

Las experiencias adversas en la infancia. Detección precoz y prevención de sus consecuencias



Marta Pinto Rubio¹, Ainhoa Zabaleta Rueda², Pedro Gorrotxategi Gorrotxategi²

¹Unidad Patología Crónica Compleja Infantil. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

²Pediatra Atención Primaria. Centro de Salud Pasajes San Pedro. Pasaia. Gipuzkoa. España

PUNTOS CLAVE

- Las experiencias adversas en la infancia (EAI) son el conjunto de acontecimientos y circunstancias potencialmente estresantes y traumáticas que pueden afectar directamente a las niñas, niños y adolescentes, o afectar al entorno en el que viven.
- Vivir experiencias adversas en la infancia aumenta la probabilidad de sufrir problemas significativos de salud, y de presentar comportamientos de riesgo.
- La atención primaria es un lugar privilegiado para la prevención y detección temprana.
- La coordinación con los servicios sociales para su detección y abordaje es fundamental.

INTRODUCCIÓN

Como pediatras, dedicamos nuestro trabajo al cuidado de la salud del período evolutivo que va desde la concepción hasta la adolescencia, época cuya singularidad reside en el fenómeno del crecimiento, maduración y desarrollo biológico, fisiológico y social íntimamente ligado a la interacción entre la biología y el medio ambiente.

La pediatría actual se divide en tres grandes áreas: pediatría preventiva o puericultura, pediatría clínica y pediatría social.

La pediatría social es la disciplina de la pediatría que integra la dimensión social de la salud y del desarrollo del niño. Estudia las causas sociales que alteran la salud del niño y también los problemas de salud que repercuten sobre su entorno social.

EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA

Las experiencias adversas en la infancia (EAI) se definen como eventos potencialmente traumáticos que ocurren en la niñez y adolescencia (0-17 años) tales como experimentar violencia o vivir en un entorno que pueda socavar su sentido de seguridad, estabilidad y vinculación.

Felliti V, *et al.* publicaron en 1998 el “Adverse Childhood Experiences Study”¹, un estudio pionero sobre la relación entre las EAI y su impacto en la salud durante la edad adulta. Fue una de las mayores investigaciones sobre el impacto del maltrato y desuido de menores en la salud y el bienestar en la vida adulta.

El estudio original de las EAI se llevó a cabo en EE. UU. desde 1995 hasta 1997. Un total de 9508 personas acudieron a realizar su revisión anual y completaron encuestas confidenciales sobre sus experiencias en la infancia y su estado de salud y comportamientos actuales. Se midieron siete categorías de EAI (Tabla 1) y compararon la relación de estos eventos adversos con la posibilidad de padecer enfermedades en la edad adulta, conductas de riesgo y la autopercepción del estado de salud.

Cómo citar este artículo: Pinto Rubio M, Zabaleta Rueda A, Gorrotxategi Gorrotxategi P. Las experiencias adversas en la infancia. Detección precoz y prevención de sus consecuencias. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2023;16(1):xx-xx.



Figura 1. Consecuencias de experimentar eventos adversos en la infancia.

Fuente: Centers for Disease Control and Prevention. Preventing adverse childhood experiences (ACEs): Leveraging the Best Available Evidence. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2019.

El estudio reflejó que estas experiencias tenían un profundo impacto en los resultados relacionados con la salud más adelante en la vida. Más del 50% de los que respondieron a la encuesta habían experimentado al menos una EAI, y el 25% dos o más EAI a lo largo de su infancia. Se encontró una relación gradual entre el número de exposición de las EAI (cuatro o más eventos), las conductas de riesgo y el riesgo de padecer enfermedades en la edad adulta^{1,2}. En los resultados se observó una relación directa con la enfermedad isquémica, enfermedad pulmonar crónica, fracturas óseas, enfermedad hepática y mayores tasas de alcoholismo, tabaquismo, consumo de drogas, depresión, intentos de suicidio, enfermedades de transmisión sexual, inactividad física, obesidad y diferencias significativas en la autopercepción de la salud en general. De la misma manera, otros estudios han demostrado una relación directa con

el retraso del desarrollo, asma, infecciones graves de repetición, problemas psicossomáticos y alteraciones del sueño³.

Desde entonces, diversos países han continuado investigando en la misma línea, objetivándose la importancia y la repercusión que tienen estos eventos adversos en la edad adulta y, como consecuencia indirecta, sobre la población. A su vez, se han ido modificando y actualizando las categorías de EAI conforme han avanzado las investigaciones. La primera escala EAI se desarrolló con la investigación de Felitti, *et al.*, posteriormente se amplió la concepción de EAI con Cronholm, *et al.*⁴ y, por último, en el año 2015 apareció la reformulación de Finkelholm, *et al.*⁵.

En el Hospital Universitario Fundación Alcorcón se realizó también un interesante estudio. Se efectuó un estudio descriptivo retrospectivo entre 2018-2019, con los pacientes que acu-

Tabla 1. Categorías de EAI

| Felitti, <i>et al.</i> ¹ | Cronholm, <i>et al.</i> ⁴ | Finkelhor, <i>et al.</i> ⁵ |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Maltrato emocional • Maltrato físico • Agresión sexual por contacto • Madre o madrastra tratada violentamente • Abuso de sustancias en el hogar • Enfermedad mental en el hogar • Encarcelamiento de un miembro de la familia | <ul style="list-style-type: none"> • Maltrato emocional • Maltrato físico • Agresión sexual • Negligencia emocional • Negligencia física • Abuso de sustancias en el hogar • Enfermedad mental en el hogar • Encarcelamiento de un miembro de la familia • Violencia doméstica • Testigo de violencia • Discriminación • Vecindario inseguro • Matonaje (intimidación) • Haber vivido en un orfanato | <ul style="list-style-type: none"> • Maltrato emocional • Maltrato físico • Agresión sexual • Negligencia emocional • Negligencia física • Abuso de sustancias en el hogar • Madre tratada violentamente • Enfermedad mental en el hogar • Separación de los progenitores o divorcio • Encarcelamiento de un miembro de la familia • Bajo nivel socioeconómico • Victimización por pares • Rechazo o violencia de pares • Exposición a violencia en la comunidad |

dieron a la consulta de Pediatría Social en los que se aplicaron las categorías de EAI desarrolladas por Finkelhorn, *et al.*⁶. Se llegó a la conclusión de que casi la mitad de los pacientes atendidos en la consulta habían sufrido cuatro o más EAI y que existía una correlación negativa entre la edad y la puntuación obtenida; es decir, a menor edad, más puntuación en el cuestionario de EAI. También se describió que la EAI más frecuente en los niños era la separación de los padres, seguida de la victimización entre pares y la negligencia emocional. Un dato relevante que concluyeron fue que aproximadamente un 78% de los pacientes precisó derivación a otro recurso, la mayoría de ellos a salud mental y servicios sociales.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL IMPACTO DEL TRAUMA

La respuesta al trauma es particular. El mismo evento afecta de diferente manera a cada persona.

Factores como la naturaleza, la frecuencia, la gravedad del evento traumático, la duración, las consecuencias, la historia previa del trauma, el temperamento del niño, la edad y la disponibilidad de apoyos por parte de la familia y de la comunidad, pueden dar forma a la respuesta al trauma de un niño, lo que determinarán el impacto^{7,8}.

Factores que influyen de manera negativa al impacto del trauma:

- **Antecedentes de traumas anteriores:** las personas con experiencias traumáticas previas pueden ser más propensas a sentirse traumatizadas o incluso padecer problemas de salud mental cuando se enfrentan a otra experiencia negativa similar.
- **Antecedentes de problemas de salud mental:** los problemas de salud mental como la depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias pueden empeorar después de una experiencia traumática.
- **Problemas familiares de salud mental:** las personas que tuvieron familiares con problemas de salud mental pueden ser más propensas a padecer problemas de salud mental como resultado de los sucesos traumáticos.
- **Consecuencias y proximidad a la experiencia:** las personas con una pérdida significativa (p. ej., la muerte de un miembro de la familia, o lesiones), que tuvieron una experiencia cercana a la muerte como consecuencia de incidente, o que presenciaron un suceso traumático son más propensas a tener problemas que aquellas que simplemente escucharon hablar del suceso.

- **Estrés tóxico:** mientras que la respuesta hormonal al estrés en situaciones agudas es necesaria y protectora, las EAI pueden causar una activación prolongada, elevada y frecuente del sistema de respuesta al estrés, provocando una activación del eje hipotálamo-adrenocortical excesiva. De esta manera, se elevan las hormonas glucocorticoides y un exceso de citoquinas inflamatorias, provocando efectos en múltiples órganos, entre ellos el del cerebro en desarrollo. El estrés tóxico puede resultar, por lo tanto, de una activación intensa y frecuente de los sistemas de respuesta al estrés⁹. Esta alteración puede resultar en cambios anatómicos y fisiológicos, que son los precursores de deficiencias posteriores en el aprendizaje, el comportamiento, en las funciones afectivas, enfermedades físicas y mentales crónicas relacionadas con el estrés.

También se han publicado estudios sobre los efectos de las EAI a nivel genético y epigenético, asociando el estrés temprano con cambios de expresión del micro-ARN, modificaciones de las histonas y menor longitud de telómeros¹⁰.

Por otra parte, también existen factores protectores que brindan a los niños la posibilidad de mitigar los efectos de un trauma. De ello dependerán tanto las características individuales como las del entorno:

- **Individuo:** la respuesta al trauma depende, en parte, de las características personales de cada niño. Así pues, depende de la edad, del sexo, del estado madurativo en el inicio del trauma, de la genética y de su capacidad de adaptación a las situaciones adversas con resultados positivos, lo que conocemos como resiliencia. En su desarrollo influyen tanto las características innatas del individuo, como los factores externos: la relación y características con la familia, la comunidad y la cultura o entorno.
- **Sistemas de apoyo:** la familia como sistema nuclear, los cuidadores, los amigos, la cultura, el entorno y las instituciones forman una red que puede ser más o menos consistente, con gran influencia en la forma en que una persona experimenta un suceso traumático. De la respuesta que se dé desde estas redes de apoyo dependerá también la elaboración que hagan las niñas, niños y adolescentes del trauma. En este sentido, los niños y niñas que hayan desarrollado un apego seguro con sus padres y madres tienen mayor probabilidad de crecer de manera saludable, desarrollar una adecuada resiliencia y protección frente al trauma¹¹.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE LAS EAI

Las EAI y sus daños asociados son prevenibles. Crear y mantener relaciones seguras, estables y enriquecedoras y entornos para todos los niños, niñas y las familias, pueden prevenir las EAI y ayudar a todos los niños a alcanzar su salud y vida potencialmente plenas⁷.

Los y las profesionales de la pediatría disponemos de un entorno privilegiado para la prevención (Tabla 2), identificación y abordaje la exposición a los principales EAI. Nuestra labor permite:

- Apoyar a los padres y madres en la crianza positiva, incluidas las normas en torno a la disciplina segura y eficaz, promoviendo una comunicación no violenta y sin adversidad.
- Fomentar normas saludables y positivas en torno al género, la masculinidad y la violencia para proteger contra la violencia hacia las mujeres y contra la violencia doméstica.
- Reducir estigmas sociales y promover normas comunitarias en torno a una responsabilidad compartida por la salud y el bienestar de todos los niños.

Además, se tienen que impulsar otras estrategias desde el resto de las instituciones, como son el sistema educativo, legislativo y la familia como microsistema. El Centers of Disease and Prevention (CDC) propone estrategias para reforzar la seguridad financiera del hogar, políticas de trabajo favorables a las familias, leyes para reducir el castigo físico, campañas educativas, visitas domiciliarias precoces y educación preescolar con implicación familiar⁷.

Como se menciona en el artículo de FAPap “Programa de identificación del riesgo psicosocial en la infancia y adolescencia (I)”, las leyes y las políticas eficaces para proteger la infancia y adolescencia, y la coordinación entre la educación y la sanidad pública, y el trabajo social, son fundamentales para una protección real¹².

DETECCIÓN EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Las consultas programadas de salud infantil son un momento excepcional para indagar aspectos psicosociales de los niños, niñas y adolescentes. Los profesionales de la pediatría disponemos de una situación privilegiada, pues somos testigos del crecimiento y desarrollo de los pacientes y de sus familias. En ocasiones nos podemos encontrar con dificultades a la hora de detectar EAI. Entre los inconvenientes destacan la dificultad para reconocer la violencia como problema de salud, la falta de formación, técnicas inapropiadas de comunicación, falta de tiempo y recursos, y la intervención solo en casos de violencia física.

En la Tabla 3 se proponen algunos factores a tener en cuenta. La CDC publicó en 2019 una serie de acciones para prevenir las EAI basados en la evidencia⁷. En la APP PAPI-PSI¹³, creada recientemente por la AEPap, se exponen también los factores de riesgo a tener en cuenta en cada revisión del Programa de Salud Infantil. Osakidetza también ha publicado recientemente el nuevo Programa de Salud Infantil¹⁴, en el que desarrolla los factores de riesgo a tener en cuenta en las consultas⁷:

CONCLUSIONES

Proteger a los niños y niñas significa atender sus necesidades básicas para crecer en un ambiente propicio que potencie todas sus capacidades, un ambiente amoroso libre de violencia. Significa promover niños resilientes y protegidos, padres y madres con modelos de crianza positivos y estables, profesionales formados y concienciados con las necesidades de la infancia, instituciones, legislaciones y políticas acordes con sus derechos.

Los EAI deben formar parte del diagnóstico diferencial de las enfermedades crónicas, alteraciones del sueño y problemas psicosomáticos.

Tabla 2. Prevención de las EAI desde el entorno sanitario

| Prevención primaria | Prevención secundaria | Prevención terciaria |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar las relaciones familiares y su entorno • Visitas domiciliarias en pacientes con riesgo biopsicosocial • Manejo holístico del paciente: incluir expertos en manejo psicosocial del niño y de la familia. • Ayudar a mejorar las habilidades de los padres. Formación en crianza positiva. | <ul style="list-style-type: none"> • Crear estrategias comprensivas para identificar e intervenir en niños y familias con riesgo. • Formación del pediatra en factores de riesgo psicosociales y EAI • Ofrecer soporte en la crianza • Creación de equipos multidisciplinares que incluya trabajo social (evitar derivaciones externas) • Cribado EAI en consulta | <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer problemas de salud relacionados con EAI • Afrontamiento conductual que ayude a reducir el impacto emocional • Asociaciones de víctimas |

Tabla 3. Factores de riesgo y factores protectores de EAI.

| Factores de riesgo psicosocial | Factores protectores |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Estatus socioeconómico muy desfavorable • Distocia social multicausal • Violencia doméstica. Violencia de género • Familia desestructurada • Inmigración • Padre o madre que presentan algún tipo de enfermedad que influya en su capacidad de cuidado al niño/a, alcoholismo, drogadicción. Progenitores o cuidadores institucionalizados o con antecedente de ello • Familia monoparental • Padres menores de edad o muy mayores • Familias que incumplen los controles de salud o hiperfrecuentadoras • Embarazo de riesgo, abortos o muertes de hijos anteriores. Embarazo no controlado • Diagnóstico perinatal o postnatal de posible discapacidad física o psíquica, enfermedad grave o malformación. Prematuridad • Hijo no deseado • Separación prolongada madre-lactante • Situaciones desfavorables en la relación de apego afectivo madre/padre-recepción nacido/a • Depresión prenatal y/o postnatal • Niño institucionalizado • Niño adoptado • Características temperamentales difíciles del niño/a • Dificultades en la crianza • Embarazos no controlados/no aceptados/traumatizantes | <p>Factores individuales y familiares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambiente familiar seguro y estable que les apoye • Redes de amistad positivas • Buena escolarización • Adultos fuera de la familia que sirvan como modelos • Necesidades básicas cubiertas (alimentación, casa, salud) • Padres con estudios universitarios y trabajo estable • Núcleo social firme con relaciones saludables con el entorno • Familias estables que realicen actividades constructivas <p>Factores comunitarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunidades con ayudas económicas y financieras • Acceso a sistema de salud y a servicios de salud mental • Acceso a vivienda estable y segura • Acceso a alimentos • Acceso a estudios superiores • Acceso a actividades nutritivas después del colegio • Ciudadanos conectados e involucrados con la comunidad • Comunidades en las que la violencia no está aceptada o tolerada |

BIBLIOGRAFÍA

1. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 1998;14:245-58.
2. Tsuyuki K, Al-Alusi NA, Campbell JC, Murry D, Cimino AN, Servin AE, Stockman JK. Adverse childhood experiences (ACEs) are associated with forced and very early sexual initiation among Black women accessing publicly funded STD clinics in Baltimore, MD. *PLoS One.* 2019;14:e0216279.
3. Oh DL, Jerman P, Silvério Marques S, Koita K, PurewalBoparai SK, Burke Harris N, Bucci M. Systematic review of pediatric health outcomes associated with childhood adversity. *BMC Pediatr.* 2018;18:83.
4. Cronholm PF, Forke CM, Wade R, Bair-Merritt MH, Davis M, Harkins-Schwarz M, Pachter LM, Fein JA. Adverse Childhood Experiences: Expanding the Concept of Adversity. *Am J Prev Med.* 2015;49:354-61.
5. Finkelhor D, Shattuck A, Turner H, Hamby S. A revised inventory of Adverse Childhood Experiences. *Child Abuse Negl.* 2015;48:13-21.
6. Aguado Alba E, Álvaro Barrio LI. Análisis de las Experiencias Adversas en la Infancia en la consulta de Pediatría Social del Hospital Fundación Alcorcón. *Conocimiento Enfermero.* 2020;3,12-29.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Preventing adverse childhood experiences (ACEs): Leveraging the Best Available Evidence. Atlanta, GA:

National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2019.

8. Trauma y experiencias adversas en la infancia (ACE). En: HeadStart [en línea] [consultado el 17/01/2023]. Disponible en: <https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/es/publicacion/trauma-y-experiencias-adversas-en-la-infancia-ace>.
9. De Bellis MD, Zisk A. The biological effects of childhood trauma. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2014;23:185-222.
10. Drury SS, Theall K, Gleason MM, Smyke AT, De Vivo I, Wong JYY, et al. Telomere length and early severe social deprivation: linking early adversity and cellular aging. *Mol Psychiatry.* 2012;17:719-27.
11. Shonkoff JP, Garner AS; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics.* 2012;129:e232-e246.
12. Pérez Candás JI. Programa de identificación del riesgo psicosocial en la infancia y la adolescencia (I). *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2022;15;111-8.
13. Nace la app Salud Infantil para el autocuidado de las familias creada por los pediatras de Atención Primaria. En: AEPap [en línea] [consultado el 17/01/2023]. Disponible en: <https://www.aepap.org/actualidad/noticias-aepap/nace-la-app-salud-infantil-para-el-autocuidado-de-las-familias-creada-por-los-pediatras-de-atencion>.
14. Osakidetza. Programa de Salud Infantil. Osakidetza. Gasteiz: Gobierno Vasco; 2021.