

Abusos en la infancia y cefaleas en el adulto

R. Belvís¹ y D. Ezpeleta²

Resumen

Los abusos en la infancia (físicos, sexuales o psicológicos) son una lacra social. Los afectados pueden desarrollar varias enfermedades en la edad adulta. Una de ellas parece ser la cefalea crónica diaria (CCD) (sobre todo la migraña crónica). En su desarrollo se ha propuesto un proceso de revictimización similar al de los trastornos por estrés postraumático de los soldados que regresan del frente de guerra. Las causas de la revictimización son psicológicas y biológicas, habiéndose sugerido una disfunción glucocorticoidea en el hipocampo y trastornos inflamatorios del endotelio vascular. En consecuencia, estos pacientes desarrollarían un patrón maladaptativo al dolor. Por otro lado, los pediatras deben estar alerta ante niños con CCD, ya que ésta puede ser una manifestación de maltrato.

Palabras clave: Cefalea crónica diaria. Migraña crónica. Abusos sexuales. Abusos físicos. Abusos psíquicos. Revictimización.

Abstract

Childhood abuse (physical, sexual, or emotional) is a social scourge. Affected people can develop several diseases in adulthood. One of these seems to be chronic daily headache (mainly chronic migraine). In its development, a process of re-victimization, similar to post-traumatic stress disorders reported in Veterans returning from a war front, has been proposed. The causes of re-victimization are psychological and biological, and hippocampal glucocorticoid dysfunctions and endothelial vascular inflammatory alterations have been argued. As a consequence, these patients might develop a pain maladaptation pattern. On the other hand, pediatricians must be alert in children with chronic daily headaches and consider childhood abuse to possibly be behind them. (Kranion. 2013;10:61-7)

Corresponding autor: Roberto Belvís, roberto.belvis@quieron.es

Key words: Daily chronic headache. Chronic migraine. Sexual abuse. Physical abuse. Psychic abuse. Re-victimization.

INTRODUCCIÓN

Los abusos psíquicos, físicos y sexuales en los niños son una tragedia que va a acompañarlos toda la vida aunque desarrollem una vida aparentemente normal a nivel familiar, laboral y social. Varios estudios han demostrado una prevalencia aumentada de varias enfermedades, tanto mentales como físicas, en adultos que refieren haber

tenido abusos en la infancia respecto a quienes no. Sin embargo, en relación con las cefaleas, los estudios realizados tienen aparentes contradicciones.

Los estudios poblacionales, habitualmente realizados por epidemiólogos, no detectan una mayor incidencia de cefaleas en adultos que declaran haber sufrido abusos respecto a los que no. Sin embargo, las variables utilizadas son más que discutibles en el ámbito neurológico:

¹Servicio de Neurología
Hospital Universitario Quirón Dexeus
Barcelona

²Servicio de Neurología
Hospital Universitario Quirón Madrid
Pozuelo de Alarcón, Madrid

Dirección para correspondencia:
Roberto Belvís
Servicio de Neurología
Hospital Universitario Quirón Dexeus
Sabino Arana, 5-19, planta 1
08028 Barcelona
E-mail: roberto.belvis@quieron.es

cefaleas, cefaleas graves, cefaleas frecuentes y cefaleas recurrentes, por ejemplo; y en ocasiones, el diagnóstico de migraña fue autorreportado.

En cambio, los estudios realizados por neurólogos analizan muestras de pacientes adultos con diagnóstico homogéneo de migraña (episódica o crónica) o de CCD, e investigan sobre abusos en la infancia, hallando una clara asociación.

El presente trabajo revisa esta polémica asociación y los argumentos fisiopatológicos que se han propuesto para explicar cómo un evento tan sumamente estresante en la infancia como es un abuso sexual, físico o psicológico puede condicionar la aparición de una cefalea o su curso en la edad adulta.

DEFINICIÓN DE ABUSO

Abuso no es un término médico, sino legal, por lo que su definición no debe buscarse en las fuentes habituales de información médica, sino en la legislación. Como se verá más adelante, la práctica totalidad de los trabajos que analizan la asociación entre los abusos en la infancia y las cefaleas son norteamericanos. Sin embargo, esto no supone un problema, ya que las leyes federales norteamericanas definen los abusos de forma similar a la española debido a que ambas naciones firmaron la *Convención sobre los derechos del niño* de las Naciones Unidas en 1989¹. Además, España ratificó en el año 2007 el *Convenio para la protección de los niños y niñas contra la explotación y el abuso sexual*, conocido como *Convenio de Lanzarote*², que es el marco jurídico del Consejo de Europa, y en 2011 suscribió la *Directiva relativa a la lucha contra los abusos sexuales y la explotación sexual de los menores y la pornografía infantil* del Parlamento Europeo³. Las diferencias más notables entre la legislación española y la norteamericana son que la española otorga menor relevancia al testimonio del niño⁴ y que la norteamericana establece penas mucho más duras a los abusadores.

La Oficina de la Infancia del Gobierno Federal de EE.UU. tiene abierto un registro desde 1974, el *National Incidence Study of Child Abuse and Neglect* (NIS). Este organismo clasificó los abusos en la infancia en tres categorías: sexuales, físicos y psicológicos. Realiza un informe cada 10 años y actualmente está en desarrollo el NIS-4⁵.

En la literatura se entremezclan los conceptos abuso y maltrato, pero este último no es apropiado cuando se habla de niños, pues no establece una relación de superioridad y puede darse, por ejemplo, entre adultos en el contexto de la pareja (violencia de género). También cabe realizar una distinción entre abuso y abandono (que puede ser también físico o psíquico). Se habla de abandono cuando el responsable del menor le priva de los cuidados materiales adecuados (comida, vestido, limpieza, falta de protección o de control pediátrico, etc.) o emocionales (falta de estima y apoyo, menoscenso, etc.).

Abusos sexuales

Las legislaciones entienden como abuso sexual cualquier relación sexual con un menor en la que no existe intimidación o violencia; de existir, se consideraría agresión sexual. El Código Penal Español⁶ estima como abuso sexual, en sus artículos 181-184, cualquier relación sexual con un niño menor de 13 años de edad o de 13 a 18 si es especialmente vulnerable por enfermedad o situación. Por lo tanto, en menores de 13 años es indiferente que el menor preste o no su consentimiento, pues existe una presunción *iuris et de iure* que sostiene que el menor de 13 años no tiene raciocinio para entender lo que el abusador le propone.

El límite de edad puede cambiar en breve, pues el Gobierno Español ha comunicado su intención de elevar la edad del abuso sexual a menores de 16 años en la actual reforma del Código Penal equiparándola a la media europea.

Entre los 13 y los 18 años solo se considera abuso sexual si el adulto obtiene el consentimiento previéndose de una situación de superioridad que coarte la libertad de la víctima por parentesco (ascendiente, descendiente o hermano, por naturaleza o adopción) o situación laboral, docente o análoga, con el anuncio expreso o tácito de causar a la víctima un mal relacionado con las legítimas expectativas que tuviese en el ámbito de dicha relación. Evidentemente, cabe decir que se considera abuso sexual siempre que el adulto conozca la edad del menor.

En cuanto a la acción en sí, se considera que se produce un abuso sexual si el menor es tocado o acariciado o se le hace tocar o acariciar con un sentido sexual, se le hace ver material pornográfico o cualquier tentativa de relación sexual oral, anal o vaginal⁷.

Abusos físicos y psíquicos

Los abusos físicos y psíquicos no están tan bien reflejados en el Código Penal Español⁶ como los sexuales. Los artículos 153 y 171 establecen que el abuso físico se produce por cualquier medio o procedimiento que cause lesión a los menores. Se produce si el menor es empujado, agarrado, abofeteado, tirado o pegado causándole marcas o lesiones.

El abuso psíquico es el último que se ha incorporado y su definición es difícil, considerándose que lo comete quien inflige a otra persona un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral por medio del insulto, menoscenso, humillación o amenaza.

EPIDEMIOLOGÍA DEL ABUSO

Evidentemente, los abusos que llegan a conocerse son la punta de un iceberg, pues la familia del menor tiende a ocultarlos. Podemos afirmar que existe una inmensa mayoría de abusos latente y que no todos los que emergen son reales, pues hay diferencias entre los abusos que se

denuncian y los que finalmente son sentenciados judicialmente, y ello es debido a que hasta un 7% de las denuncias son falsas y se encuadran dentro de causas jurídicas de divorcio, en que se instrumentaliza al niño dentro de lo que se conoce como síndrome de alienación parental.

Se estima que cada año se produce un millón de casos de abuso (en general) en EE.UU., pero que la verdadera cifra es entre 5 y 10 veces superior⁸, por lo que un 25-45% de los norteamericanos habría sufrido algún tipo de abuso⁹. Respecto a los abusos sexuales, en EE.UU. el 5-16% de los hombres y el 15-30% de las mujeres relatan haber sufrido algún tipo de abuso sexual en su infancia, con penetración hasta en un tercio de casos⁸, aconteciendo la violación en un 5-17% de niños^{8,10-15}. Estas lamentables y alarmantes cifras contrastan con la escasa información sobre abusos que llega a los médicos de atención primaria y los pediatras, quienes solo llegan a conocer un 5% de los abusos sexuales¹³.

No disponemos de cifras semejantes en España, pero el teléfono de la Fundación Española de Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo (ANAR)¹⁶ registró 324.643 llamadas en 2012, el 98% de los propios menores. Los motivos de las llamadas fueron: abuso físico (28%), psíquico (14%), sexual (11%) y otros como abandono, pornografía, ciberacoso, violencia de género infantil y violencia escolar. Los abusos fueron diarios en el 46% de los casos y duraron más de un año en el 43%. El perfil del abusador fue el siguiente: un internauta (0,3%), amigos (3%), pareja/ex pareja del menor (8%), compañeros de estudios (18%), vecinos (1%), monitores/educadores (1%), hermanos (1%), abuelos (2%), padrastro/madrastra (8%), ambos padres (6%), padre (22%), madre (15%) y otros familiares (2%).

En general, el 80-95% de los abusadores son hombres de edad media (30-50 años) y suelen estar en el entorno del menor en un 75% de las ocasiones. Otro dato a destacar es el creciente porcentaje de abusos cometidos por otros menores. La edad del niño que sufre abusos es de 8-12 años, con una relación niñas/niños de 1,5-3:1 en los abusos sexuales y psíquicos. Los abusos físicos parecen ser más frecuentes en niños que en niñas. Se estima que un 25% de estos niños y niñas también serán abusadores en la edad adulta con sus hijos u otros menores de su entorno.

ABUSOS EN LA INFANCIA Y ENFERMEDADES EN EL ADULTO

Son varios los estudios que han constatado que los adultos que sufrieron abusos en la infancia (especialmente abusos sexuales, los más estudiados) pueden desarrollar diferentes enfermedades en la edad adulta. Un metaanálisis de 24 estudios, publicado en 2009, que incluyó a 48.801 adultos que refirieron abusos en la infancia, observó mayor incidencia respecto a la población sin antecedentes de abusos de: trastornos psiquiátricos (ansiedad, depresión, psicosis, trastornos alimentarios, etc.), trastornos cognitivos (problemas de atención y de memoria), trastornos del sueño, obesidad, infarto agudo de miocardio, ictus, asma,

bronquitis, hernia inguinal, síndrome del colon irritable, artritis, psoriasis, fibromialgia, diabetes, síndrome metabólico, dolor pélvico crónico, enfermedades autoinmunes e infección por el VIH¹⁷. Otras observaciones fueron la asociación de los abusos en la infancia con tabaquismo, consumo de drogas ilegales, criminalidad, mayor número de cirugías y hospitalizaciones en general, muerte prematura y suicidio¹⁷.

CEFALEAS EN ADULTOS QUE RELATAN ABUSOS EN SU INFANCIA

Los estudios que han analizado las cefaleas no especifican los criterios utilizados para definir la variable, por lo que metodológicamente son discutibles desde el punto de vista de un neurólogo. En 2009 se publicó un metaanálisis¹⁸ de 23 estudios que incluyó a 4.640 personas adultas que verbalizaron haber sufrido abusos sexuales en la infancia; no se encontró asociación con la variable «cefaleas» pese a que los estudios aislados sí la habían hallado^{19,20}. Sin embargo, un estudio epidemiológico canadiense publicado en 2010, cuya muestra fue de 13.089 personas adultas, halló una mayor prevalencia de migraña en quienes afirmaron haber sufrido abusos en la infancia (17%) frente a los que no (8%), con una *odds ratio* (OR) de 2,27. En la regresión logística, los abusos en la infancia mostraron ser un factor de riesgo independiente de migraña²¹.

También en 2010 se publicó el estudio ACE (*Adverse Childhood Experiences*)²², realizado en San Diego. Se incluyó a 17.337 adultos (edad media de 56 años) con antecedentes de abusos. La variable analizada fue «cefaleas frecuentes», presente en el 16% de la muestra. Se informaron las siguientes OR de padecer cefaleas recurrentes: abusos sexuales (1,3), abusos físicos (1,4) y abusos psíquicos (1,6). Otras variables de la infancia que se relacionaron con cefaleas en el adulto fueron: ser testigo de violencia doméstica, enfermedad mental en casa, abuso de drogas en casa, presos en la familia y separación/divorcio de los padres.

Los estudios en adultos que informaron haber sufrido agresiones sexuales y violación en la infancia aportan datos menos controvertidos. En 1999, un análisis de cinco estudios concluyó que había asociación con cefaleas en la edad adulta (OR: 1,89)²³.

ABUSOS EN LA INFANCIA EN ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE CEFALEAS

Los resultados de este tipo de estudios parecen ser diferentes si se pregunta por la existencia de abusos en la infancia a pacientes con cefaleas diagnosticadas con criterios neurológicos, sobre todo CCD y migraña, procedentes de consultas especializadas en cefaleas. Destacan cinco estudios²⁴⁻³⁰, de los que cuatro están liderados por neurólogos de la *Women's Issues Section* de la *American Headache Society*²⁵⁻³⁰.

TABLA 1. Resultados de los cuatro estudios realizados por neurólogos que han analizado los abusos en la infancia en población adulta con diagnóstico de cefalea

Autores	Tipo de estudio	n	Diagnóstico	Abusos	Solo sexual	Solo físico	Sexual o físico	Sexual y físico
Peterlin, et al. (2007) ²⁵	Retrospectivo 1 centro	161	CCD: 59% ME: 41%	General: 34% CCD: 40% ME: 27%	General: 11% CCD: 13% ME: 9%	General: 8% CCD: 9% ME: 6%	General: 26% CCD: 30% ME: 21%	General: 14% CCD: 16% ME: 12%
Tietjen, et al. (2007) ²⁶	Prospectivo 6 centros	949	CCD: 40% ME: 60%		General: 25%	General: 24%	General: 38%	General: 12%
Peterlin, et al. (2009) ²⁷	Prospectivo 6 centros	767	CCD: 33% ME: 67%		General: 28% CCD: 27% ME: 29%	General: 27% CCD: 30% ME: 26%	General: 42% CCD: 43% ME: 41%	
Tietjen, et al. (2010) ²⁸⁻³⁰	Prospectivo 11 centros	1.348	ME: 66% MC: 34%	General: 58%	General: 25% MC: 33%	General: 21% MC: 40%		General: 10%

ME: criterios de la Clasificación Internacional de las Cefaleas (ICDH) II de migraña episódica; MC: criterios ICDH-II de migraña crónica; CCD: criterios de Silberstein y Lipton de cefalea crónica diaria. No está recogido el abuso psíquico, pues solo fue analizado en el estudio de Tietjen, et al. de 2010.

En la década de 1980, Domino y Haber analizaron una muestra de 30 mujeres con CCD de su Unidad de Dolor en Nueva York, y se dio la primera voz de alarma²⁴. Su serie de mujeres con CCD se caracterizaba por haber padecido: abuso sexual (11%), abuso físico (61%), abuso físico o sexual (66%), y abuso físico y sexual (28%). El 75% de las mujeres desarrolló la CCD tras los 20 años de edad.

Sorprendentemente, no apareció otra investigación de este tipo hasta 2007. Peterlin, et al. estudiaron 161 pacientes adultos (edad media: 36 años) de su Unidad de Cefaleas en Filadelfia²⁵. El 59% de los casos padecía CCD y el 41% migraña (el 75% migraña crónica). El 34% del total verbalizó abusos sexuales y/o físicos, siendo significativamente superiores en los pacientes con CCD (40%) respecto a los que presentaban migraña (27%) (Tabla 1).

En 2007, Tietjen, et al. analizaron el antecedente de abusos sexuales infantiles en 949 mujeres adultas con migraña episódica (60%) y cefalea crónica (40%) de seis unidades de cefaleas norteamericanas²⁶. Un 18% tenía depresión mayor (Tabla 1). Las migrañosas con depresión informaron de mayor frecuencia de abuso físico y sexual que el grupo sin depresión²⁶.

Peterlin, et al. publicaron en 2009 un estudio multicéntrico con datos de 767 adultos con migraña (Tabla 1)²⁷. Enfocaron el problema como trastorno por estrés postraumático y concluyeron que su frecuencia es mayor en la migraña episódica y crónica que en la población general. En el grupo de migrañosos con depresión, el trastorno mostró ser más frecuente en la forma crónica que en la episódica.

En 2011, Tietjen, et al. dieron a conocer los resultados de un vasto estudio que se publicó en tres artículos consecutivos del mismo número de *Headache*²⁸⁻³⁰. Analizaron 1.348 pacientes con criterios de migraña episódica (66%) y crónica (34%) pertenecientes a 11 unidades

de cefaleas. El 88% eran mujeres, con una edad media de 41 años. El 6% tenía criterios de abuso de medicación. Los pacientes cumplimentaron un cuestionario electrónico anónimo que constaba de las siguientes escalas: *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ), HIT-6, *The Patient Health Questionnaire-9* y *The Beck Anxiety Inventory*. La escala CTQ tiene una sensibilidad del 89% y una especificidad del 97% para la detección de abusos. Puede establecer el grado de gravedad del abuso: ninguno/mínimo, leve/moderado, moderado/grave y grave/extremo^{31,32}.

El 58% de los casos relató algún tipo de abuso/abandono en la infancia y el 9% aseveró haber sufrido las tres categorías de abuso: sexual, físico y psíquico (Tabla 1). Los abusos se perpetuaron entre los 18 y los 30 años en un 33% de los casos²⁸⁻³⁰. Los resultados según el tipo de abuso en la infancia son los siguientes:

- Abuso sexual. En la muestra general fue del 25%; leve/moderado (8%), moderado/grave (8%) y grave/extremo (9%). En la migraña crónica fue del 33%. La OR respecto a la migraña crónica no fue significativa. Los abusos sexuales continuaron más allá de los 18 años en el 22% de los casos.
- Abuso físico. En la muestra general fue del 21%; leve/moderado (8%), moderado/grave (6%) y grave/extremo (7%). En la migraña crónica fue del 40%. La OR respecto a la migraña crónica fue significativa (OR: 1,79). Los abusos físicos continuaron más allá de los 18 años en el 20% de los casos.
- Abuso psíquico. En la muestra general fue del 38%; leve/moderado (18%), moderado/grave (8%) y grave/extremo (12%). En la migraña crónica fue del 41%. Hubo asociación entre este tipo de abuso y la frecuencia, gravedad, discapacidad y alodinia de la migraña. Además, se asoció con una menor edad de comienzo de la migraña episódica. Es el abuso que más se relaciona con la migraña crónica

del adulto (OR: 2,01), independientemente de la coexistencia con ansiedad o depresión. No se halló relación de ningún tipo de abuso con la presencia o no de aura, raza, nivel socioeconómico ni educación.

El 22% de los casos informó abandono físico y el 38% abandono psíquico en la infancia, cifras que fueron superiores en la migraña crónica, del 44 y 39%, respectivamente²⁸⁻³⁰. El 28% de los casos presentaba depresión y el 56% ansiedad. Ambas entidades se asociaron a los tres tipos de abusos (sobre todo psíquicos) en pacientes con migraña en el modelo de regresión logística. También se encontró asociación con las siguientes enfermedades: síndrome del colon irritable, síndrome de fatiga crónica, fibromialgia, cistitis intersticial, artritis y endometriosis²⁸⁻³⁰.

PROPUESTAS FISIOPATOLÓGICAS

En la clasificación DSM-IV de la Asociación Americana de Psiquiatría se contempla el abuso sexual infantil dentro del apartado de estrés postraumático, equiparándolo al síndrome posmutilación genital³³. Un abuso en la infancia es, sin duda, un evento vital estresante, pero ¿cómo puede condicionar la aparición o el curso de enfermedades orgánicas años después en el adulto?

En el campo de las cefaleas disponemos de un cuadro comparable, el síndrome de estrés postraumático de los veteranos de guerra, presente en el 40% de los soldados norteamericanos que regresaron de la segunda campaña de Iraq, siendo la cefalea el síntoma más frecuente (68%), independientemente de haber sufrido o no traumatismo craneocefálico en combate^{34,35}.

Se han propuesto varias teorías para explicar la asociación entre el abuso infantil y la cefalea en el adulto.

En el ámbito genético, se están buscando alteraciones que hagan vulnerables a estos niños ante los abusos. Los candidatos más aceptados son los genes que codifican hormonas del eje hipotálamo-hipofisario, habiendo suscitado gran interés el gen del receptor 1 de la hormona liberadora de hormona corticotropa (CRH-C1), pues se han encontrado polimorfismos cuya asociación con los abusos está en estudio³⁶.

Se ha informado de que los pacientes adultos que verbalizan haber sufrido abusos en su infancia presentan una alteración de la regulación epigenética de los receptores cerebrales de glucocorticoides³⁷ y una respuesta al estrés alterada, con disminución de la secreción de cortisol y hormona adrenocorticotropa (ACTH)³⁸. Esto estaría motivado por una disfunción hipotalámico-hipofisaria, sobre todo en el núcleo hipotalámico paraventricular.

Otros estudios han relacionado las experiencias adversas en la infancia (entre ellas los abusos) con varios biomarcadores elevados en plasma de tipo inflamatorio y de activación endotelial (proteína C reactiva, interleucina 6 y factor de necrosis tumoral α) en mujeres jóvenes con migraña crónica³⁹.

Como consecuencia del abuso, la percepción del dolor en el niño puede alterarse, transformándolo en lo que Engel denominó a finales de la década de 1950 como «pacientes propensos al dolor psicógeno»⁴⁰, concepto que empezó a asociarse con los abusos sexuales a finales de la década de 1980^{41,42}. Asimismo, los adultos que sufrieron abusos en la infancia desarrollan estrategias maladaptativas para sobrellevar el dolor³⁸. Se ha observado también que estos adultos tienen un umbral al dolor disminuido en estudios experimentales, mayor discapacidad inducida por el dolor, mayor autoinculpación del dolor, autocontrol deficiente del dolor, más enfermedades somáticas y mayor utilización de servicios médicos⁴³⁻⁴⁵.

Las experiencias estresantes en la infancia, entre ellas los abusos, se han asociado con cambios estructurales en el desarrollo morfológico cerebral analizado con resonancia magnética (RM). Se ha informado de un menor desarrollo del córtex prefrontal izquierdo, la amígdala y el hipocampo⁴⁶, así como un cuerpo calloso de menores dimensiones⁴⁷. Estudios recientes han replicado estos hallazgos aportando nuevos datos. Concretamente, la alteración del córtex se produciría cuando el abuso sexual acontece a la edad de 14-16 años, la del cuerpo calloso a los 9-10 años y la del hipocampo a los 3-5 años⁴⁸.

Los niños que han sufrido abusos pueden desarrollar una vida familiar, social y laboral aparentemente normal; sin embargo, una determinada situación que suceda años después (unas palabras, un estímulo sexual, un ruido, una imagen, una caricia, un olor, una música concreta, etc.) puede hacer rememorar el estrés sufrido en la infancia y desencadenar la cefalea u otras enfermedades. Este proceso, que puede ocurrir tras cualquier acontecimiento estresante grave en la infancia o en la edad adulta, se denomina revictimización.

ABUSOS Y CEFALEAS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Los niños que sufren abusos pueden desarrollar una nueva cefalea o empeorar una cefalea existente durante la infancia. Se habla entonces de victimización o revictimización temprana.

Un grupo taiwanés evaluó a 58 estudiantes de 13 a 15 años que habían sufrido abusos físicos, hallando un 10% de casos de CCD frente al 0% de 58 controles sanos pareados⁴⁹. El mismo grupo estudió a 3.955 estudiantes de 13 a 15 años. El 23,4% (926) fue diagnosticado de migraña o migraña probable mediante un cuestionario validado. El 23,9% (945) comunicó haber sufrido maltrato físico. La frecuencia de migraña o migraña probable en los grupos con y sin abuso físico fue de 30,3 y 21,3% (OR: 1,6; 1,4-1,9), respectivamente⁵⁰.

Un estudio norteamericano informó de abuso sexual en el 3% y físico en el 2% de una muestra de 122 niños y adolescentes de 10 a 17 años con CCD⁵¹. Finalmente, un estudio israelí analizó la asociación entre abuso

físico y sexual en la infancia y «cefalea frecuente» en 2.088 estudiantes adolescentes judíos y árabes de 15 a 16 años. Los adolescentes que comunicaron haber sufrido abuso físico o sexual tuvieron mayor prevalencia de cefalea⁵².

Los datos de estos estudios sugieren que los pediatras deben tener en cuenta la posibilidad de abusos físicos, sexuales o psíquicos ante cefaleas infantiles (sobre todo crónicas y refractarias) sin claros factores precipitantes o cronificadores.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La escandalosamente alta incidencia de abusos en la infancia es una cuestión extremadamente grave. Su relación con las cefaleas del adulto es una materia de estudio emergente y motivo de actual debate. Gran variedad de trastornos psicológicos, psiquiátricos y físicos de los adultos parecen estar asociados con haber sufrido algún tipo de abuso en la infancia.

Los pacientes con cefaleas crónicas, sobre todo migraña crónica, refieren haber sufrido abusos en la infancia con una frecuencia significativamente superior que la población general. Sin embargo, los estudios realizados al respecto en ámbitos neurológicos tienen, a nuestro juicio, dos claros sesgos. En primer lugar, la mayoría de los casos son mujeres. Los porcentajes de mujeres adultas en estos estudios rondan el 80-90%, hecho bien conocido y habitual en los estudios sobre migraña. Esto puede motivar un sesgo al valorar el tipo de abuso, pues los estudios epidemiológicos muestran claramente que los abusos sexuales y psíquicos son más frecuentes en niñas y los físicos en niños. En segundo lugar, la mayoría de los estudios proceden de consultas neurológicas especializadas en cefaleas, por lo que es posible que los abusos se asocien especialmente a las cefaleas más crónicas y refractarias, muy representadas en estas consultas. Finalmente, hay una carencia de estudios sobre abusos psíquicos, que parecen relacionarse con un debut más precoz de la migraña y su transformación a migraña crónica, y no existen estudios que hayan analizado los abusos infantiles en cefaleas diferentes a la migraña o la CCD.

La relevancia epidemiológica, social e incluso legal de la materia que aquí se ha revisado queda fuera de toda duda, y sus consecuencias prácticas son evidentes. Sea el neurólogo, el pediatra u otro especialista el que atienda a pacientes con cefaleas, éste debe conocer que tras un dolor de cabeza, especialmente si es crónico y refractario, puede existir un abuso físico, sexual o psíquico más o menos lejano en el pasado infantil del paciente. Este hecho, que cada vez más y mejores estudios están perfilando, parece ser más frecuente de lo que se sospechaba. Como en otros tantos secretos del corazón que los pacientes tienden a ocultar y los médicos apenas conocemos y sabemos explorar, su revelación, aceptación, vinculación con el resto de las comorbilidades del

paciente, integración en la patocrónia de la cefalea y, en última instancia, tratamiento, se nos antoja una tarea muy complicada.

Se están definiendo relaciones semejantes entre cefalea en la edad adulta y violencia de género en el ámbito doméstico. Nos tememos que otros tipos de abuso y maltrato en los marcos social y laboral van por los mismos derroteros. En consecuencia, se trata de asuntos que merecen, pueden y deber ser investigados.

BIBLIOGRAFÍA

- Jefatura del Estado. Instrumento de Ratificación de 30 de noviembre de 1990 de la Convención de 20 de noviembre de 1989 sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas. BOE, núm. 313/1990, de 31 de diciembre de 1990.
- Jefatura del Estado. Instrumento de Ratificación del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual, hecho en Lanzarote el 25 de octubre de 2007. BOE, núm. 274/2010, de 12 de noviembre de 2010.
- Directiva 2011/92/UE del Parlamento Europeo y del Consejo del 13 de diciembre de 2011 relativa a la lucha contra los abusos sexuales y la explotación sexual de los menores y la pornografía infantil.
- La justicia española frente al abuso sexual infantil en el entorno familiar. Un análisis de casos a la luz de los estándares internacionales de derechos humanos. Save the Children; Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad del Gobierno de España. Madrid, septiembre de 2012.
- Sedlak A, Mettenburg J, Basena M, et al. Fourth national incidence study of child abuse and neglect (NIS-4). US Department of Health and Human Services. 2010.
- Jefatura del Estado. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Tietjen GE, Peterlin BL. Childhood abuse and migraine: epidemiology, sex differences, and potential mechanisms. Headache. 2011;51:869-79.
- Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet. 2009; 373:68-81.
- Heim C, Shugart M, Craighead WE, Nemeroff CB. Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. Dev Psychobiol. 2010;2:671-90.
- Tjaden P, Thoennes N. National Institute of Justice. U.S. Department of Justice. Full Report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women. Report NCJ. 183781, 2000.
- Heise L. World report on violence and health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
- Basile KC, Chen J, Black MC, Saltzman LE. Prevalence and characteristics of sexual violence victimization among US adults, 2001-2003. Violence Vict. 2007;22:437-48.
- Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, et al. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. Am J Prev Med. 2005;28:430-8.
- Woodman J, Pitt M, Wentz R, Taylor B, Hodes D, Gilbert RE. Performance of screening tests for child physical abuse in accident and emergency departments. Health Technol Assess. 2008;12:1-95.
- Walker EA, Katon WJ, Roy-Byrne PP, Jemelka RP, Russo J. Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. Am J Psychiatry. 1993;150:1502-6.
- Informe de violencia contra la infancia 2012. Teléfono Fundación ANAR (Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo). Disponible en: <http://www.anar.org>. Acceso el 31 de agosto de 2013.
- Wegman HL, Stetler C. A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. Psychosom Med. 2009;71:805-12.
- Paras ML, Murad MH, Chen LP, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2009;302:550-61.
- Romans S, Belaise C, Martin J, Morris E, Raffi A. Childhood abuse and later medical disorders in women. An epidemiological study. Psychother Psychosom. 2002; 71:141-50.
- Felitti VJ. Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation. South Med J. 1991;84:328-31.
- Fuller-Thomson E, Baker TM, Brennenstuhl S. Investigating the association between childhood physical abuse and migraine. Headache. 2010;50:749-60.
- Anda R, Tietjen G, Schulman E, Felitti V, Croft J. Adverse childhood experiences and frequent headaches in adults. Headache. 2010;50:1473-81.
- Golding JM. Sexual assault history and headache: Five general population studies. J Nerv Ment Dis. 1999;187:624-9.
- Domino JV, Haber JD. Prior physical and sexual abuse in women with chronic headache: clinical correlates. Headache. 1987;27:310-4.
- Peterlin BL, Ward T, Lidicker J, Levin M. A retrospective, comparative study on the frequency of abuse in migraine and chronic daily headache. Headache. 2007; 47:397-401.
- Tietjen GE, Brandes JL, Digre KB, et al. History of childhood maltreatment is associated with comorbid depression in women with migraine. Neurology. 2007; 69:959-68.
- Peterlin BL, Tietjen GE, Brandes JL, et al. Posttraumatic stress disorder in migraine. Headache. 2009;49:541-51.

28. Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin BL, et al. Childhood maltreatment and migraine (part I). Prevalence and adult revictimization: a multicenter headache clinic survey. *Headache*. 2010;50:20-31.
29. Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin BL, et al. Childhood maltreatment and migraine (part II). Emotional abuse as a risk factor for headache chronicification. *Headache*. 2010;50:32-41.
30. Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin BL, et al. Childhood maltreatment and migraine (part III). Association with comorbid pain conditions. *Headache*. 2010;50:42-51.
31. Bernstein DP, Fink L, Handelman L, Foote J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*. 1994; 151:1132-6.
32. Hernández A, Gallardo-Pujol D, Pereda N, et al. Initial validation of the Spanish childhood trauma questionnaire-short form: factor structure, reliability and association with parenting. *J Interpers Violence*. 2013;28:1498-1518.
33. López-Ibor JJ, Valdés M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Ed. Masson; 2012.
34. Afari N, Harder LH, Madra NJ, et al. PTSD, combat injury, and headache in Veterans Returning from Iraq/Afghanistan. *Headache*. 2009;49:1267-76.
35. Lt Col Jay Ericson. Migraine and post-traumatic headache in the military: War zone to home front. *Comunicación oral*. International Headache Congress 2013; 2013 junio 27; Boston.
36. Polanczyk G, Caspi A, Williams B, et al. Protective effect of CRHR1 gene variants on the development of adult depression following childhood maltreatment: replication and extension. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66:978-85.
37. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci*. 2009;12:342-8.
38. Carpenter LL, Carvalho JP, Tyrka AR, et al. Decreased adrenocorticotrophic hormone and cortisol responses to stress in healthy adults reporting significant childhood maltreatment. *Biol Psychiatry*. 2007;62:1080-7.
39. Tietjen GE, Khubchandani J, Herial NA, Shah K. Adverse childhood experiences are associated with migraine and vascular biomarkers. *Headache*. 2012;52:920-9.
40. Engle GL. "Psychogenic" pain and the pain-prone patients. *Am J Med*. 1959;26:899-918.
41. Adler RH, Zlot S, Hurny C, Minder C. Engel's "Psychogenic pain and the pain-prone patient:" a retrospective, controlled clinical study. *Psychosom Med*. 1989;51:87-101.
42. Raphael K, Chandler HK, Ciccone DS. Is childhood abuse a risk factor for chronic pain in adulthood? *Curr Pain Headache Rep*. 2004;8:99-110.
43. Scarinci IC, McDonald-Haile J, Bradley LA, Richter JE. Altered pain perception and psychosocial features among women with gastrointestinal disorders and history of abuse: a preliminary model. *Am J Med*. 1994;97:108-15.
44. Toomey TC, Hernández JT, Gittelman DF, Hulka JF. Relationship of sexual and physical abuse to pain and psychological assessment variables in chronic pelvic pain patients. *Pain*. 1993;53:105-9.
45. Toomey TC, Seville JL, Mann JD, Abashian SW, Grant JR. Relationship of sexual and physical abuse to pain description, coping, psychological distress, and health-care utilization in a chronic pain sample. *Clin J Pain*. 1995;11:307-15.
46. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP, Kim DM. The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neurosci Biobehav Rev*. 2003;27:33-44.
47. Teicher MH, Andersen SL, Dumont NL. Childhood neglect attenuates development of the corpus callosum. *Abstr Soc Neuroscienc*. 2000;26:549.
48. Andersen SL, Tomada A, Vincov ES, Valente E, Polcari A, Teicher MH. Preliminary evidence for sensitive periods in the effect of childhood sexual abuse on regional brain development. *J. Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2008;20:292-301.
49. Juang KD, Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, Chen YS. Association between adolescent chronic daily headache and childhood adversity: a community-based study. *Cephalgia*. 2004;24:54-9.
50. Fuh JL, Wang SJ, Juang KD, Lu SR, Liao YC, Chen SP. Relationship between childhood physical maltreatment and migraine in adolescents. *Headache*. 2010;50:761-8.
51. Zafar M, Kashikar-Zuck SM, Slater SK, et al. Childhood abuse in pediatric patients with chronic daily headache. *Clin Pediatr (Phila)*. 2012;51:590-3.
52. Genizi J, Srugo I, Keren NC. Headache and physical and sexual abuse among Jewish and Arab adolescents in Israel. *J Child Neurol*. 2013. [Epub ahead of print]