niños con ansiedad y trastorno de estrés postraumático.

Psicoterapia individual

Muchos de los síntomas de hiperactivación pueden ser seguidos hasta el núcleo como resultado de una cascada de problemas secundarios, relacionados entre sí. La incapacidad para tener intimidad adecuada conduce a dificultades en las relaciones entre pares y adultos, la incapacidad para desembolverse de manera adecuada en la escuela conduce a una baja autoestima, lo que resulta en una variedad de conductas aprendidas que sirve de máscara y sirve para defenderse de estos déficits fundamentales impulsados por su reactividad hiper-fisiológica. El ciclo vicioso resultante de bajo rendimiento, la baja autoestima, el desarrollo de estilos de resolución de problemas de mala adaptación, a su vez, son difíciles de tratar, mientras la hiperreactividad fisiológica subyacente este afectando la capacidad de modular la ansiedad, la concentración en el aprendizaje académico o tareas que impliquen ambientes sociales, y la impulsividad conductual. El éxito del tratamiento, por lo tanto, a menudo requiere 'contener' o modificar el núcleo de esta des-regulación fisiológica con medicamentos y el uso de otras intervenciones psicoterapéuticas para tratar temas relacionados con la autoestima, las habilidades sociales y el dominio de miedos específicos.

Terapias cognitivo-conductuales

La terapia cognitivo-conductual (CBT) es la más estudiada y, probablemente la intervención terapéutica más efectiva en adultos con trastorno de estrés postraumático relacionado con un solo evento. Los pocos estudios de la terapia cognitivo-conductual en niños y adolescentes son muy prometedores y estudios demuestran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual después de un solo evento traumático. La terapia cognitiva-conductual, por desgracia, es difícil de aplicar de la misma manera en los niños muy pequeños o para niños con trauma crónico.

**Re-actuación en Dibujo:**

Dibujo que representa a un tanque por destruir un hogar y aviones lanzando bombas. Dibujado por un niño kosovar de 12 años de edad, varias semanas después de la reubicación forzada de su familia y el testimonio de estos eventos de combate.

De la colección del Dr. Shoaib (residente de Psiquiatría en el Baylor College of Medicine y un aprendiz en el programa de trauma de niños en 1998) obtenidos durante el trabajo clínico en los campos de refugiados kosovares en Albania en 1999.

Recursos

Hay muchos otros lugares para aprender más sobre el impacto de eventos traumáticos en la infancia. Algunos puntos de partida se detallan a continuación.

Lecturas recomendadas:

Estrés en los niños. Pfefferbaum, B. 7 [1]. 1998. Philadelphia, WB Saunders Company. Niños y Adolescentes Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica. Lewis, M.

Este volumen resume el estado actual de la clínica, la investigación y las cuestiones relacionadas con la política en materia de estrés traumático infantil. Varias de las construcciones teóricas principales que guían la investigación y el tratamiento se describen. Se incluyen excelentes resúmenes de la experiencia clínica y revisiones de la investigación clínica actual.

Demasiado asustado para llorar. Terr, L. 1992 Harper Collins, New York
Ganador del Premio Ittleson Blanche por sus investigaciones sobre el trauma infantil, Dr. Terr no tiene rival en su experiencia y conocimiento en relación con el trauma infantil. Este libro es un clásico. Ella ofrece esperanza para todas las familias y los médicos que trabajan con los niños traumatizados. Este libro es muy recomendable.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos. Cuarta Edición (DSMIV).1994. Washington, DC, la Asociación Americana de Psiquiatría.

En la sección de los trastornos de ansiedad se puede encontrar el criterio de diagnóstico y la información útil sobre la etiología, incidencia, prevalencia, presentación clínica y enfoque de tratamiento para el PTSD. Además, el criterio de diagnóstico para los trastornos comórbidos como el ADHD (Trastorno de atención e hiperactividad), trastorno de conducta, depresión mayor están en otras secciones.

Otras lecturas para revisión:

Perry, BD y Azad, I. **Trastornos de estrés postraumático en niños y adolescentes** *Opiniones actuales en Pediatría* 11: 4, 121-132, 1999

Pfefferbaum, B. **Trastorno de estrés postraumático en niños: Una revisión de los últimos 10 años.** 1503-1511. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry* 36 [11], . 1997

Terr, L. **Traumas en la Infancia: Esquema y resumen.** *Am JPsychiatry*,1991 148:. 10-20(1998-1999):.

Referencias:

Ackerman, PT, Newton, JE, McPherson, BM, Jones, JG, y Dykman, RA **Prevalencia del trastorno de estrés postraumático y otros diagnósticos psiquiátricos en tres grupos de niños víctimas de abusos (sexuales, físicos y ambos).** *Abuso Infantil y Negligencia* 22[8], 759-774. 1998.

Este estudio examinó el TEPT y otros trastornos neuropsiquiátricos en más de 200

niños maltratados. Este estudio utilizó excelentes entrevistas estructuradas como método para la evaluación diagnóstica. Mientras que el total de la muestra era pequeño, este estudio es importante por el rigor utilizado en la determinación de diagnósticos co-mórbidos. De interés es la manifestación de los síntomas y las diferencias de resultados entre el abuso físico y sexual, el aumento del riesgo con ambos tipos de abuso y las diferencias de género en los resultados relacionados con el trauma.

Cuffe, S. P, Addy, CL, Garrison, CZ, Waller, JL, Jackson, KL, McKeown, RE, y Chilappagari, S. **Prevalencia de TEPT en una muestra comunitaria de adolescentes de mayores de edad.** *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry* 37[2], 147-154. 1998.

Este estudio es el segundo ciclo de un estudio epidemiológico longitudinal. En este ciclo los autores examinaron una muestra de población de 490 adolescentes (16-22 años de edad) y se utilizan de una entrevista semi-estructurada para provocar síntomas de TEPT y factores relacionados. De interés fue la demostración de una diferencia de género (mujeres 3% vs 1% varones) en la prevalencia del trastorno de estrés postraumático. Ser violado, siendo testigo de una emergencia médica y ser testigo de un accidente se asociaron con mayor riesgo de desarrollar TEPT. En este estudio, la mayoría de los niños que experimentaron un evento traumático desarrollaron TEPT.

Felitti, VJ, Anda, RF, Nordenberg, D. Williamson, DF, Spitz, AM, Edwards, V., Koss, MP, y Marks, JS **Estudio de la relación del abuso infantil y la disfunción de los hogares con muchas de las principales causas de muerte en adultos: Las experiencias adversas en la infancia (Adverse Childhood Experiences)** 245-258.. *American Journal of Medicina Preventiva* 14[4], 1998.

Este estudio se llevó a cabo mediante el envío de cuestionarios sobre experiencias adversas en la infancia a 13.494 adultos en una gran HMO (Health Insurance). La tasa de respuesta fue del 70,5%. Las respuestas fueron estudiadas junto con los resultados de una evaluación médica estándar y medidas de comportamiento de riesgo para adultos, el estado de salud y temas relacionados. Al menos la mitad de los encuestados informaron al menos uno, y más de una cuarta parte reportó más de dos categorías de experiencias adversas en la niñez. Se demostró una relación gradual entre el número de categorías de exposición de los niños y de los comportamientos de alto riesgo y las enfermedades. Este estudio refuerza las observaciones de muchos otros estudios que utilizan diferentes métodos y de dibujo en diferentes factores estresantes específicos de la infancia. Las relaciones entre la "salud" a lo largo del ciclo de vida y el estrés / malestar durante el desarrollo son muy fuertes.

Fergusson, D. M y Horwood, LJ **La exposición a la violencia entre los padres en la infancia y el ajuste psicológico en la edad adulta joven.** *Abuso Infantil y Negligencia* 22[5], 339-357. 1998.

Este es un informe de un estudio longitudinal de 18 años de un grupo de nacimientos de 1265 niños de Nueva Zelanda. Se obtuvieron informes retrospectivos de exposición a la violencia entre los padres, así como una serie de medidas de comportamiento mental, social, físico, antisocial y criminal. Los adolescentes y los adultos que sufrieron los mayores niveles de exposición estaban en mayor riesgo de problemas de salud mental, abuso de sustancias y la delincuencia criminal. Este estudio está bien concebido y los métodos son muy sólidos. El valor de este estudio es demostrar la secuelas adversas múltiples de la violencia doméstica. La naturaleza dañina de la violencia doméstica y los problemas recurrentes de "lo perjudicial" que es la exposición a la violencia entre los padres de los niños será abordado por los estudios de este tipo. La exposición a la violencia doméstica puede ser tan traumático y potencialmente abusivo como el abuso físico o sexual.

Marzo, JS, Amaya-Jackson, L. Murray, MC, y Schulte, A. **Psicoterapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes con trastorno de estrés postraumático después de un único factor de estrés.** *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry* **37**[6], 585-593. 1998.

Este estudio probó un protocolo de tratamiento cognitivo-conductual de grupo administrado con un solo caso a través del tiempo y el diseño de ajuste. Los niños (n = 17) fueron seleccionados de dos primarias y dos escuelas secundarias y se seleccionaron para un solo evento relacionado con trastorno de estrés postraumático. Los síntomas neuropsiquiátricos se midieron con instrumentos de arte. Catorce de los diecisiete niños completaron el tratamiento. Se observó una mejoría significativa, de modo que el 57% ya no cumplía los criterios diagnósticos para el TEPT. A pesar de los pequeños números, este es uno de los pocos estudios de resultados de tratamiento bien diseñados y controlados en el área de la infancia y el trastorno de estrés postraumático.

Pelcovitz, D., Libov, BG, Mandel, F. Kaplan, S., Weinblatt, M., y Septimus, A. **El trastorno de estrés postraumático y funcionamiento de la familia en los adolescentes diagnosticados con cáncer.** *Journal of Traumatic Stress* **11**[2], 205-221. 1998.

Este estudio comparó 23 adolescentes con cáncer, contra 27 maltratados físicamente y 23 adolescentes sanos, no maltratados. De interés primario fue la tasa de TEPT de por vida que fue del 35% en el grupo de cáncer en comparación con sólo el 7% en el grupo abusado. En el subgrupo TEPT positivo de niños el 85% de las madres desarrollaron TEPT. Este estudio es muy importante para la práctica de los pediatras. La tasa de TEPT en la enfermedad pediátrica que amenaza la vida es alto tanto para el niño como para los cuidadores. Esto tiene profundas implicaciones para la creación de un enfoque clínico multi-dimensional para niños con cáncer.

Perry, BD y Pollard, R. **Homeostasis, el estrés, el trauma y la adaptación. Una vista del desarrollo neurológico del trauma infantil.** *Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica para niños y adolescentes* **7**[1], 33-51. 1998.

Esta revisión examina los estudios del desarrollo neurológico y neurofisiológicos disponibles relacionados con el trauma infantil. Los autores revisan las construcciones teóricas del desarrollo neurológico que han sido anteriormente utilizados para guiar la investigación y la práctica clínica. Esta síntesis se centra en la memoria y los sistemas neuronales implicados en la respuesta al estrés.

Orr, SP, Lasko, NB, Metzger, LJ, Berry, NJ, Ahern, CE, y Pitman, RK **Evaluación Psicofisiológicos de mujeres con trastorno de estrés postraumático como consecuencia del abuso sexual en la infancia.** *Diario de Consultoría y Psicología Clínica* **66**[6], 906-913. 1998.

Este equipo de investigación ha sido pionero en el estudio de los cambios neurofisiológicos relacionados con el trauma, utilizando métodos psicofisiológicos estándar. En este estudio, 29 mujeres con trastorno de estrés postraumático crónico luego de abuso sexual en la infancia mostraron mayores respuestas fisiológicas (frecuencia cardíaca, sensores en la piel, EMG) que las mujeres que sufren abusos sexuales, pero sin TEPT. Esta capacidad de respuesta era específica a las condiciones que involucran imágenes sexuales y no se observó en la situación estresante, no abusiva relacionada. Estos estudios preliminares ilustran algunas de la hiper-reactividad fisiológica que puede ser la base de algunos de los documentados problemas médicos y físicos a largo plazo después del trauma de la infancia. Se requieren estudios de este tipo para la elaboración de modelos de mecanismos relacionados con los problemas neuropsiquiátricos y médicos relacionados con el trauma.



Vocabulario

Disociación: El proceso mental de desconectarse de los estímulos en el ambiente externo y asistir a los estímulos internos. Este es un proceso mental graduado que va desde el soñar despierto normal a alteraciones patológicas que pueden incluir enfoque exclusivo en un mundo de fantasía interior, la pérdida de identidad, desorientación, alteraciones de la percepción o incluso interrupciones en la identidad.

Disforia: El estado emocional subjetivo de tristeza, inquietud, malestar general.

Hiperexcitación: Los cambios mentales y físicos causados por alteraciones en la activación del sistema nervioso central y periférico en relación con la amenaza percibida o real. Esta respuesta graduada incluye mayor enfoque sensorial y perceptual en la amenaza, la activación de los sistemas fisiológicos necesarios para la supervivencia y correspondientes cambios en el funcionamiento emocional y conductual.

Homeostasis: La tendencia a la estabilidad en los estados fisiológicos normales obtenidos por un sistema de mecanismos de control activado por diversos sistemas de feedback.

Hipervigilancia: El estado de aumento de la excitación y la atención a cualquier señal en el ambiente externo que potencialmente pueden estar asociados con la amenaza. A menudo se traduce en problemas de distracción y la atención cuando están presentes en los niños con trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Trastorno de estrés postraumático Un trastorno neuropsiquiátrico que puede desarrollarse después de un evento traumático que incluye los cambios en el funcionamiento emocional, conductual y fisiológico.

Estrés: Cualquier desafío o condición que obliga a los sistemas fisiológicos y neurofisiológicos reguladores a desplazarse fuera de su dinámica, actividad normal. El estrés se produce cuando se altera la homeostasis.

Trauma: Un evento psicológicamente angustiante que está fuera de la gama de la experiencia humana normal, a menudo con una sensación de intenso miedo, el terror y la impotencia.

Acerca del Autor:

Dr. Perry is the Senior Fellow of The ChildTrauma Academy, a not-for-profit organization based in Houston, TX (www.ChildTrauma.org), and adjunct Professor in the Department of Psychiatry and Behavioral Sciences at the Feinberg School of Medicine at Northwestern University in Chicago. He serves as the inaugural Senior Fellow of the Berry Street Childhood Institute, an Australian based center of excellence focusing on the translation of theory into practice to improve the lives of children..

Dr. Perry es el Senior Fellow de la ChildTrauma Adademy, una organización sin fines de lucro con sede en Houston, TX (www.ChildTrauma.org), y profesor adjunto en el Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento en la Escuela de Medicina Feinberg de la Universidad Northwestern en Chicago. Él sirve como el inaugural Senior Fellow del Instituto de Infancia Berry Street, un centro con sede en Australia de excelencia centrado en la traducción de la teoría a la práctica para mejorar las vidas de los niños.

Dr. Perry es el autor, junto con Maia Szalavitz, de El niño que fue criado como perro, un libro éxito de ventas sobre la base de su trabajo con los niños maltratados y Born For Love: ¿Por qué la empatía es esencial y en peligro de extinción? Sus libros multimedia más recientes, BREVES: Reflexiones sobre la niñez, Trauma, y Sociedad y RESILIENCIA: Seis fortalezas esenciales para el desarrollo saludable fueron publicados en 2013, durante los últimos treinta años, el Dr. Perry ha sido un profesor activo, médico e investigador de los niños, su salud mental y las neurociencias, ocupando una variedad de cargos académicos.

Dr. Perry ha llevado a cabo tanto investigaciones en la neurociencia básica como en la investigación clínica. Su experiencia como clínico e investigador con niños traumatizados ha llevado a muchos de la comunidad y las agencias gubernamentales a consultar al Dr. Perry tras incidentes de alto perfil que involucran a niños traumatizados, como el asedio de los davidianos en Waco, el atentado de Oklahoma City, los tiroteos en las escuelas de Columbine, los ataques terroristas del 11 de septiembre, el huracán Katrina, el secta polígama FLDS y, más recientemente, el terremoto en Haití, el tsunami de Tohoku de Japón, y el tiroteo en la escuela primaria de Sandy Hook.

Dr. Perry es el autor de más de 500 artículos de revistas, capítulos de libros y actas científicas y ha recibido numerosos premios y distinciones profesionales. Ha presentado sobre el maltrato infantil, la salud mental de los niños, el desarrollo neurológico y la violencia juvenil en una variedad de lugares, incluyendo órganos normativos, como la Cumbre de la Casa Blanca sobre la violencia, la Asamblea de California y el Comité EE.UU. Casa de la Educación. Dr. Perry ha aparecido en una amplia gama de medios, incluyendo la National Public Radio, The Today Show, Good Morning America, Nightline, CNN, MSNBC, NBC, ABC y CBS News y el Oprah Winfrey Show. Su trabajo ha aparecido en documentales producidos por Dateline NBC, 20/20, la BBC, Nightline, CBC, PBS, así como docenas de documentales internacionales. Muchos medios de comunicación impresos han destacado las actividades clínicas y de investigación del Dr. Perry incluyendo una serie ganadora del premio Pulitzer, en el Chicago Tribune, EE.UU. News and World Report, Time, Newsweek, Forbes ASAP, Washington Post, el New York Times y la revista Rolling Stone.

www.ChildTrauma.org

@ 2014 Bruce D. Perry. Todos los derechos reservados.

La Child Trauma Academy (CTA) es una organización sin fines de lucro con sede en Houston, Texas que trabaja para mejorar las vidas de los niños de alto riesgo a través de servicios directos, la investigación y la educación. Una de las principales actividades de la CTA es traducir los hallazgos emergentes sobre el cerebro humano y el desarrollo del niño en implicaciones prácticas para las formas en que criamos, protegemos, enriquecemos, educamos y curamos a los niños. La obra "traducción de la neurociencia" de la CTA ha llevado a la creación de una serie de programas innovadores en terapia, protección de los niños y de los sistemas educativos.

La misión de Child Trauma Academy es ayudar a mejorar las vidas de los niños traumatizados y maltratados - mediante la mejora de los sistemas que educan, alimentan, protegen y enriquecen estos niños. Centramos nuestros esfuerzos en la educación, la prestación de servicios, consulta de programas, la investigación y las innovaciones en la evaluación / tratamiento clínico.

Por favor visite nuestro sitio web (**www.ChildTrauma.org**) para aprender más sobre nuestro trabajo, nuestros vídeos educativos, materiales de capacitación y otros productos.

Para más información:

The ChildTrauma Academy
5161 San Felipe, Suite 320
Houston, TX 77056

Sitio Web:

www.ChildTrauma.org

Online Store:

www.CTAProducts.org

Jana Rosenfelt, M.Ed.

Executive Director

JRosenfelt@ChildTrauma.org

Facebook:

The ChildTrauma Academy

Twitter:

@ChildTraumAcad

@BDPerry

YouTube Channel:

The ChildTrauma Academy

www.ChildTrauma.org

@ 2014 Bruce D. Perry. Todos los derechos reservados.