



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y

Neurocirugía de Chile

Chile

Marty M., Carolina; Carvajal A., César

Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez

Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 43, núm. 3, julio-septiembre, 2005, pp. 180-187

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527698002>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez

Childhood maltreatment as a Risk Factor for Posttraumatic Stress Disorder in Adulthood

Carolina Marty M. y César Carvajal A.

There are a variety of factors that determine an individual's susceptibility to developing posttraumatic stress disorder (PTSD). In this paper, we review recent studies on the role of childhood maltreatment in the subsequent development of PTSD, and the possible psychosocial and neurobiological mechanisms mediating this relationship. We found that childhood maltreatment is linked with later development of PTSD. This could be due to insecurity in relationships, alexithimia, or long-term changes in the neurobiological systems involved as a response to the stressful event. The information provided may be clinically relevant in preventing and treating PTSD.

Key words: childhood maltreatment, Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), child sexual abuse, child abuse, childhood mistreated.

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2005; 43(3): 180-187

Introducción

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) fue descrito por primera vez en 1980, en la tercera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM III), aunque debe tenerse en cuenta que las primeras descripciones clínicas provienen de la Grecia clásica. Surge como respuesta a un acontecimiento estresante que causaría, por sí mismo, malestar generalizado en gran parte de las personas expuestas a catástrofes, combates, violaciones, accidentes graves o que son testigos de una muerte violenta^(1,2).

En general, se presenta la tríada sintomatológica de fenómenos invasores, conductas de evitación y síntomas de hiperalerta por al menos un mes⁽³⁾.

La prevalencia del TEPT va entre 0,5 y 10,8% para los hombres y entre 1,3 y 18,3% para las mujeres⁽²⁾. Además, existen grupos de mayor riesgo como los individuos expuestos a situaciones de combate: en Estados Unidos alrededor del 30% de los veteranos de Vietnam experimentaron este trastorno⁽¹⁾. Por lo tanto, este diagnóstico constituye un problema de salud pública por su prevalencia, por afectar de preferencia a población activa, por presentarse tanto en pobla-

Recibido: Abril 2004

Aceptado: Mayo 2005

Departamento Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile.

Los autores no refieren posibles conflictos de interés.

ción general como en combatientes, por la incapacidad que genera y por los altos costos de salud que implica.

No todas las personas expuestas al mismo trauma desarrollan TEPT, por lo que se ha investigado factores que aumenten la vulnerabilidad para desarrollar esta patología. Entre éstos destacan factores demográficos (sexo femenino, bajos niveles de educación e ingresos, ser divorciado o viudo), trastornos psiquiátricos y de personalidad (trastornos afectivos, ansiosos, abuso de sustancias, personalidades evitativas, antisociales o neuróticas), factores cognitivos (bajo nivel intelectual, signos neurológicos blandos), factores biológicos (hiperactivación noradrenérgica, hipofunción del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal), factores genéticos, y exposición previa a sucesos traumáticos, especialmente a edad temprana (maltrato infantil)⁽⁴⁾.

El maltrato infantil se define como todo comportamiento o discurso adulto que transgreda los Derechos del Niño⁽⁵⁾. Dentro de los tipos de maltrato se encuentra:

- **El abuso sexual**, definido como cualquier tipo de actividad sexual con un niño o niña en la cual el agresor está en una posición de poder y el niño se ve involucrado en actos sexuales que no es capaz de comprender o detener.
- **El maltrato físico**, es toda acción no accidental, por parte de un adulto, que provoque daño físico, lesión o enfermedad en el niño (es siempre activo).
- **El maltrato emocional**, que se expresa por medio de insultos, críticas permanentes, ridiculizaciones, rechazo, amenazas, constantes bloqueos de las iniciativas de los niños.
- **Abandono - negligencia**, se refiere a situaciones en que los padres o cuidadores, estando en condiciones de hacerlo, no dan el cuidado y protección que los niños necesitan para su desarrollo.

Se estima que el maltrato infantil sobrepasa el millón y medio de niños afectados al año en Estados Unidos; su prevalencia varía entre 6 y 62%^(6,7). Estudios chilenos muestran porcentajes

similares. Por ejemplo, un estudio realizado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) el año 2000, con una muestra extrapolable a todo el país, demostró que el 73,6% de los niños recibe algún tipo de violencia por parte de sus padres, poco más de la mitad es víctima de violencia física y 25% es víctima de violencia física grave⁽⁸⁾. Este estudio se llevó a cabo mediante un cuestionario autoaplicado en población escolar. De la Barra *et al*, estimaron la prevalencia de maltrato en niños y adolescentes menores de 15 años, en una comuna suburbana de Santiago metropolitano, a partir de la información registrada durante tres meses en escuelas, consultorios, servicios de urgencia, policía y juzgados. Se calculó una tasa de 23,1% de maltrato en educación, 25,3% en salud y 27,1% en justicia⁽⁹⁾.

En el estudio de Florenzano *et al* se estimó la prevalencia de trauma psíquico infantil, mediante el recuerdo anamnéstico, en una población de mujeres hospitalizadas en distintos servicios clínicos de dos hospitales de la Región Metropolitana. De las 159 pacientes encuestadas, 63,1% referían al menos un suceso traumático durante la niñez. La experiencia traumática más frecuentemente recordada fue la separación traumática de alguno de los padres (34%), seguida de castigos físicos (27%)⁽¹⁰⁾.

Por último, de los niños/as vigentes al 30 de junio de 2003 en centros subvencionados por el SENAME, el 43,0% había sido víctima de maltrato infantil. De este último universo, el 14,5% había sido víctima abuso sexual y maltrato físico grave⁽⁵⁾.

En definitiva, la prevalencia de maltrato infantil es muy variable, dependiendo de la población estudiada, los instrumentos usados, el entrevistador, tipos de maltrato buscados y si es recuerdo retrospectivo o situación actual.

El maltrato infantil también tiene consecuencias a largo plazo, en término de mayor incidencia de psicopatología en la adulzete: depresión, trastornos ansiosos, trastornos graves de personalidad, abuso de sustancias, trastornos alimentarios, somatización y TEPT^(11,12).

El objetivo de esta revisión es examinar los

estudios que proporcionan información sobre la relación entre el antecedente de maltrato infantil y el desarrollo de TEPT en la adultez ante nuevos sucesos traumáticos. Además se analizarán los posibles factores psicosociales y neurobiológicos que median esta relación. La información aportada podría tener implicaciones clínicas en la prevención y tratamiento del TEPT.

Metodología

Mediante una revisión bibliográfica se identificaron trabajos que abordaran la relación entre maltrato infantil y TEPT, y por otra parte, trabajos que discutieran factores psicosociales y neurobiológicos que explicaran esta relación.

Los estudios seleccionados fueron localizados mediante internet, utilizando las bases de datos *Medline*, *Google*, *Scielo*, *Academic Search Premier*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, de publicaciones relativamente recientes (1993-2004). Se emplearon como palabras claves: *childhood maltreatment*, *Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)*, *childhood sexual abuse (CSA)* y *childhood trauma*.

Se incluyeron algunos trabajos para el marco conceptual, y estudios que se enfocaran en los objetivos previamente propuestos y con un buen método estadístico (diseño apropiado para el objetivo de la investigación, muestras en lo posible representativas, precisión en la descripción de materiales y métodos, hipótesis bien formuladas). Se excluyeron los trabajos que relacionaban maltrato infantil con TEPT a temprana edad. El diagnóstico de TEPT debía ser realizado según criterios DSM (III-IV). Una limitación fue el amplio concepto de maltrato infantil, por lo que se seleccionaron trabajos que incluyeran abuso sexual, físico o emocional; o abandono de parte de los cuidadores (físico o emocional). Los hechos traumáticos debían haber ocurrido antes de los 16 años.

Relación entre maltrato infantil y TEPT en la adultez

Los estudios que buscan asociación entre mal-

trato infantil y TEPT en la adultez han utilizado como grupos de estudio excombatientes de guerra, poblaciones clínicas y población general. La mayoría de estos estudios fueron realizados en la década de los 90. Aunque cada estudio tiene limitaciones, el patrón de resultados es marcadamente consistente: el TEPT ocurre más frecuentemente en aquellas poblaciones que han experimentado previamente un maltrato infantil. A continuación se revisarán los estudios más destacados:

Estudios en poblaciones militares:

Entre las investigaciones realizadas en excombatientes de guerra, destaca la de Bremner *et al*⁽¹³⁾. En este estudio se incluyeron 38 excombatientes de la Guerra de Vietnam que solicitaron tratamiento para TEPT y 28 veteranos sin TEPT que solicitaron tratamiento para otras enfermedades médicas. Los veteranos de Vietnam con TEPT tenían mayor porcentaje de abuso físico infantil que los veteranos sin TEPT (26% versus 7%), lo cual es estadísticamente significativo. La asociación entre abuso físico infantil y TEPT es independiente del nivel de exposición al combate entre ambos grupos ($p = 0,04$).

En otro estudio se realizó una medición estandarizada de abuso físico infantil en 22 hombres veteranos de guerra, admitidos en un programa de tratamiento para TEPT⁽¹⁴⁾. Se encontró que el 45% de los veteranos con TEPT tenía historia de abuso físico durante su niñez; y hubo correlación positiva entre la historia de abuso físico y la cantidad de síntomas de TEPT. Este estudio sólo representa una aproximación preliminar a la asociación entre abuso infantil y TEPT, pues la muestra es reducida y no cuenta con un grupo control.

Donovan *et al* diseñaron un estudio para investigar la contribución relativa de la exposición al combate y de variables premilitares seleccionadas (ejemplo: abuso físico infantil, abuso de sustancias en la familia de origen, o haber sido criado en una familia disfuncional) en predecir el desarrollo de TEPT y cantidad de síntomas⁽¹⁵⁾. Los sujetos fueron 175 hombres militares de Es-

tados Unidos, que participaron en la Guerra de Vietnam, entre 1964 y 1975. De estos, 93 cumplieron criterios de TEPT. La exposición al combate fue el principal predictor de TEPT. Sin embargo, el abuso físico infantil también fue un predictor significativo. Además, la mayor sintomatología se correlacionó principalmente con la exposición al combate y el abuso físico infantil (20% de la variabilidad de la sintomatología se debió a la exposición al combate y 9% al abuso físico infantil). Estos hallazgos sugieren que el abuso físico infantil y el trauma militar deben ser incluidos en el estudio y tratamiento de pacientes con TEPT crónico.

Estudios en poblaciones clínicas:

Los estudios en pacientes hospitalizados o ambulatorios son escasos, y la mayoría tiene importantes limitaciones metodológicas, como el reducido tamaño de la muestra o la ausencia de grupo control. Sin embargo, cabe destacar el estudio de Carlson *et al*, que incluye 178 pacientes psiquiátricos hospitalizados, con antecedente de abuso infantil. Se encontró que un ambiente disfuncional en la infancia, y el abandono y abuso físico o sexual en la niñez, determinan el 42% de la varianza de los síntomas de TEPT en la adultez⁽¹⁶⁾.

Estudios en población general:

Rodríguez *et al* compararon síntomas de TEPT entre 45 mujeres con historia de abuso sexual infantil y 31 mujeres sin este antecedente. Los resultados indicaron que el 86,7% de las mujeres abusadas en su niñez cumplían criterios para TEPT actual (DSM-III-R), comparado con 19,4% del grupo control, diferencia estadísticamente significativa. El análisis multivariado indicó que tanto el abuso sexual como el físico eran responsables de la varianza de los síntomas de TEPT en forma significativa (45%)⁽¹⁷⁾.

Breslau *et al* estudiaron una muestra representativa de 2.181 individuos en el sureste de Michigan, mediante una entrevista telefónica, para averiguar sucesos traumáticos previos y síntomas de TEPT. El maltrato experimentado an-

tes de los 15 años de edad aumentó el riesgo de TEPT en la adultez (Odds Ratio = 2,06; p = 0,01); comparado con maltrato después de los 15 años (Odds Ratio = 1,77; p = 0,05)⁽¹⁸⁾.

En 1999, Widom presentó un estudio con un diseño del tipo de cohorte prospectivo⁽¹⁹⁾. Su propósito fue describir la dimensión en la cual niños víctimas de abuso y abandono padecían mayor riesgo de desarrollar TEPT por traumas posteriores y determinar si la correlación con TEPT persistía a pesar de controlar variables familiares e individuales. Se recogieron datos de niños abusados y abandonados desde 1967 a 1971 en un área metropolitana, siendo comparados con niños sin abuso con condiciones socioeconómicas, edad, sexo y raza similares, y fueron seguidos prospectivamente hasta su juventud. Después de 20 años, se localizaron 1.196 sujetos (676 casos y 520 controles). Se encontró que la victimización infantil se asoció a mayor riesgo de TEPT, tanto actual como de vida. Alrededor de 37,5% de las víctimas de abuso sexual infantil (32,7% de los abusados físicamente y 30,6% de los abandonados en su niñez) cumplieron criterios DSM-III-R para TEPT alguna vez en su vida, comparado con 20,4% del grupo control (diferencia estadísticamente significativa). Así se concluyó que las víctimas de abuso (sexual y físico) y abandono infantil tienen mayor riesgo de desarrollar TEPT.

También se ha investigado la influencia de la edad del abuso, mediante un estudio en 65 mujeres de un área metropolitana, que tenían historia de abuso sexual. De estas, 38 tenían abuso sexual temprano (12 años y menos) y 27 abuso más tardío (mayores de 12 años). Los diagnósticos de TEPT y personalidad límitrofe fueron significativamente mayores en las mujeres con abuso temprano (94,7%), en contraste con las que presentaban abuso sexual tardío (0%) (p < 0,0001). Este fue el primer estudio que dio cuenta empíricamente del grado de sobreposición de trastorno de personalidad límitrofe y TEPT en un grupo de mujeres abusadas sexualmente⁽²⁰⁾.

Briggs y Joyce se investigaron que experiencias de maltrato en la infancia se asociaban con mayor sintomatología de TEPT en la adultez.

Concluyeron que el TEPT es uno de los efectos a largo plazo del abuso sexual infantil, y que las mujeres que informan haber sufrido múltiples episodios de abuso que implicaron relación coital presentaban un incremento en los síntomas de TEPT⁽²¹⁾.

Factores que median la relación entre maltrato infantil y TEPT

Cuando se analiza la relación entre maltrato infantil y TEPT en la adultez, surgen varias interrogantes: ¿Es el maltrato infantil un factor causante de TEPT?, y si es así, ¿cuál sería el mecanismo fisiopatogénico?

Widom encontró una asociación entre abuso infantil y TEPT, y estableció que la relación entre victimización infantil (sea en la forma de abuso o abandono) y TEPT persistía incluso después de controlar otros factores (familiares, individuales y del estilo de vida) que también contribuyen al mayor riesgo de TEPT⁽¹⁹⁾.

A continuación se presentarán algunos factores psicosociales y neurobiológicos que pueden explicar la forma por la cual el maltrato infantil causaría una mayor susceptibilidad al TEPT ante sucesos traumáticos posteriores.

Factores psicosociales:

Zlotnick *et al* estudiaron en 252 pacientes psiquiátricos ambulatorios la relación entre TEPT, maltrato infantil y alexitimia (déficit en la identificación, comunicación, procesamiento cognitivo y elaboración de los afectos)⁽²²⁾. Se encontró mayor porcentaje de alexitimia en pacientes con TEPT, lo que no se puede explicar por el nivel educacional ni la personalidad límitrofe. A su vez, los sujetos con antecedente de abandono emocional y físico presentaron cifras mayores de alexitimia respecto a los que carecían de estos antecedentes.

Se ha postulado que los niños internalizan la información al interactuar con sus cuidadores, y de esta manera forman la naturaleza de sus futuras relaciones. Se estudió la relación entre los tipos de vínculo y TEPT en un grupo de 66 adultos

con antecedente de abuso infantil y se encontró que el 76% de los participantes tenía vínculos inseguros. Además este tipo de vínculo se crea en la niñez y se asocia a incapacidad de regular los afectos, proporcionando parte de la vulnerabilidad de desarrollar TEPT u otro trastorno psiquiátrico⁽²³⁾.

Factores neurobiológicos:

La investigación de las bases neurobiológicas del TEPT está en pleno desarrollo, incluye el uso de imágenes cerebrales funcionales, nuevos sistemas de investigación de factores neuroendocrinos (eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y tiroideo), neuroquímicos (noradrenalina, serotonina y opioides endógenos) y neuroinmunológicos.

Los estudios de TEPT se han focalizado en dos sistemas biológicos: el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) y el sistema nervioso simpático. Tanto la depresión como el TEPT están asociados a hiperactividad de ambos sistemas; sin embargo y, a diferencia de la depresión, el TEPT se asocia con niveles de cortisol normales o bajos, a pesar de la hipersecreción de CRH (hormona liberadora de corticotropina)⁽²⁴⁾.

La exposición precoz a una situación de estrés puede traducirse en cambios a largo plazo en los sistemas neurobiológicos que están involucrados en la respuesta al estrés⁽⁶⁾. Durante el desarrollo las catecolaminas son importantes para determinar las propiedades funcionales de las neuronas maduras, lo que incluye cambios en la densidad de receptores. Un niño en un ambiente de abuso o abandono podría desarrollar un sistema catecolaminérgico desorganizado, haciéndolo más susceptible al desarrollo de signos y síntomas más graves cuando se exponga a traumas a lo largo de la vida⁽⁶⁾.

Distintos estudios han indicado que los sucesos traumáticos en la niñez también se asocian con cambios persistentes en el eje HHA. Newport *et al* determinaron que la alteración de la retroalimentación de este eje media las secuelas neuroendocrinas en el maltrato infantil⁽²⁵⁾. Se aplicó la prueba de supresión con dexametasona a mujeres con historia de abuso infantil (n = 19), mujeres con TEPT y abuso infantil (n = 16), mujeres con

TEPT sin abuso ($n = 10$), y mujeres sin enfermedad mental y sin historia de abuso infantil ($n = 19$). Las mujeres con TEPT e historia de abuso infantil tuvieron mayor supresión de cortisol que los otros grupos, y mayor supresión de ACTH que las voluntarias sanas con o sin abuso. Se concluyó que la supresión de cortisol fue evidente en las pacientes con TEPT que habían sido abusadas en su niñez, pero no en las pacientes sanas con historia de abuso. Esto indica que el aumento de la retroalimentación del eje HHA es una consecuencia variable del maltrato infantil, pero está más relacionado a enfermedad en sujetos que han sido víctimas de trauma durante su niñez.

Los resultados de neuroimágenes, tanto de Resonancia Nuclear Magnética (RNM) como de Tomografía por Emisión de Positrones (PET) indican que los pacientes con TEPT tienen reducción significativa del volumen y actividad metabólica del hipocampo comparado con los controles. Bremner *et al* realizaron un estudio en que se comparó, mediante RNM, el volumen del hipocampo de adultos con antecedente de abuso infantil y de controles. Todos los pacientes con abuso infantil cumplieron criterios para TEPT, entre ellos se encontró disminución del volumen del hipocampo izquierdo en un 12% con respecto a los controles⁽²⁶⁾. Este hallazgo continuó siendo significativo luego de controlar la edad, consumo de alcohol y nivel educacional. Se cree que los sucesos traumáticos producen liberación de neurotransmisores tóxicos que probablemente provocan daño neuronal irreversible, lo que podría explicar la mayor vulnerabilidad a TEPT y a otras patologías psiquiátricas.

Mediante PET, Bremner *et al* encontraron disfunciones en otras áreas cerebrales (corteza prefrontal y corteza de asociación visual) en mujeres con TEPT y antecedente de abuso infantil⁽²⁷⁾. No se sabe si estas alteraciones son causa o consecuencia del TEPT, pero se plantea que un suceso traumático en la niñez, sería capaz de producir alteraciones funcionales y anatómicas en distintas áreas cerebrales, modificando sistemas relacionados con la memoria y afectividad, entre otros, desarrollándose así una vulnerabilidad al TEPT.

Discusión y Conclusiones

La distinta vulnerabilidad para desarrollar TEPT ha motivado a los investigadores a estudiar factores de riesgo; uno de estos es el maltrato infantil.

A pesar que los estudios presentados en esta revisión tienen algunas limitaciones, el patrón de resultados es marcadamente consistente: el TEPT ocurre más frecuentemente en aquellas poblaciones que han experimentado previamente un maltrato infantil, lo que sugiere que el maltrato infantil puede tener un rol en la evolución o en la mayor vulnerabilidad al TEPT.

Dentro de las limitaciones de algunos estudios está el no haber investigado otras patologías psiquiátricas, no habiendo manera de discernir si la comorbilidad puede afectar los resultados de la investigación. Otra limitación potencial es que los maltratos infantiles se basaron en lo señalado por cada sujeto, lo que probablemente limita su veracidad. El antecedente de maltrato infantil en futuros estudios se podría evaluar mediante una entrevista psiquiátrica o con familiares. Los problemas metodológicos son prácticamente inevitables, debido a las diferencias en las definiciones (por ejemplo, de abuso sexual), en el tamaño de las muestras, en el uso frecuente de aproximaciones retrospectivas, y en el análisis estadístico limitado de los resultados. El desarrollo de aproximaciones prospectivas y de instrumentos válidos y confiables para la valoración del amplio rango de maltrato infantil podría ayudar a mejorar las investigaciones posteriores. Otra dificultad metodológica es el hecho que a menudo coexisten otros factores en el niño que son predictores independientes de trastornos mentales en la adultez, como por ejemplo, factores demográficos (bajo nivel de educación e ingreso), comorbilidad psiquiátrica (trastornos afectivos, ansiosos, trastornos de personalidad, abuso de sustancias), comorbilidad médica (limitaciones físicas, accidentes, quemaduras) y factores genéticos, entre otros.

Parece importante destacar que no sólo el abuso sexual o físico son importantes factores de riesgo

para TEPT. El abandono, ya sea físico o emocional, puede pasar más desapercibido que un abuso sexual; sin embargo, su asociación con TEPT es alta.

En cuanto a los factores psicosociales, se puede concluir que el maltrato infantil causaría una alteración en la regulación de los afectos, lo que facilitaría la expresión de un TEPT en respuesta a un trauma. Aunque son necesarias más investigaciones, se debe tener en cuenta esta disregulación de los afectos para el tratamiento del TEPT.

Los estudios de neurobiología sugieren que la exposición al estrés en edades tempranas puede resultar en cambios a largo plazo en los sistemas involucrados en la respuesta al estrés. Sin embargo, permanece en duda si muchas de las alteraciones neurobiológicas observadas son una consecuencia directa del TEPT, o de adaptaciones al trauma independientemente de la enfermedad. En el futuro, las investigaciones neurobiológicas en

el TEPT deberán centrarse en la integración de todos estos datos, y así proponer nuevas alternativas de tratamiento.

Finalmente, se puede concluir que la información presentada podría tener muchas implicaciones clínicas, por ejemplo en prevención y tratamiento del TEPT. Si el maltrato infantil contribuye significativamente al desarrollo de TEPT, entonces es importante que se investigue activamente y se realicen intervenciones para minimizar el impacto de las experiencias de abuso, idealmente de forma preventiva para evitar la aparición de TEPT. Se hace necesario contar con estudios futuros que aclaren la relación entre maltrato infantil y TEPT, cuya metodología incluya definiciones claras, muestra adecuada y extrapolable a la población, estadística atingente, instrumentos válidos y confiables y, en lo posible, una aproximación prospectiva (ejemplo: seguimiento a largo plazo de niños maltratados).

Resumen

Existen varios factores que determinan la distinta vulnerabilidad de los individuos para desarrollar un trastorno por estrés postraumático (TEPT). En este trabajo se revisan estudios recientes sobre el rol del maltrato infantil en el desarrollo de TEPT, y los posibles mecanismos neurobiológicos y psicosociales que median esta relación. Se encuentra que el maltrato infantil guarda relación con el desarrollo posterior de TEPT. Esto podría deberse a la formación de vínculos inseguros, alexitimia, o a cambios a largo plazo de los sistemas neurobiológicos involucrados en la respuesta al estrés. La información aportada podría tener muchas implicaciones clínicas en la prevención y tratamiento del TEPT.

Palabras clave: maltrato infantil, Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), abuso sexual infantil, trauma infantil.

Referencias

1. Florenzano R, Carvajal C, Weil K. Psiquiatría. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 1999
2. Carvajal C. Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2002; 40: 20-34
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed: DSM-IV. Washington DC: American Psychiatric Press, 1994
4. Halligan S, Yehuda R. Risk Factors for PTSD. PTSD Research Quarterly 2000; 11: 1-8
5. Gobierno de Chile. Servicio Nacional de Menores

- (SENAM). Maltrato infantil. Disponible en URL: http://www.sename.cl/interior/maltrato/f_sub_portada.html
6. Murburg M. Catecholamine Function in Post Traumatic Stress Disorder: Emerging Concepts. Washington DC: American Psychiatric Press, 1994
 7. Astbury J, Cabral M. Women's Mental Health: an evidence based review. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence of the World Health Organization, 2000
 8. Larraín S, Vega J, Delgado I. Estudio Comparativo sobre Maltrato Infantil: 2000-1994. Santiago de Chile: UNICEF, 2000
 9. De la Barra F, Rodríguez J, Alvarez P, Vergara A, Toledo V. Maltrato infantil y juvenil en una comuna Santiago. Parte I: estimación de la prevalencia. Rev Chil Pediatr 1998; 69: 126-131
 10. Florenzano R, Weil K, Cruz C, Acuña J, Fullerton C, Muñiz C, *et al.* Personalidad límitrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico. Rev Chil Neuro-Psiquiatr 2002; 40: 335-340
 11. Tennant C. Life-event stress and psychiatric illness. Curr Opin Psychiatry 1994; 7: 207-212
 12. MacMillan H, Fleming J, Streiner D, Lin E, Boyle M, Jamieson E, *et al.* Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. Am J Psychiatry 2001; 158: 1878-1883
 13. Bremner J, Southwick S, Johnson D, Yehuda R, Charney D. Childhood physical abuse and combat-related posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. Am J Psychiatry 1993; 150: 235-239
 14. Zaidi L, Foy D. Childhood abuse experiences and combat-related PTSD. J Trauma Stress 1994; 7: 33-42
 15. Donovan B, Padin-Rivera E, Dowd T, Blake D. Childhood factors and war zone stress in chronic PTSD. J Trauma Stress 1996; 9: 361-368
 16. Carlson E, Dalenberg C, Armstrong J, Daniels J, Loewenstein R, Roth D. Multivariate prediction of posttraumatic symptoms in psychiatric inpatients. J Trauma Stress 2001; 14: 549-567
 17. Rodríguez N, Ryan SW, Vande Kemp H, Foy DW. Posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse: a comparison study. J Consult Clin Psychol 1997; 65: 53-59
 18. Breslau N, Chilcoat H, Kessler R, Davis G. Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit area survey of trauma. Am J Psychiatry 1999; 156: 902-907
 19. Widom CS. Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. Am J Psychiatry 1999; 156: 1223-1229
 20. McLean L, Gallop R. Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry 2003; 160: 369-371
 21. Briggs L, Joyce P. What determines post-traumatic stress disorder symptomatology for survivors of childhood sexual abuse? Child Abuse Negl 1997; 21: 575-582
 22. Zlotnick C, Mattia J, Zimmerman M. The relationship between posttraumatic stress disorder, childhood trauma and alexithymia in an outpatient sample. J Trauma Stress 2001; 14:177-188
 23. Muller R, Socoli L, Lemieux K. Relationship between attachment style and posttraumatic stress symptomatology among adults who report the experience of childhood abuse. J Trauma Stress 2000; 13:321-332
 24. Newport J, Nemeroff C. Neurobiology of post-traumatic stress disorder. Curr Opin Neurobiol 2000; 10:211-218
 25. Newport J, Heim C, Bonsall R, Miller A, Nemeroff C. Pituitary-adrenal responses to standard and low-dose dexamethasone suppression tests in adult survivors of child abuse. Biol Psychiatry 2004; 55: 10-20
 26. Bremner JD, Randall P, Vermetten E, Staib L, Bronen RA, Mazure C, *et al.* Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse-a preliminary report. Biol Psychiatry 1997; 41: 23-32
 27. Bremner JD, Narayan M, Staib L, Southwick S, McGlashan T, Charney D. Neural correlates of memories of childhood sexual abuse in women with and without posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry 1999; 156: 1787-1795

Correspondencia:

Carolina Marty M.

Louisiana 1152, Vitacura. Santiago de Chile.

Código postal: 6681440

E-mail: caromarty@yahoo.com.

Teléfono: (56-2) 212 4335