

ÉTICA

Violencia y Estrés Infantil: Implicancias en el Desarrollo.

Violence and Stress during Childhood: Implications in Child's Development.

Aníbal Del Águila Escobedo¹

RESUMEN

El incremento de la violencia infantil en todos los niveles sociales y económicos es alarmante y preocupa de manera creciente al conjunto de la sociedad y también a la profesión médica por sus potenciales consecuencias negativas a lo largo de la vida de los niños que la padecen. La interacción con el entorno y las experiencias estresantes son determinantes en el desarrollo del niño desde el primer día de su formación en el vientre materno y a lo largo de la infancia. En las últimas décadas varios trabajos de investigación han puesto en evidencia la asociación entre violencia y estrés en los primeros años de vida con efectos sobre la estructura y función cerebral, alteraciones psiquiátricas, cognitivas y afectivas, abuso de drogas y alcohol, así como a enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2 en la edad adulta. El inaceptable elevado número de niños expuestos a violencia y estrés en la vida temprana en nuestra sociedad urge tomar acciones para disminuir el riesgo de que un menor se convierta en víctima y prevenir las graves consecuencias neurobiológicas, físicas, mentales y emocionales a corto y largo plazo. Esto requiere la elaboración de programas de prevención y de ayuda para el elevado número de víctimas. Hay que tener en cuenta que la pobreza en que vive una proporción significativa de nuestra población infantil constituye una forma de violencia importante. La familia, como el entorno primario responsable de su protección y sano desarrollo, desempeña un rol crucial en la prevención y la restauración del niño que experimenta violencia a temprana edad.

Palabras claves: violencia, estrés, desarrollo infantil

SUMMARY

The increase of violence against children in all social and economical levels is alarming and increasingly concerned the entire society and the medical profession for their potential negative consequences throughout the life of children who suffer from it. The interaction with the environment and stressful experiences are crucial to child's development from the beginning of his life in maternal womb and during childhood. In recent decades, several researches have shown the association between violence and stress in early life with effects on brain structure and function, psychiatric, cognitive and affective disorders, drug and alcohol abuse, as well as cardiovascular diseases and type 2 diabetes in adult life. The unacceptably high number of children

exposed to violence and stress in our society urges the need to take actions and reduce the risk of a child from becoming a victim and to prevent the serious neurobiological, physical, mental and emotional short and long term consequences. This requires the elaboration of prevention and support programs for the high number of victims. It should be noted that poverty in which a significant proportion of our children live is an important form of violence. The family, as the child's primary environment, responsible for their protection and healthy development, plays a crucial role in the prevention and the restoration of the child who experiences violence early in life.

INTRODUCCIÓN

La violencia, y los elevados niveles de estrés que ésta genera, contra niñas, niños y adolescentes concita cada vez más la atención por la frecuencia con que es reportada en los medios, y preocupa de manera creciente con justificada razón al conjunto de la sociedad. Se ha incrementado en forma alarmante en los últimos años en todos los niveles económicos y sociales, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo.

La violencia contra niñas, niños y adolescentes se manifiesta de diferentes formas (física, verbal, afectiva, psicológica, social, sexual, negligencia, falta de alimentos, etc.) y está presente en casi todos los ámbitos de la sociedad como la familia, la escuela, el barrio, las calles, orfanatos, centros juveniles y otros ámbitos de desarrollo y desenvolvimiento de niñas, niños y adolescentes. Pero la violencia que se desarrolla en el seno del hogar, el lugar supuestamente más seguro para un niño, que ejercen los padres, familiares cercanos y otros niños y niñas es la más extendida, la más frecuente y la más grave por realizarse de manera continua. En los países de la región andina el maltrato está incorporado en las pautas de crianza de los padres que ignoran al niño como persona y utiliza la violencia como medida de control⁽²⁾. En muchos casos, los adultos reproducen las formas de castigo que recibieron en su propia infancia, donde el maltrato y la violencia formaron parte de su vida cotidiana, contra sus propios hijos, conformándose el círculo de violencia que se transmite de generación a generación.

En el Perú, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2012⁽³⁾ reporta que la reprimenda verbal es la forma de maltrato más utilizada por los padres (77%), siendo significativamente mayor este porcentaje en madres sin educación (83.3%), en el quintil inferior de riqueza (81.9%), en el área rural (81.3%), y en los departamentos de Huancavelica y Puno (93,3% y 92,2% respectivamente). Los golpes y castigos físicos fueron utilizadas como una forma de corrección a sus hijos en el 32.7% de las madres encuestadas. Este porcentaje es de manera importante mayor en madres sin educación (47.7%), en aquellas ubicadas en el quintil inferior de riqueza (45.6%), en el área rural (42.7%), en la selva (50.1%) y en los departamentos de Amazonas

(58%), Huánuco (56.8%), Ayacucho (52,8 por ciento) y San Martín (52.7%). Aunque la violencia infantil ocurre en todos los niveles socioeconómicos, estos datos muestran que la mayor incidencia de violencia infantil se produce en lugares de alta pobreza, exclusión social y bajo nivel educativo. Esta encuesta revela igualmente que el 61.1% de las mujeres entrevistadas fueron golpeadas por sus padres. Estas mujeres corrigen a sus hijos de la misma manera en que fueron corregidas por sus padres. Además, los niños/as que han sufrido maltrato infantil permiten cuando son adultos que se siga ejerciendo violencia contra ellas/os. En el Perú, de acuerdo a un estudio publicado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2006)⁽⁴⁾, el 41% de mujeres reconocían seguir siendo golpeadas por sus parejas.

Entre las causas de violencia en el hogar se encuentran el autoritarismo familiar, la inequidad de género que hace que se desvalore al niño/a en razón de su género, y la disciplina que los padres ejercen sobre sus hijos en la que predomina la imposición y la falta de diálogo. El divorcio o la separación de los padres, la enfermedad mental o conducta criminal de uno de ellos constituyen igualmente una situación fuertemente estresante para el niño. Expresiones sociales graves de violencia infantil lo constituyen también el abuso, la explotación, el abandono, la discriminación, la trata de niñas y niños y la pobreza.

¿Cuáles son las consecuencias a corto y largo plazo de la violencia y el estrés experimentados durante una etapa tan vulnerable del desarrollo como es la infancia?

Todos los seres vivos están expuestos al estrés en diferentes grados producto de su interacción con el entorno donde se desarrolla. Este es una respuesta fisiológica del organismo frente a los estímulos físicos o psíquicos que constituyen una exigencia sobre él y que involucra procesos normales o saludables de adaptación (eustrés) mediante la *allostasis*¹ así como anormales o *distrés*. El *distrés* puede ser emocional o físicamente amenazador, severo, prolongado, impredecible e incontrolable exigiendo más allá de sus capacidades al individuo, con implicancias negativas sobre su condición de salud.

¹ Allostasis es el proceso de adquirir estabilidad, o restablecer la homeostasis (constancia del medio interno), ante las condiciones cambiantes del entorno a través de cambios fisiológicos o conductuales, con el fin de mantener la viabilidad interna. Este concepto entiende la existencia de los sistemas nervioso, endocrino, e inmune en un estado de fluidez permanente en respuesta a las demandas del entorno, y sugiere que tanto la homeostasis y la allostasis son sistemas endógenos responsables del mantenimiento de la estabilidad interna de un organismo.

Los individuos difieren en su vulnerabilidad ante el estrés. La respuesta frente a la situación estresante estará determinada por su percepción y por los recursos con que cuenta cada individuo. Igualmente, la resistencia a las experiencias desestabilizadoras variará en cada individuo. Ésta depende de un factor genético y de un factor adquirido. El primero está íntimamente ligado a la constitución del individuo. El segundo se forma en la interacción con el entorno desde su formación en el vientre materno en etapas tempranas de la vida.

Hay que señalar que la interacción con el entorno y las experiencias estresantes son determinantes en el desarrollo del niño desde el primer día de su formación en el vientre materno⁽¹⁾, así como lo son durante los primeros años de vida. Esta interacción, particularmente con la madre quién en los primeros meses de vida contiene las reacciones primarias del niño, posibilita su adaptación al medio ambiente y su sano desarrollo. Un entorno temprano favorable conducirá al desarrollo de un individuo sano; por el contrario, un entorno temprano carente u hostil ocasionará alteración del desarrollo y un mayor riesgo de enfermedades físicas y mentales.

Desde el punto de vista de las teorías del aprendizaje las primeras percepciones infantiles determinarán como han de ser percibidos los sucesos posteriores de la vida, formándose también las pautas de respuestas psicofisiológicas que se repetirán posteriormente ante estímulos similares⁽⁵⁾. Cuando la experiencia temprana es anormalmente estresante, se crean pautas fisiológicas anómalas, cuya repetición en etapas más tardías puede dar lugar a alteraciones patológicas, tanto físicas como mentales⁽⁶⁾.

El estrés crónico tiene particular relevancia cuando éste se presenta en los primeros estadios de la vida y durante la infancia por sus consecuencias a largo plazo. El estrés severo que ocurre en etapas tempranas de la vida ha sido asociado a cambios permanentes en el eje endocrino Hipotálamo-Pituitaria-Glándula Adrenal (eje HPA) y en varios sistemas de neurotransmisores (norepinérgicos, dopaminérgicos, serotoninérgico s, GABA/benzodiacepina), y en consecuencia, a alteración de la respuesta fisiológica al estrés^(7,8). La alteración de esta respuesta supone un fracaso en la capacidad de allostasis del individuo⁽⁹⁾. La desregulación del eje HPA resulta en una respuesta diferenciada y variable en cada individuo frente a factores estresantes en la adultez. Esta puede implicar dificultades en la víctima para

autorregular sus estados afectivos y controlar su propia conducta. Se ha observado que individuos con depresión y otros trastornos psiquiátricos, con historia de maltrato o abuso infantil, se caracterizan a menudo por la hiperactividad del eje HPA^(10, 11, 12, 13). Episodios frecuentes o prolongados de abandono durante la infancia conducen a que el estrés sea parte de la personalidad del adulto. Además, la sensibilización temprana de este eje y de la respuesta autónoma al estrés aumenta el riesgo de desarrollar determinados trastornos psiquiátricos, tales como depresión, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, desorden bipolar, déficit de atención/hiperactividad, trastorno límite de la personalidad, desorden de identidad disociativa, propensión al suicidio y al abuso de drogas y de alcohol, especialmente tras la vivencia de otros estresores añadidos en la edad adulta^(14, 15, 16). La estrecha relación entre la calidad de la vida temprana y la salud mental en la edad adulta es una certeza desde hace mucho tiempo⁽¹⁷⁾.

La experiencia de violencia y maltrato infantil ha sido asociada también a alteraciones en la estructura del cerebro. Los efectos del estrés en etapas tempranas de la vida son particularmente graves en el desarrollo de las áreas del cerebro sensibles al estrés, que durante la infancia se encuentran en un momento de máxima sensibilidad. La alteración de los sistemas de respuesta al estrés noradrenérgicos, de glucocorticoides, y el de vasopresina-oxitocina tienen efectos sobre la neurogénesis, la sobreproducción y eliminación de las sinapsis y sobre la mielinización durante los períodos sensibles específicos. Esto puede conllevar cambios neurobiológicos muy duraderos o permanentes tales como reducción en el tamaño de las porciones medias del cuerpo calloso, desarrollo disminuido de la neocorteza izquierda, el hipocampo y la amígdala cerebral, además de actividad eléctrica anormal frontotemporal y actividad funcional reducida del vermis cerebelar⁽¹⁸⁾. Un estudio evaluó el tamaño del cuerpo calloso por resonancia magnética de 51 niños admitidos por desorden psiquiátrico, de los cuales 28 habían sufrido abuso o negligencia⁽¹⁹⁾. Al compararlos con 115 niños sanos encontró que el área de cuerpo calloso de los niños con abuso o negligencia fue 17% más pequeña que en los niños sanos y 11% más pequeño que en los pacientes psiquiátricos que no habían recibido abuso o negligencia. Sus autores señalan que la negligencia fue el factor estresante más fuerte y estuvo asociado con una reducción del 15 a 18% en las áreas 3, 4, 5 y 7 del cuerpo calloso. El estudio de DeBellis y sus

colaboradores⁽²⁰⁾ con víctimas de maltrato infantil, incluyendo abuso sexual, reveló un menor tamaño intracraneal (7%) y cerebral (8%) en los individuos con historia de maltrato infantil que en individuos de grupo control. Sus resultados indican que el volumen cerebral se correlaciona positivamente y de forma significativa con la edad de inicio del maltrato (cuanto menor es la edad en que se recibe maltrato menor es el tamaño cerebral), y negativamente con la duración de este maltrato (cuanto más duradero es el maltrato menor es el tamaño del cerebro). Otros estudios muestran hallazgos similares con algunas variantes: diferencias de género siendo los varones los más afectados⁽²¹⁾, menor tamaño del córtex cingulado anterior y del núcleo caudado de aproximadamente 2% a 5% en los adultos víctimas de acontecimientos traumáticos en la infancia⁽²²⁾, y disminución del volumen de materia gris entre un 13% y 18% en la zona del córtex visual primario y del córtex de asociación visual tanto derecho como izquierdo en mujeres víctimas de abuso sexual en la infancia, correlacionada positivamente con la duración del abuso⁽²³⁾. De las observaciones de estos estudios se desprende que las experiencias fuertemente estresantes de maltrato durante la niñez están asociadas a alteraciones importantes de la arquitectura cerebral.

Otros estudios describen como el maltrato infantil, y particularmente el abuso sexual, afectan no solo el desarrollo de diferentes estructuras cerebrales, sino como estas estructuras se comunican entre ellas y su funcionamiento en situaciones de condicionamiento y aprendizaje. Al comparar una muestra de mujeres que habían padecido alguna forma de abuso o agresión sexual en diferentes épocas de su vida con una muestra de mujeres sin esta historia, se encontró una conectividad reducida entre diferentes estructuras límbicas y una hiperactivación de la amígdala⁽²⁴⁾.

Varios trabajos han constatado además la existencia de deficiencias neuropsicológicas en víctimas de maltrato y abuso sexual infantil. Se ha descrito en estas víctimas alteración de funciones cognitivas básicas, como memoria, atención, aprendizaje, y de funciones afectivas, como regulación de la emoción y procesamiento de los estímulos afectivos y sociales^(25, 26, 27, 28).

Por todo lo mencionado es de esperar que la experiencia de estrés en la vida temprana conduzca a la presencia de niveles altos de inflamación, y sus

consecuencias en la adultez⁽²⁹⁾. En un estudio de seguimiento de 32 años realizado a 1000 recién nacidos⁽³⁰⁾ se observó al término del seguimiento que aquellos individuos con depresión e historia de maltrato infantil durante la primera década de la vida (3-11 años de edad) tuvieron el doble de niveles altos y relevantemente clínicos de PCR ultrasensible (Proteína C Reactiva: un marcador bioquímico de inflamación) en comparación con individuos con depresión pero sin historia de maltrato infantil. Los individuos con depresión e historia de maltrato infantil de este estudio tuvieron también más probabilidades de experimentar múltiples episodios depresivos, de crecer en familias de bajo nivel socioeconómico, de bajo nivel socioeconómico en la edad adulta, y de adquirir el hábito de fumar, en relación a individuos con depresión pero sin historia de maltrato infantil. Se observó en este estudio que a la edad de 32 años, el maltrato infantil fue el antecedente más común en aquellos individuos con depresión que en aquellos sin depresión. El estudio concluye que es muy importante identificar a aquellos individuos con depresión que tienen historia de maltrato infantil porque los niveles elevados de inflamación son un fuerte factor de riesgo para la presentación de diferentes enfermedades, particularmente enfermedades cardiovasculares.

Otro estudio longitudinal prospectivo, de 1037 niños hasta la edad adulta, muestra resultados similares⁽³¹⁾. Los niños expuestos a experiencias psicosociales adversas (desventaja socioeconómica, maltrato o aislamiento social) en la primera década de sus vidas tuvieron un riesgo elevado de depresión, de elevados niveles de inflamación y de la conjunción de factores de riesgo metabólico (sobrepeso, hipertensión arterial, colesterol total elevado, bajos niveles de colesterol HDL, hemoglobina glicosilada elevada, y bajos niveles de consumo máximo de oxígeno). Tanto la depresión como la inflamación y los factores de riesgo metabólico indican un funcionamiento anormal de los sistemas sensibles al estrés (principalmente los sistemas nervioso, inmune y endocrino), y un riesgo incrementado de presentar enfermedades relacionadas a la edad como enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y demencia. Estos resultados apoyan la teoría de que condiciones adversas durante los períodos de desarrollo temprano de la vida pueden dar lugar a diferencias individuales en la vulnerabilidad a trastornos relacionados al estrés

² Este estudio considero maltrato infantil a: (1) exposición a rechazo materno (2) exposición a disciplina severa (3) exposición a cambios perjudiciales de la persona a cargo del niño (4) exposición a abuso infantil y (5) exposición a abuso sexual.

durante toda la vida⁽³²⁾. Este estudio, al igual que los anteriores, confirma el hecho de que la experiencia de estrés en etapas tempranas de la vida ocasiona alteraciones que afectan el curso de toda la vida.

Un hecho importante es que las alteraciones en la estructura y neurofisiología cerebral asociadas a acontecimientos traumáticos durante etapas específicas del desarrollo pueden ser mediados por alteraciones en los patrones de metilación de algunos genes, especialmente de aquellos relacionados con la respuesta al estrés. Se han descrito alteraciones en la activación del ADN, produciendo cambios permanentes en la expresión de determinados genes tanto en animales⁽³³⁾ como en seres humanos⁽³⁴⁾. En pruebas de laboratorio, la metilación del ADN altera la expresión del receptor de glucocorticoides a través de la modificación de la estructura de la cromatina⁽³⁵⁾. Igualmente, la estimulación debida a estrés ocasiona alteración permanente de la estructura del gen que codifica la hormona vasopresina, implicada en las reacciones de estrés⁽³⁶⁾. Esta alteración provoca la sobreexpresión de este gen en ciertas neuronas del hipotálamo, una región del cerebro implicada en la regulación de las respuestas de estrés. Los genes implicados en la plasticidad neuronal han sido encontrados los más significativa y diferencialmente metilados en individuos con historia de maltrato infantil⁽³⁷⁾. Estos hallazgos confirman que la adversidad infantil está asociada con alteraciones epigenéticas en los promotores de varios genes, particularmente de las neuronas del hipocampo. Este hecho demuestra que a pesar de la estabilidad inherente del ADN éste puede sufrir modificaciones estructurales ocasionadas por su interacción con el medio ambiente, un hecho biológica y clínicamente relevante.

Dentro de los tipos de maltrato infantil, el abuso sexual es uno de los que produce los efectos psicológicos más importantes y perdurables en sus víctimas, afectando todas las áreas de sus vidas, tanto en la infancia como en la edad adulta^(38, 39,40). Es uno de los tipos de maltrato infantil más tardíamente estudiado y que se ha revelado últimamente más frecuente de lo que se hubiera pensado. Tomando en conjunto los hallazgos de dos revisiones sistemáticas^(41,42), la prevalencia de abuso sexual infantil en 28 países varía de 0 a 53% en mujeres y de 0 a 60% en hombres, constatando la amplia extensión de este serio problema. En América latina, 1 de cada 5 niños son abusados por un familiar cercano; en más del 50% hay evidencias de situaciones incestuosas; el 80%

son amigos, vecinos o parientes⁽⁴³⁾. En el Perú, un estudio poblacional en Lima Metropolitana y en el departamento de Cusco reporta una prevalencia de abuso sexual contra niñas del 19,5%⁽⁴⁴⁾. A pesar de la gravedad de la situación, sólo se llegan a denunciar entre el 30 y el 40% del total de abusos sexuales que ocurren⁽⁴⁵⁾. Un informe de la ministra de Desarrollo de la Mujer y el Niño de la India en el 2007 reveló que sólo un 25% de los menores que padecen violencia sexual lo revelan y, entre esos casos, sólo un 3% de las víctimas o sus familias presentan una denuncia formal ante la policía⁽⁴⁶⁾. Estas alarmantes cifras resultan más terribles cuando se toman en cuenta los cientos o miles de niños y niñas que no han podido denunciar lo que les pasa, que aún permanecen ocultos bajo el miedo o terror a sus agresores y que viven escondiendo su pena por una pesadilla que no tiene cuando acabar. Entre otras razones, estas cifras pueden estar subestimadas porque el niño/a no pide ayuda por temor al agresor, porque no se le cree al niño/a, y si se comprueba el abuso, por el estigma que sufre la víctima y la familia y por la inoperancia y falta de confianza en las autoridades. Por ello prefieren guardar silencio para proteger el "honor" familiar.

La evidencia sugiere que el abuso sexual constituye un serio problema por sus graves secuelas a corto y largo plazo. Es posible que la víctima no desarrolle problemas aparentes durante la infancia y que éstos aparezcan como problemas nuevos en la adultez. La frecuencia y duración del abuso, el abuso con penetración y el uso de fuerza o violencia, parecen ser los factores más perjudiciales en términos de efectos a largo plazo en el niño⁽⁴⁷⁾. Una revisión reciente de 34 estudios publicados entre 1999 y 2010⁽⁴⁸⁾ sobre las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil encontró alteraciones neuroendocrinas (incremento en la concentración urinaria de dopamina, noradrenalina, adrenalina y cortisol e incremento de la secreción de cortisol), estructurales (menor tamaño intracraneal y cerebral, menor volumen del cuerpo calloso, menor volumen del hipocampo y la amígdala cerebral, menor volumen de materia gris en la corteza visual primaria y la corteza de asociación visual y asimetría del lóbulo frontal), funcionales (disminución de la actividad de la corteza prefrontal medial, el hipocampo y el giro subcalloso, mayor actividad de la amígdala cerebral, el cerebelo y del cíngulo posterior en respuesta al miedo), y neuropsicológicas (afectación de la memoria, la atención, la concentración y el razonamiento abstracto) en un importante número de víctimas.

El trabajo de Fergusson y colaboradores⁽⁴⁹⁾ con 1000 niños encontró que los efectos sobre la salud mental del abuso sexual infantil son más fuertes y más consistentes que los del abuso físico infantil. A ello se suma que el abuso sexual infantil rara vez se presenta como un hecho aislado sino que se superpone con otros tipos de experiencias negativas en la niñez. El niño que sufre abuso sexual se encuentra en alto riesgo de otras experiencias negativas durante la niñez. Dong y sus colaboradores⁽⁵⁰⁾ encontraron una fuerte asociación entre abuso sexual y abuso emocional, abuso físico, maltrato de la madre, historia parental de uso de drogas o de delincuencia criminal, miembro de la familia con enfermedad mental, separación o divorcio de los padres, negligencia emocional y negligencia física. En este trabajo, la severidad de las consecuencias de las experiencias adversas durante la infancia mostró una relación directamente proporcional a la gravedad, duración y frecuencia del abuso sexual, e inversamente proporcional a la edad de primera ocurrencia del abuso sexual. Por otro lado, las niñas y los niños afrontan de manera diferente el estrés del abuso sexual⁽⁵¹⁾. Ambos presentan pensamientos e intentos suicidas dependiendo del grado de estrés (es mayor en niños que en niñas, 55% y 29% respectivamente), pero las niñas son más propensas a mostrar conductas internalizadas como depresión y trastornos de la alimentación, y los niños, por el contrario, tienden a presentar un comportamiento más externalizado como delincuencia o abuso de drogas. El abuso sexual está consistentemente asociado con un mayor riesgo de problemas físicos y psicológicos en la niñez y a lo largo de la vida como: depresión, trastornos de ansiedad, estrés post traumático, miedo, ideación e intentos suicidas, desorden bipolar, déficit de atención/hiperactividad, trastorno límite de personalidad, desorden de personalidad múltiple o disociativa, esquizofrenia, trastornos de conversión, pobre autoestima, aislamiento social (menor cantidad de amigos y de interacciones sociales), conducta violenta (más en niños), conductas autodestructivas, conducta sexualizada, tabaquismo, uso de alcohol y drogas, mayor riesgo de huida del hogar, dolores físicos sin razón médica, cefalea, fibromialgia, trastornos gastrointestinales, trastornos de la conducta alimentaria (especialmente bulimia nerviosa), obesidad, crisis convulsivas no epilépticas, mal estado de salud física general, dolores pélvicos crónicos, inicio precoz de la vida sexual, sexualidad insatisfactoria y disfuncional,

conductas de alto riesgo sexual (mayor número de parejas, mantenimiento de relaciones sexuales sin protección, mayor prevalencia de enfermedades de transmisión sexual y mayor riesgo de infección por VIH), relaciones inestables de pareja, maternidad temprana, prostitución, homosexualidad en la adolescencia o adultez, revictimización (experiencia posterior de violencia física y/o sexual por agresores distintos al causante del abuso en la infancia), dificultades en la crianza de los hijos, hijos con elevado riesgo de abuso físico, emocional y sexual, inicio temprano de la menopausia, etc.^(52, 53, 54, 55). Las consecuencias del abuso sexual infantil son tan grandes en número y en variedad que no existe un síndrome del niño abusado sexualmente. Al contrario de los demás tipos de maltrato infantil, el abuso sexual no se correlaciona con ningún trastorno de personalidad en específico. La incidencia de trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida es de 56% para las mujeres y 47% para los hombres que tienen historia de abuso sexual infantil⁽⁵⁶⁾. En general, la evidencia del abuso sexual infantil como factor de riesgo para desórdenes psiquiátricos posteriores o a largo plazo ha tendido a ser un poco más fuerte y más consistente que para abuso físico infantil⁽⁵⁷⁾.

Por lo mencionado, las consecuencias del abuso sexual y la explotación sexual comercial infantil implican un grave deterioro en el desarrollo físico, mental, emocional y social del menor, en quien la humillación y el rechazo son la norma. Lamentablemente no ha sido aún lo suficientemente abordado en sus diferentes aspectos. Su elevada prevalencia en muchos países es una advertencia a la sociedad y a los gobiernos para que tomen conciencia de este problema y lleven a cabo acciones para su prevención y el tratamiento prioritario que sus víctimas requieren por el mal pronóstico que esta forma de violencia depara.

CONCLUSIONES

Los profundos efectos sobre la estructura y función cerebral que tienen las experiencias tempranas de la vida pueden ocasionar una reprogramación o adaptación del individuo, particularmente de diversos sistemas cerebrales, al medio violento. Si bien estos cambios pueden inicialmente ayudar a autoprotgerse, a largo plazo se convierten en perjudiciales para su normal desarrollo e integración⁽⁵⁸⁾.

³ El promotor de un gen es la región de ADN que controla la iniciación de la transcripción de dicho gen a ARN. Dicha región -el promotor- está compuesta por una secuencia específica de ADN localizado justo donde se encuentra el punto de inicio de la transcripción del ADN y contiene la información necesaria para activar o desactivar el gen que regula.

Numerosos trabajos demuestran que la vivencia de una experiencia fuertemente estresante en la infancia, en un período de alta plasticidad neuronal, provoca alteraciones en el desarrollo neurofisiológico cerebral, especialmente del eje HPA, y un fracaso en la capacidad de retorno del individuo (allostasis) a la normalidad fisiológica. Estas alteraciones pueden conducir a problemas de relación, del estado de ánimo y de la conducta, así como a otros múltiples problemas físicos, mentales y sociales en la vida adulta.

Estos estudios destacan la regulación epigenética de la expresión genética en el mantenimiento de los efectos de las experiencias tempranas de la vida durante el desarrollo y a lo largo de la vida del individuo. Es por ello la tremenda importancia que tiene la exposición infantil a la violencia y sus negativas consecuencias a corto y a largo plazo.

Inversamente, las relaciones tempranas satisfactorias, en las que como afirma el pediatra, psiquiatra y psicoanalista inglés Donald W. Winnicott (1906-1971): *“la madre primero convence al niño de que merece la pena vivir, porque ella está ahí, y después de que merece la pena vivir, aunque ella no esté”*⁽⁵⁹⁾, permiten la creación de una resistencia especial a la adversidad y a las enfermedades, que L.J. Saullamó *Apoyo Interno (InnerSustainement)* (1970)⁽⁶⁰⁾. Este concepto es descrito por el médico y ensayista español Juan Rof Carballo (1905-1994), como *Urdimbre Afectiva* (1961)⁽⁶¹⁾, con el cual se refiere a ese intercambio de experiencias emotivas que caracteriza las peculiares relaciones de la madre con su hijo durante los primeros años de su existencia. Para Rof esta idea psicológica es condición indispensable para comprender tanto el enfermar y ser curado, como la frustración y madurez humana. Por ello pone de manifiesto, desde su ámbito científico, algo que afecta a toda antropología: *“averiguar cómo se constituye el hombre y qué influencia tiene esta forma de constituirse el ente humano en sus formas específicas de reaccionar”*⁽⁶²⁾.

En los primeros meses de vida, la madre y el niño funcionan como una unidad, y es en ese período cuando se forma la denominada urdimbre afectiva, merced a la cual las potencialidades del niño son modeladas definitivamente en características incipientes que se irán desarrollando de manera paulatina hasta su total maduración. No se trata únicamente de intercambios de naturaleza biológica, tendientes a satisfacer las necesidades

de nutrición, higiene, vestido, calor y estimulación sensorial, sino más bien del afecto, particularmente el amor, con que la madre satisface tales necesidades básicas.

La urdimbre afectiva y el entorno psicosocial en que se desarrolla el niño constituyen el entramado sobre el que se va a estructurar su carácter, ingrediente radical de la identidad, forjada por el amparo o el rechazo recibido en la infancia y que va a contribuir posteriormente a la formación de una membrana social desde la cual actuamos en nuestro entorno y a través de la cual recibimos del mismo sus influencias⁽⁶³⁾.

Es necesario resaltar que la pobreza en que vive una proporción significativa de niños en nuestro país constituye una situación de violencia por las muchas carencias que esta implica y sus efectos en el desarrollo del niño, que se suman o incrementan la severidad de las consecuencias de la violencia y maltrato infantil descritos.

Por todo lo mencionado, necesitamos reconsiderar el impacto que el entorno in útero y post natal temprano tiene en la salud física y mental del niño a lo largo de su vida. El inaceptable elevado número de niños expuestos a violencia y estrés en la vida temprana en nuestra sociedad urge tomar acciones para disminuir el riesgo de que un menor se convierta en víctima y si así fuere prevenir las graves consecuencias neurobiológicas, físicas, mentales y emocionales a corto y largo plazo en quienes lo sufren. Esto requiere de la elaboración de programas de prevención y de ayuda para el elevado número de víctimas.

Los estudios clínicos indican que los efectos del estrés temprano pueden ser moderados por el entorno y las experiencias de cuidado posteriores. Las relaciones positivas de afecto y protección pueden disminuir los efectos deletéreos del abuso temprano. Igualmente, el riesgo de evolución adversa de la salud mental por abuso sexual puede disminuir en el contexto de una familia o un entorno social positivo. El apoyo familiar, especialmente la creencia de los padres en la acusación del abuso sexual, puede actuar como un poderoso amortiguador contra el desarrollo de las consecuencias negativas en las víctimas de abuso sexual⁽⁶⁴⁾.

Por ello la familia, como el entorno primario del niño responsable de su protección y sano desarrollo, desempeña un rol crucial en la prevención y la

restauración del niño que experimenta violencia a temprana edad. Para que cumpla este rol necesitamos propiciar las condiciones para el desarrollo de familias sanas y con valores que puedan constituir el entorno propicio de afecto y cuidados que asegure el sano desarrollo de sus hijos en todos sus aspectos (físico, mental, emocional, espiritual y social). Esto requiere abandonar la indiferencia, la desidia y el abandono no solo por parte de las instituciones encargadas de velar por ellos sino por parte de la sociedad en su conjunto. Está de por medio el futuro de nuestro país. Solo un país donde cada niño y niña, especialmente los que viven en condiciones adversas, tengan condiciones de vida dignas y reciban el cuidado y apoyo necesario para el desarrollo de todo su potencial será un país justo, solidario y próspero. Esta es nuestra tremenda responsabilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Águila A. Influencia del estrés y depresión prenatal en el desarrollo del niño. *Revista Peruana de Pediatría* Ago-Dic 2012; 65 (3): 158-169.
2. Moreno TC. *Patrones y Pautas de Crianza en la Región Andina*. Bogotá: Convenio Asociación Efecto y Save the Children UK, 2000. En: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Protección de la Infancia*. Nota de Prensa. UNICEF – PERÚ 2006.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2012. INEI. Lima.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática *Violencia conyugal física en el Perú*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2006
5. Spagnuolo de Iummato A. *Medicina Psicosomática. Tratado de Psiquiatría*. Buenos Aires. Editorial Grupo Guía. 2005.
6. Murgatroyd C, Spengler D. Epigenetics of Early Child Development. *Front Psychiatry*. April 2011; vol.2 art.16:1-15.
7. Mello MF, Faria AA, Mello AF, Carpenter LL, Tyrka AR, Price LH. Childhood maltreatment and adult psychopathology: pathways to hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysfunction. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009 Oct; vol.31 Suppl 2:S41-S48.
8. Heim C, Nemeroff CB. Neurobiology of early life stress: clinical studies. *Semin Clin Neuropsychiatry*. 2002 Apr; 7 (2):147-159.
9. Gunnar M, Quevedo K. The neurobiology of stress and development. *Annu Rev Psychol* 2007 Jan; 58: 145- 173.
10. Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall R, et al. Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA*. 2000; 284(5):575-581.
11. Heim C, Newport DJ, Bonsall R, Miller AH, Nemeroff CB. Altered pituitary-adrenal axis responses to provocative challenge tests in adult survivors of childhood abuse. *Am J Psychiatry*. 2001; 158 (4):575-581.
12. Rinne T, de Kloet ER, Wouters L, Goekoop JG, DeRijk RH, van den Brink W. Hyperresponsiveness of hypothalamic-pituitary-adrenal axis to combined dexamethasone/corticotropin-releasing hormone challenge in female borderline personality disorder subjects with a history of sustained childhood abuse. *Biol Psychiatry*. 2002 Dec 1; 52 (11):1102-1112.
13. Shea A, Walsh C, Macmillan H, Steiner M. Child maltreatment and HPA axis dysregulation: relationship to major depressive disorder and post traumatic stress disorder in females. *Psychoneuroendocrinology*. 2005 Feb; 30 (2):162-178.
14. Post RM, Leverich GS, Xing G, Weiss RB. . Developmental vulnerabilities to the onset and course of bipolar disorder. *Dev Psychopathol*. 2001; 13 (3): 581-598.
15. Weiss EL, Longhurst JG, Mazure CM. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *Am J Psychiatry*. 1999 Jun; 156 (6):816-828.
16. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP. Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatr Clin North Am*. 2002 Jun; 25 (2):397-426, vii-viii.
17. Gluckman PD, Hanson MA, Cooper C, Thornburg KL. Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease. *N Engl J Med*. 2008 Jul 3; 359 (1):61-73.
18. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP. Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Op. cit*.
19. Teicher MH, Dumont NL, Ito Y, Vaituzis C, Giedd JN, Andersen SL. . Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biol Psychiatry*. 2004 July 15; 56 (2): 80-85.
20. De Bellis MD, Keshavan MS, Clark DB, Casey BJ, Giedd JN, Boring AM, et al. Research Award. Developmental traumatology. Part II: Brain development. *Biol Psychiatry*. 1999 May

- 15; 45 (10):1271-1284.
21. De Bellis MD, Keshavan MS, Shifflett H, Iyengar S, Beers SR, Hall J, Moritz G. Brain structures in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder: a sociodemographically matched study. *Biol Psychiatry*. 2002 Dec 1; 52 (11):1066-1078.
 22. Cohen RA, Grieve S, Hoth KF, Paul RH, Sweet L, Tate D, et al. Early life stress and morphometry of the adult anterior cingulate cortex and caudate nuclei. *Biol Psychiatry* 2006, May 15; 59 (10):975-982.
 23. Tomoda A, Navalta CP, Polcari A, Sadato N, Teicher MH. Childhood sexual abuse is associated with reduced gray matter volume in visual cortex of young women. *Biol Psychiatry*. October 1, 2009; 66 (7): 642-648.
 24. Lanius RA, Williamson PC, Bluhm RL, et al. Functional connectivity of dissociative responses in posttraumatic stress disorder: a functional magnetic resonance imaging investigation. *Biol Psychiatry*. April 15, 2005; 57 (8): 873-884.
 25. Bremner JD, Vythilingam M, Vermetten E, Southwick SM, McGlashan T, Nazeer A, et al. MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2003 May; 160 (5):924-932.
 26. Beers SR, De Bellis MD. Neuropsychological function in children with maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2002 Mar; 159 (3):483-486.
 27. Hedges DW, Woon FL. Early-life stress and cognitive outcome. *Psychopharmacology (Berl)*. 2011 Mar; 214 (1):121-130.
 28. Pechtel P, Pizzagalli DA. Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. *Psychopharmacology (Berl)*. 2011 Mar; 214 (1):55-70.
 29. Danese A, Pariante CM, Caspi A, Taylor A, Poulton CR. Childhood maltreatment predicts adult inflammation in a life-course study. *Proc Natl Acad Sci U.S.A.* 2007; 104 (4): 1319-1324.
 30. Danese A, Moffitt TE, Pariante CM, Ambler A, Poulton R, Caspi A. Elevated inflammation levels in depressed adults with a history of childhood maltreatment. *Arch Gen Psychiatry*. 2008 Apr; 65 (4):409-415.
 31. Danese A, Moffitt TE, Harrington HL, Milne BJ, Polanczyk G, Pariante CM, et al. Adverse Childhood Experiences and Adult Risk Factors for Age-Related Disease: Depression, Inflammation, and Clustering of Metabolic Risk Markers. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009 Dec; 163 (12):1135-1143.
 32. Heim C, Nemeroff CB. Neurobiology of early life stress: clinical studies. *Op. cit.*
 33. Murgatroyd C, Patchev AV, Wu Y, Micale V, Bockmühl Y, Fischer D. Dynamic DNA methylation programs persistent adverse effects of early-life stress. *Nature Neuroscience* 2009 December; 12 (12): 1559-1566.
 34. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, Dymov S, Labonté B, Szyf M, et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience*. 2009 March; 12 (3):342-348.
 35. Meaney MJ, Szyf M. Environmental programming of stress responses through DNA methylation: life at the interface between a dynamic environment and a fixed genome. *Dialogues Clin Neurosci*. 2005; 7 (2):103-123.
 36. Comment le stress altère le génome des nouveau-nés. *Questions à l'expert. La Recherche* Janvier 2010 No. 437: 20-21.
 37. Labonté B, Suderman M, Maussion G, Navaro L, Yerko V, Mahar I, et al. Genome-wide epigenetic regulation by early-life trauma. *Arch Gen Psychiatry*. 2012 Jul; 69 (7):722-731.
 38. Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, daCosta GA, Akman D. A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 1991; 15 (4):537-556.
 39. Evans E, Hawton K, Rodham K. Suicidal phenomena and abuse in adolescents: a review of epidemiological studies. *Child Abuse Negl*. 2005 Jan; 29 (1):45-58.
 40. Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, daCosta GA, Akman D, Cassavia E. A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 1992; 16 (1):101-118.
 41. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and students samples: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2009 Jun; 29 (4):328-338.
 42. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse Negl*. 2009 Jun; 33 (6):331-342.
 43. Rodríguez Y, Aguiar BA, García I. Consecuencias Psicológicas del Abuso Sexual Infantil. *Eureka Asunción (Paraguay)* 2012; 9 (1): 58-68.
 44. Guezmes A, Palomino N, Ramos. Violencia Sexual y física contra las mujeres en el Perú.

- Lima. Op. cit.
45. CESIP. Abuso Sexual en Comas. Lima: CESIP, 1988; MINSA Registros administrativos de la casuística del MINSA. Op. cit.
 46. Torres M (EFE). El abuso sexual infantil en la India es "común" y se enfrenta al silencio. 17 de febrero del 2013. EL MUNDO.es.
 47. Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, daCosta GA, Akman D. A review of the short-term effects of child sexual abuse. Op. cit.
 48. Pereda N, Gallardo-Pujol D. Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. *GacSanit* 2011 May-Jun; 25 (3):233-239.
 49. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl.* 2008 Jun; 32 (6):607-619.
 50. Dong M, Anda RF, Dube SR, Giles WH, Felitti VJ (.). The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child Abuse and Negl.* 2003 Jun; 27 (6): 625-639.
 51. Martin G, Bergen HA, Richardson AS, Roeger L, Allison S. Sexual abuse and suicidality: gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse Negl.* 2004 May; 28 (5):491-503.
 52. Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, daCosta GA, Akman D. A review of the short-term effects of child sexual abuse. Op. cit.
 53. Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, daCosta GA, Akman D, Cassavia E. A review of the long-term effects of child sexual abuse. Op. cit.
 54. Hornor G. Child Sexual Abuse: Consequences and Implications. *JPediatr Health Care.* 2010; 24 (6):358-364.
 55. Rodríguez Y, Aguiar BA, García I. Consecuencias Psicológicas del Abuso Sexual Infantil. Op. cit.
 56. Hornor G. Child Sexual Abuse: Consequences and Implications. Op. cit.
 57. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl.* 2008 Jun; 32 (6):607-619.
 58. Meaney MJ, Szyf M, Seckl JR. Epigenetic mechanisms of perinatal programming of hypothalamic-pituitary-adrenal function and health. *Trends Mol Med.* 2007 Jul; 13 (7): 269-277.
 59. González de Rivera JL. Procesos Psicopatogénicos en Medicina. Monografías de Psiquiatría. Mayo-Junio 1991 Vol. III Nro.3:1-7.
 60. Saul L J. Inner sustainement: The Concept. *Psychoanal Quart* 1970 Vol.39:215-222.
 61. Rof Carballo J. *Urdimbre Afectiva y Enfermedad: introducción a una medicina dialógica.* Ed. Asociación Gallega de Psiquiatría. 1961.
 62. Rof Carballo J. *Cerebro interno y mundo emocional.* Barcelona. Ed. Labor. 1952. En: Martínez C. *La obra psicológica de Rof Carballo: una aproximación bibliométrica.* *Revista de Historia de la Psicología* 2012 marzo; vol.33 (1): 7-28
 63. Spagnuolo de Iummato, A. *Medicina Psicosomática.* Op. cit.
 64. Tremblay C, Hébert M, Piché C. Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse Negl.* 1999 Sep; 23 (9):929-945.