



Los orígenes de los déficits cognitivos en víctimas de abuso durante la infancia. Implicaciones para los clínicos y los neurocientíficos

► Los individuos que reportan antecedentes de violencia durante la infancia presentan por lo general deficiencias cognitivas. Es biológicamente esperable que la exposición a estresores extremos dañe la función cerebral, particularmente durante periodos específicos de plasticidad del desarrollo; sin embargo, y debido a que existen aún preguntas sin respuesta, poca reproducibilidad y escasa inferencia causal, la interpretación y las implicaciones de los hallazgos antes mencionados siguen generando debate en el área de las neurociencias, la psiquiatría clínica y las políticas sociales.

En relación al *significado clínico*, los estudios de neuroimagen han sido utilizados para describir las diferencias estructurales y funcionales del cerebro de víctimas de violencia; éstos tienen una capacidad limitada para predecir el funcionamiento y las características clínicas del afectado. Las pruebas neuropsicológicas, que muestran una mayor confiabilidad y valor predictivo, han demostrado que los individuos con antecedentes de abuso durante la infancia presentan déficits en la inteligencia y en funciones cognitivas más específicas; sin embargo, los orígenes de dichos déficits son aún poco claros.

Respecto de la *reproducibilidad*, los muestreos de estudios de investigación son, por lo general, grupos de conveniencia o grupos extremos a pequeña escala; estas características pueden llevar hacia resultados no generalizables y con ciertos tipos de error.

La *causalidad* continúa siendo poco clara. Las víctimas de abuso infantil tienen con frecuencia deficiencias cognitivas preexistentes, así como desventajas en cuanto a condiciones de vida y socioeconómicas; ambos factores proveen explicaciones alternativas para explicar las diferencias observadas entre individuos victimizados y no victimizados. Resulta necesario descartar estos hallazgos preexistentes para inferir con precisión los efectos causales de la victimización infantil.

En esta revisión se evalúa la presencia de déficits globales en el coeficiente intelectual y déficits cognitivos específicos de pacientes victimizados y su impacto en el desempeño clínico y funcional. Asimismo, evalúan la consistencia de los hallazgos en una amplia gama de medidas validadas de victimi-

zación infantil, a lo largo del tiempo, mediante mediciones en la infancia, la adolescencia y la adultez, y en dos cohortes representativas del Reino Unido y Nueva Zelanda. Por último, y con el fin de determinar su causalidad, se tomó ventaja de las evaluaciones repetidas a lo largo del tiempo (del paciente y familiares), la obtención de información acerca de circunstancias familiares y el diseño de diferencias en gemelos.

Estudio 1: "The Environmental-Risk Longitudinal Twin Study"

Incluyó a 2 232 niños de origen británico. Se evaluó la exposición a diversos tipos de violencia (violencia entre la madre y su pareja, *bullying* por parte de los pares, maltrato físico por parte de un adulto, abuso sexual, abuso emocional y negligencia física) a los cinco, siete, 10 y 12 años de edad; además, se valoraron los recuerdos de victimización durante la infancia mediante el Childhood Trauma Questionnaire, aplicado a los 18 años de edad. Se realizó la valoración de las funciones cognitivas a los cinco años (escala Weschler de inteligencia para preescolar y primaria), a los 12 (escala de inteligencia para niños de Weschler) y a los 18 (escala de inteligencia de Weschler para adultos-IV).

Los resultados de este estudio muestran que los niños expuestos a polivictimización entre los cinco y los 12 años de edad presentan menor CI a los 12 años que los niños no victimizados. Al evaluar el CI a los 18 años de edad, se obtuvieron también menores puntuaciones en los adultos jóvenes polivictimizados. Durante la evaluación de las funciones cognitivas (funciones ejecutivas y la velocidad de procesamiento de la corteza prefrontal) se encontró una pobre respuesta en adultos jóvenes con antecedente de polivictimización entre los cinco y 12 años de edad. Todas estas diferencias observadas fueron atenuadas de modo significativo al tomar en cuenta diferencias preexistentes en el CI a los cinco años de edad, así como el estado socioeconómico de la familia.

En este estudio se encontró evidencia de victimización antes de los cinco años de edad en un total de 307 niños; al analizar específicamente a aquellos sin antecedentes de victimización se encontraron resultados similares a los de la totalidad de la muestra, demostrando que los limitados efectos residuales de la victimización sobre las funciones cognitivas observadas no se deben a errores en la medición basal de la cognición. No se encontró una asociación entre la polivictimización y las funciones cognitivas entre hermanos, excepto por el CI a los 12 años de edad en gemelos dicigóticos; esto sugiere que las diferencias observadas a nivel individual podrían ser explicadas por factores familiares no tomados en cuenta; además no se encontró asociación entre la puntuación en el Childhood Trauma Questionnaire y las funciones ejecutivas entre hermanos.

Estudio 2: "The Dunedin Longitudinal Study"

Incluyó a 1 037 niños nacidos en Dunedin, Nueva Zelanda. Se midió el maltrato infantil por medio de la valoración del

rechazo materno mediante observación directa de los niños en estudio con su madre a los tres años de edad, la existencia de medidas disciplinarias violentas mediante reporte de los padres a los siete y nueve años de edad, antecedente de dos o más cambios en el cuidador primario del niño, así como antecedentes de abuso sexual y/o físico reportados por los participantes del estudio al llegar a la adultez. Al cumplir los 38 años de edad, los participantes contestaron también el Childhood Trauma Questionnaire. Se realizó una valoración de las funciones cognitivas a los tres años (Peabody Picture Vocabulary test y medición del coeficiente intelectual materno), a los 11-13 (escala de inteligencia para niños de Weschler) y a los 38 (escala de inteligencia de Weschler para adultos-IV).

Los resultados de este estudio muestran que los niños expuestos a maltrato entre los tres y los 11 años de edad presentan un menor CI a los 11-13 años que los niños no victimizados. Los niños expuestos a maltrato entre los tres y los 11 años de edad mostraron un menor CI al ser evaluados a los 38. Durante la evaluación de las funciones cognitivas se encontró una pobre respuesta de la función ejecutiva, de la velocidad de procesamiento, la memoria, el razonamiento perceptual y la comprensión verbal en adultos jóvenes con antecedente de polivictimización entre los tres y los 11 años de edad. Durante el reporte retrospectivo, los participantes con antecedentes de maltrato durante la infancia respondieron pobremente en las pruebas de CI y a las pruebas cognitivas aplicadas en la adolescencia y la adultez tem-

prana. Todas estas diferencias fueron atenuadas de modo significativo al tomar en cuenta indicadores preexistentes de la función cognitiva (CI materno del niño a los tres años de edad y estatus socioeconómico).

Los individuos victimizados de dos grandes y representativos grupos de estudio presentan deficiencias clínicamente significativas en las funciones cognitivas (la inteligencia y las funciones más específicas). El diseño longitudinal del estudio permite notar que las deficiencias observadas pueden explicarse en gran medida por vulnerabilidades cognitivas preexistentes (presentes antes del inicio de la victimización/ maltrato infantil) y desventajas socioeconómicas en general.

Los resultados sugieren que las deficiencias cognitivas deben ser conceptualizadas como factores de riesgo individuales para la victimización infantil, así como factores que pueden complicar el tratamiento. Las intervenciones dirigidas a mejorar la cognición pueden ser de gran utilidad y deben ser utilizadas junto con las técnicas enfocadas al tratamiento de las alteraciones conductuales y afectivas en esta población.

Sofía Vidal de la Fuente

Bibliografía

Danese A, Moffitt T, Arseneault L: The Origins of Cognitive Deficits in Victimized Children: Implications for Neuroscientists and Clinicians. Am J Psychiatry, 174(4):349-361, April 2017.



afya[®]
Escitalopram

Transforma el **ánimo**
de su **Paciente**

Reg. No. 279M2015 SSA IV



- En depresión y ansiedad generalizada, **eficacia** y **rápido** inicio de acción^{1,2,3}
- **Baja interacción** medicamentosa y **amplio** margen de **seguridad**^{2,4,5}
- La **alternativa accesible** que favorece el **cumplimiento terapéutico**

El antidepresivo prescrito en más de 240 millones de pacientes²

Referencias: 1. Dhillon S, Scott L, Plosker G. Escitalopram. A Review of its Use in the Management of Anxiety Disorders. CNS Drugs 2006; 20 (9): 763-790. 2. Zhong H, Haddjeri N, Sánchez C. Escitalopram, an antidepressant with an allosteric effect at the serotonin transporter—a review of current understanding of its mechanism of action. Psychopharmacology (2012) 219:1-13. 3. Murdoch D, Keam S. Escitalopram A Review of its Use in the Management of Major Depressive Disorder. Drugs 2006; 65 (16): 2379-2404. 4. Información para prescribir Afya. 5. Culppepper L. Escitalopram: A New SSRI for the Treatment of Depression in Primary Care. Primary Care Companion J Clin Psychiatry 2002;4:209-214.

Para reportar cualquier sospecha de reacción adversa relacionada al uso de nuestros medicamentos, comunicarse al teléfono 01800 726 3371 o al correo ucfarmacovigilancia@hormona.com.mx