

Lourdes Fañanás Saura 

Departamento BEECA, Facultad de Biología, Universidad de Barcelona. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Instituto de Biomedicina de la Universidad de Barcelona (IBUB), España.

DOI: [10.31766/revpsij.v38n4a1](https://doi.org/10.31766/revpsij.v38n4a1)

Correo electrónico: lfananas@ub.edu

Maltrato infantil y trastorno mental

*¿Cuál es el significado de la infancia?
¿Qué significa el hecho de que el ser humano llegue
al mundo más desvalido que cualquier otra criatura y
necesite, durante un periodo mucho más prolongado que
cualquier otro ser viviente, el cuidado cariñoso y el sabio
consejo de los suyos?*
John Fiske, 1883-1909

La infancia constituye el periodo más prolongado y sensible en la vida de los seres humanos. En los principios de nuestra especie, la supervivencia de los recién nacidos y de los niños estuvo íntimamente ligada a las habilidades de sus progenitores y de su pequeño grupo social para garantizar su seguridad. Que los niños sobrevivieran y llegaran a la adolescencia para poder transmitir los genes de sus padres a una nueva generación, era una cuestión esencial para la continuidad de la especie. Resulta sencillo pensar, por tanto, hasta qué punto los vínculos afectivos y las habilidades para desarrollar estrategias de protección por parte de los adultos hacia sus niños fueron seleccionadas por la evolución como funciones mentales humanas esenciales y características de nuestra especie.

Quizás nuestra infancia tan prolongada haya sido diseñada por la evolución, para que los individuos adquieran, con la ayuda de un ambiente parental prolongado, las habilidades cognitivas y emocionales que nos van a permitir sobrevivir en un mundo social complejo y hostil.

Aspectos esenciales de nuestra personalidad se construirán a través de las interacciones biológicas entre un temperamento, en gran medida innato e influido por los genes y la mirada de los padres y del grupo social, que irá modulando nuestra identidad. Así, numerosos procesos que van a ser esenciales para la futura regulación emocional del sujeto están mediados por mecanismos neurobiológicos que se establecen durante los primeros meses de vida a través del estilo de apego de la madre (1, 2).

Es obvia la relevancia que tienen estas experiencias tempranas sobre el bienestar emocional y existencial a lo largo de la vida de una persona, pero ¿qué podemos afirmar respecto a su salud mental?

El significado etiológico del maltrato infantil sobre la salud mental ha sido habitualmente contemplado desde la periferia del discurso psicopatológico. Comprender la historia de la investigación clínica de las consecuencias sobre la salud del trauma, del abuso o de la negligencia durante la niñez requiere, en primer lugar, la apreciación de los procesos sociales y políticos que gobiernan y han gobernado las sociedades humanas.

En psiquiatría, el *evento traumático* hace referencia a aquella circunstancia en la cual lo sucedido o experimentado excede la capacidad de la persona para proteger su integridad psíquica (3). Por tanto, la definición de trauma es en sí misma compleja ya que implica tanto características del evento como aspectos

muy subjetivos de la respuesta neurobiológica y psíquica del individuo.

Una parte esencial de la vulnerabilidad psíquica de una persona para responder al mundo tendrá que ver con su naturaleza genética pero, sobre todo, con las experiencias más tempranas; estas experiencias de riesgo incluyen, entre otras, la desatención materna, las experiencias de humillación continua y el abuso físico o sexual ejercido por personas adultas que debían cumplir una misión protectora y reforzadora de la confianza del niño en sí mismo y en el mundo.

En nuestra sociedad, la conducta *naturalmente* ética en el cuidado del menor se ve muy frecuentemente sobrepasada por circunstancias personales, familiares o sociales difíciles de reconocer y modificar por las propias familias y por la sociedad; normalmente se asume, erróneamente, que la vida lleva implícita esta dosis de estrés psicosocial en todas las etapas de la existencia y que todos los niños tienen la capacidad innata de adaptarse y sobrevivir a ella.

Los estudios epidemiológicos, sin embargo, demuestran claramente que esto no es cierto y que existe una clara relación dosis-efecto entre estas experiencias de maltrato infantil y un riesgo significativamente elevado para desarrollar un trastorno mental durante la propia infancia, en la adolescencia y en la edad adulta (4, 5); esta asociación se expresa, además, de forma comórbida con otros diagnósticos en el ámbito de las enfermedades metabólicas y cardiovasculares. (6).

Aunque la relación específica entre las experiencias de abuso sexual y determinados trastornos de la personalidad está bien establecida, es importante recordar que la relación entre maltrato infantil y un mayor riesgo para sufrir enfermedad mental es una condición transdiagnóstica que puede afectar a un amplio espectro de diagnósticos psiquiátricos, sino todos (7). Distintos trastornos de la conducta, trastornos ansioso-depresivos, la esquizofrenia o el trastorno bipolar, estos dos últimos relacionados con una importante vulnerabilidad genética, se ven claramente modulados en su expresión clínica por la presencia del maltrato en la infancia. De manera omnipresente y asociada a la historia de maltrato y al trastorno mental se presenta la conducta suicida, reconocida como primera causa de muerte en estos grupos infanto-juveniles de riesgo (8).

En estos niños y adolescentes expuestos a maltrato aparecen múltiples emociones negativas (miedo, evitación, hiperalerta o síntomas de re-experimentación) que se extienden a contextos psíquicos diferentes al propio trauma incluyendo

emociones como la tristeza, la rabia o la irritabilidad. La regulación de estas emociones se hace imposible para estos niños y dificulta profundamente su vida. Algunos expertos ubican esta *desregulación emocional* en el núcleo de la psicopatología asociada al maltrato y, especialmente, al trauma complejo (9, 10).

El trauma complejo podría ser considerado como el *factor oculto* que subyace a tantos pacientes infanto-juveniles y adultos con cuadros clínicos caracterizados por su mala respuesta al tratamiento clínico habitual y su mal pronóstico. En qué medida debería explorarse la existencia de trauma o maltrato en la biografía del paciente psiquiátrico, y tratar específicamente estos síntomas antes del abordaje clínico habitual, es una cuestión que empieza a debatirse en base a los datos científicos más recientes (7).

Resulta muy difícil estimar la proporción de niños que se exponen a eventos potencialmente traumáticos a lo largo de su infancia. Esta proporción puede variar sustancialmente dependiendo de países, grupos sociales, familias y de circunstancias históricas (guerras y catástrofes naturales) que habitualmente afectan a la totalidad de las cohortes de niños coetáneas a esa situación social.

En la población mundial se ha estimado que dos de cada tres niños se exponen, al menos, a una experiencia traumática durante su infancia. En base a los estudios comunitarios la prevalencia descrita, por ejemplo, para el Trastorno por Estrés post Traumático (TEPT) en población infanto-juvenil del mundo occidental se sitúa en torno al 5% (11). Sin embargo, hemos de considerar que muchos niños expuestos a eventos traumáticos no manifiestan cuadros clínicos de TEPT y que, por otro lado, existen numerosas situaciones de claro maltrato infantil que incluyen circunstancias que no necesariamente serían catalogadas como eventos traumáticos. Si nos basamos en estudios epidemiológicos sobre población infantil y juvenil las prevalencias que se manejan para los diferentes tipos de maltrato infantil oscilan entre el 7% y el 15%, aunque estas cifras se consideran infravaloradas; por otro lado los estudios epidemiológicos coinciden en señalar que para la mayoría de los niños maltratados estas vivencias incluyen distintos tipos de maltrato, se extienden de manera crónica en el tiempo y habitualmente son ejercidas por figuras del entorno familiar más próximo (12).

Como se ha comentado anteriormente, las consecuencias de estas experiencias infantiles sobre la patología psiquiátrica actual del niño, y del futuro adulto, están ampliamente demostradas. Pero, ¿Qué mecanismos neurobiológicos subyacen

a esta vulnerabilidad al trastorno mental mediada por el maltrato infantil?

Entre las principales evidencias se encuentran las alteraciones en la función del eje hipotálamo hipofisario adrenal (HAA); estas alteraciones dificultarían la adecuada respuesta al estrés psicosocial en los niños que han sufrido maltrato originándose una espiral biográfica claramente desadaptativa al medio social y con consecuencias sobre sus conductas de riesgo y psicopatología (13). Asimismo, se han descrito cambios en la morfología y función cerebral de los sujetos expuestos a maltrato infantil; estos cambios normalmente afectan al volumen de materia gris y a la conectividad entre áreas cerebrales y podrían variar dependiendo del periodo y tipo de maltrato al que ha sido expuesto el menor (14, 15).

En qué medida estos cambios del cerebro infantil, plástico y adaptable por definición, son fenómenos adaptativos que permiten sobrevivir al niño a unas experiencias antinaturales para él es un interesante tema de debate neurocientífico. En este sentido algunas investigaciones recientes han demostrado la capacidad de los sistemas neurobiológicos de revertir la disfunción ocasionada por el maltrato si la intervención terapéutica y ambiental tiene lugar muy tempranamente (16).

Las sociedades humanas y los sistemas públicos de salud tienen ante sí un problema de primera magnitud con repercusiones no sólo éticas o sociales, sino también de alto impacto en el sistema sanitario. Frente a la detección precoz y tratamiento de estos niños y adultos existe también un mundo social en el que la conducta de los adultos seguirá siendo un elemento de riesgo de difícil control. La transmisión intergeneracional y transgeneracional de los efectos del trauma o del maltrato sobre la salud de los descendientes es una condición que comienza a ser reconocida en la literatura científica (17). Frente al interés científico de reconocer los mecanismos biológicos que sustentan esta vulnerabilidad, probablemente de naturaleza epigenética, se encuentra la reflexión ética sobre las consecuencias de los actos humanos sobre las futuras generaciones (18).

REFERENCIAS

1. Tarullo AR, Gunnar MR. Child maltreatment and the developing HPA axis. *Horm Behav.* 2006;50(4): 632-9.
<https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2006.06.010>
2. Brown GW, Harris TO, Craig TKJ. Exploration of the influence of insecure attachment and parental maltreatment on the incidence and course of adult clinical depression. *Psychol Med.* 2019; 49(6): 102532.
<https://doi.org/10.1017/S0033291718001721>
3. Cloitre M, Cohen LR, Koenen KC. Treating survivors of childhood abuse: Psychotherapy for the interrupted life. New York: Guilford Press; 2006. ISBN-13: 978-1593853129; ISBN-10: 9781593853129.
4. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, Giles WH. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eu Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006; 256: 174-86.
<https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
5. Nemeroff CB. Paradise Lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect. *Neuron.* 2016; 89(5): 892-909.
<https://doi.org/10.1016/j.neuron.2016.01.019>
6. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, Dunne MP. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health.* 2017; 2(8): e356-e366.
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
7. Lippard ETC, Nemeroff CB. The devastating clinical consequences of child abuse and neglect: Increased disease vulnerability and poor treatment response in mood disorders. *Am J Psychiatry* 2020; 177(1): 20-36.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010020>
8. Marques-Feixa L, Palma-Gudiel H, Romero S, Moya-Higueras J, Rapado-Castro M, Castro-Quintas Á, EPI-Young Stress GROUP, et al. Childhood maltreatment disrupts HPA-axis activity under basal and stress conditions in a dose-response relationship in children and adolescents. *Psychol Med.* 2021; 1-14.
<https://doi.org/10.1017/S003329172100249X>
9. Villalta L, Smith P, Hickin N, Stringaris A. Emotion regulation difficulties in traumatized youth: a meta-analysis and conceptual review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2018; 27: 527-44.
<https://doi.org/10.1007/s00787-018-1105-4>
10. Villalta L, Khadr S, Chua KC, Kramer T, Clarke V, Viner RM, Stringaris A, Smith P. Complex post-traumatic stress symptoms in female adolescents: the role of emotion dysregulation in

- impairment and trauma exposure after an acute sexual assault. *Eur J Psychotraumatol*. 2020; 11(1): 1710400.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1710400>
11. McLaughlin KA, Koenen KC, Hill ED, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 52(8): 815-30.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.011>
 12. Vachon DD, Krueger RF, Rogosch FA, Cichetti D. Assessment of the Harmful Psychiatric and Behavioral Effects of Different Forms of Child Maltreatment. *JAMA Psychiatry* 2015; 72(11): 1135-42.
 13. Marques-Feixa L, Moya-Higueras J, Romero S, Santamarina-Pérez P, Rapado-Castro M, Fañanás L, Epi-Young Stress Group. Risk of Suicidal Behavior in Children and Adolescents Exposed to Maltreatment: The Mediating Role of Borderline Personality Traits and Recent Stressful Life Events. *J Clin Med*. 2021; 10: 5293.
<https://doi.org/10.3390/jcm10225293>
 14. Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nat Rev Neurosci*. 2016; 17: 652-66.
<https://doi.org/10.1038/nrn.2016.111>
 15. Hart H, Lim L, Mehta MA, Curtis C, Xu X, Breen G, Simmons A, Mirza K, Rubia K. Altered Functional Connectivity of Fronto-Cingulo-Striatal Circuits during Error Monitoring in Adolescents with a History of Childhood Abuse. *Front Hum Neurosci*. 2018; 12: 7.
<https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00007>
 16. Gunnar MR, DePasquale CE, Reid BM, Donzella B, Miller BS. Pubertal stress recalibration reverses the effects of early life stress in postinstitutionalized children. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2019; 116(48): 23984-88.
<https://doi.org/10.1073/pnas.1909699116>
 17. Yehuda R, Lehrner A. Intergenerational transmission of trauma effects: putative role of epigenetic mechanisms. *World Psychiatry*. 2017; 17(3): 243-57.
<https://doi.org/10.1002/wps.20568>
 18. Humphreys KL. Child maltreatment recurrence points to urgent need to improve systems for identification and prevention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020; 59(10): 1102-04. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.07.005>.