

Experiencias Adversas en la Infancia y su impacto sobre la salud física y mental

Blanca Patricia Nevárez Mendoza

Gerardo Ochoa Meza

Departamento de Ciencias Sociales

Programa Doctorado en Psicología

Introducción

Las experiencias adversas en la infancia (EAI) se refieren a eventos dentro de un ambiente familiar y que tienen efectos potencialmente dañinos. Entre estos tipos de adversidades se encuentran: el maltrato psicológico, físico, sexual y negligencia, así como algunas formas de disfunción familiar como: ser testigo de violencia hacia la madre, abuso de alcohol o drogas dentro del hogar, abandono parental, enfermedad mental y encarcelamiento de algún miembro de la familia (Felitti et al., 1998). Debido a que las experiencias adversas infantiles suelen ocurrir dentro de un ambiente privado, son difíciles de identificar, por lo que las cifras no son exactas, sin embargo, se calcula que una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltrato físico, además de que una de cada cinco mujeres sufrió abuso sexual de niñas y uno de cada 13 hombres. También se reconoce que muchos niños son víctimas de abuso psicológico y de desatención por parte de sus cuidadores (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

En las últimas décadas, estudios han demostrado que el abuso y la negligencia hacia los niños están asociados con un incremento en el riesgo de desórdenes psiquiátricos (depresión mayor, trastorno bipolar, estrés postraumático, abuso de sustancias, entre otros), así como desórdenes médicos: enfermedades cardíacas, diabetes, enfermedad del colon, asma y otros, además de que los problemas de salud mental en individuos con exposición al maltrato son aún más severos que en aquellos individuos que no experimentaron adversidad infantil (Nemeroff, 2016). De manera que una pobre calidad de vida durante la infancia puede causar alteraciones metabólicas, del sistema inmune, en el proceso hormonal y neurológico en la edad adulta, así como dificultades psicológicas y mentales que aumentan la propensión a la depresión, ansiedad y desórdenes del estado de ánimo (González, Sánchez & Ramírez, 2019). En la tabla 1 se presenta un resumen de lo que se ha encontrado en investigaciones primarias (Larkin, Shields & Anda, 2012) que asocian la adversidad infantil con los resultados de salud.

Tabla 1.

Resumen de hallazgos derivados del estudio original de adversidad infantil (ACE Study) Felitti et al., (1998).

Resultados de salud asociados con las puntuaciones de Experiencias Adversas en la Infancia	
Enfermedades prevalentes	Cardiopatía isquémica, cáncer, enfermedad crónica pulmonar, fracturas esqueléticas, enfermedades de transmisión sexual y enfermedad del hígado.
Factores de riesgo para enfermedades comunes/salud pobre	Fumar, abuso del alcohol, promiscuidad, obesidad, uso de drogas ilícitas, uso de drogas inyectadas, múltiples síntomas somáticos, salud pobre, alto riesgo percibido de VIH.
Salud mental	Desórdenes depresivos, ansiedad, alucinaciones, reacciones de pánico, problemas de memoria y del sueño y falta de control de ira.
Salud sexual y reproductiva	Relaciones sexuales tempranas, insatisfacción sexual, embarazos adolescentes, embarazos no deseados y muerte fetal.

El maltrato y la negligencia infantil se consideran un problema de salud pública debido a las consecuencias graves que pueden durar para toda la vida. Los niños en países en vías de desarrollo presentan mayor vulnerabilidad por el contexto de pobreza, desigualdad y escasas en la educación (OMS, 2020). Es por eso que se propone un proyecto de investigación secuencial enfocado en la identificación de adversidad infantil en adultos de la localidad, el análisis de la relación entre tales adversidades y las condiciones de salud y las propuestas de intervención que aminoren el posible impacto a largo plazo de las experiencias adversas.

Objetivos

El objetivo general del trabajo de tesis doctoral es examinar la influencia de las experiencias adversas en la infancia en adultos de Ciudad Juárez mediante la identificación de su prevalencia, análisis de su relación con la salud física y mental y los procesos psicosociales involucrados en dicha relación.

Objetivos específicos:

1. Estudiar la validez y confiabilidad del cuestionario de EAI
2. Analizar la relación que existe entre el haber experimentado un tipo de adversidad y las condiciones de salud mental y física.
3. Analizar la relación entre la salud (física y mental) con la experimentación de dos o más adversidades en la infancia.

4. Estudiar la influencia que tienen los factores sociodemográficos en la relación que existe entre las adversidades y la salud (física y mental).
5. Diseñar y evaluar la efectividad de una intervención psicoemocional en personas con adversidad infantil.

Justificación

Si bien, los estudios previos han analizado la relación existente entre las adversidades infantiles y sus efectos en la salud y en el comportamiento en adultos, éstos se han llevado a cabo en otros países, principalmente en Estados Unidos. Sin embargo, en México y particularmente en la región norte del país, se desconoce tanto la prevalencia de las experiencias adversas como su influencia en la salud física y mental. Las investigaciones que se han dirigido a analizar adversidades infantiles no se han hecho desde un enfoque retrospectivo, es decir, que se recogen los datos tiempo después de que han ocurrido. Además, cuando se han abordado los eventos adversos infantiles, se ha hecho de forma individual (por tipo de experiencia) cada uno de ellos y no de forma conjunta o sumada.

Por otra parte, hacen falta investigaciones que expliquen las consecuencias psicológicas y fisiológicas a largo plazo de la experimentación de estrés tóxico provocado por la adversidad infantil. Asimismo, se requiere conocer la influencia de factores sociales, económicos y familiares en la existencia de problemas de salud derivadas de eventos traumáticos. Se pretende que los resultados de investigaciones sobre adversidad infantil aporten evidencia para contribuir con los trabajos de prevención dirigidos a la reducción de los efectos de los eventos traumáticos y así, un decremento en los costos a la salud pública. Además, examinar en adultos un posible historial de adversidades, fomenta que pacientes y profesionales entiendan las causas subyacentes de la patología tanto médica como psicológica y asegurar un mejor tratamiento.

Finalmente, no se cuenta con una herramienta válida y confiable para la evaluación de las EAI en población mexicana. Por lo que, se requiere de instrumentos con las garantías psicométricas.

Marco teórico

El análisis de las Experiencias Adversas en la Infancia y su influencia en la salud física y psicológica puede situarse desde una perspectiva multicausal denominada modelo biopsicosocial. Dicho modelo postula que los fenómenos relativos a la salud de las personas están influenciados por aspectos biológicos, psicológicos, asimismo por aquellos de carácter social, de modo que las enfermedades, no solo aparecen por una alteración bioquímica, sino por la interrelación de distintas causas fisiológicas, emocionales y sociales. A su vez, las alteraciones psicológicas pueden ocasionar dificultades o dolencias físicas (Engel, 1977).

Las experiencias tempranas con las figuras principales de cuidado tienen impacto sobre el desarrollo de los individuos. Bowlby (1998) afirma que la capacidad de adaptación o enfrentamiento al estrés con la que cuentan las personas es influida en gran medida por el patrón de apego o el vínculo que se generó durante sus primeros años de vida con la madre principalmente o los miembros de la familia en la que desenvuelve.

El modelo ecológico del maltrato de Belsky (1998) ofrece referencia respecto a la etiología del maltrato y la negligencia infantil y se conforma de una forma ecológica en una estructura de 4 niveles de análisis: a) el desarrollo ontogénico, que consiste en el material que los padres aportan al ambiente familiar como parte de su propia historia, sea de maltrato o no. Por ejemplo, la exposición al abuso infantil de los padres puede resultar en la adquisición de estrategias de educación agresivas y violentas hacia sus hijos. b) el microsistema, que representa al contexto inmediato en el que tiene lugar el maltrato infantil es decir, el ambiente familiar. Además, en este nivel se incluye la posible incapacidad de los padres para afrontar el estrés desencadenado por las características del niño. c) el exosistema que incluye las estructuras sociales que rodean a las familias como puede ser el vecindario, la red social informal, el círculo de amistades, mismos que no afectan de forma directa a los niños, sino que en ellos se inserta el ambiente en que se desenvuelven. d) macrosistema, es el nivel en el que se encuentran las posturas sociales y culturales que fortalecen el sistema de creencias que fomentan el abuso y la negligencia a través de la influencia que este ejerce sobre el micro y exosistema.

Diseño metodológico

El diseño metodológico para lograr los objetivos de investigación se sustentará en: 1) la aplicación de una ruta de validación de factores que componen las Experiencias Adversas en la Infancia, aplicados en muestras seleccionadas de adultos que acuden a servicios de atención médica primaria. 2) un diseño de investigación secuencial, 3) trabajo de campo y 4) en la solidez de análisis estadísticos (estadísticos descriptivos, correlaciones, análisis factorial, ecuaciones estructurales, análisis de regresión múltiple).

Estudio 1. Adaptación del cuestionario Experiencias Adversas en la Infancia

Objetivo: Adaptar el Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia con población adulta que acude a servicios médicos primarios en Ciudad Juárez.

Método: Se realizó la adaptación del cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia mediante un estudio instrumental, para lo que se siguió la ruta de validación sugerida por Carretero-Dios y Pérez (2005) y los lineamientos que sugieren la American Educational Research Association, American Psychological Association, Joint Committee on Standards for Educational, Psychological Testing (1985). Se seleccionó una muestra incidental en las salas de espera de un centro de salud de la localidad, se les invitó a participar y al llenado del cuestionario.

Se realizaron los análisis para determinar la validez de contenido mediante la participación de jueces, estructura factorial del cuestionario con análisis factorial exploratorio y confirmatorio mediante un modelo de ecuaciones estructurales, confiabilidad a través del método de división por mitades y, la consistencia interna.

Instrumentos: Cuestionario de experiencias adversas en la infancia de Felitti et al., (1998). Es un instrumento de autoreporte con 10 preguntas que identifican en retrospectiva las posibles circunstancias adversas experimentadas en la infancia, el tipo de respuesta es dicotómica (sí-no). Un ejemplo de las preguntas es: ¿Alguno de sus padres u otros adultos en su casa con frecuencia o con mucha frecuencia lo empujaban, lo jalaban, lo cacheteaban, o le aventaban cosas? o ¿Alguna vez lo golpearon con tanta fuerza que le dejaron marcas o lo lastimaron? La cantidad de respuestas afirmativas se contabilizan con el número 1 y el rango es de 0 al 10.

Presenta una estructura factorial de tres indicadores que son: Disfunción familiar, abuso físico/emocional y abuso sexual. La consistencia interna de Alfa de Cronbach de .78 (Ford et al., 2014).

Resultados: Un total de 672 adultos completaron el cuestionario, el 70% eran mujeres y 30% hombres. El índice de validez de contenido fue de bueno a muy bueno (V de Aiken entre .70 y .95). Los valores alfa en la consistencia interna fueron moderados (rango: .62 a .68). La confiabilidad fue aceptable (correlación Spearman-Brown $r=.73$). Dos factores explicaron el 40.17% del total de la varianza, y se confirmó una estructura interna compuesta por dos factores.

Estudio 2. Estudio acerca de la influencia de las experiencias adversas en la infancia en la salud física y mental en adultos de Ciudad Juárez

Objetivo: Analizar la relación que existe entre el haber experimentado un tipo de adversidad y las condiciones de salud mental y física. También conocer la relación entre la salud (física y mental) con la experimentación de dos o más adversidades en la infancia.

Método: Estudio transversal en una muestra de tipo incidental de 389 participantes, adultos de edades entre 18 y 65 años. Esta muestra no probabilística de tipo incidental se selecciona de acuerdo con la conveniencia o el acceso con el que cuenta el investigador y en donde se utiliza por ser desconocido el número de la población (Tamayo, 2001).

A los participantes se les informó sobre la investigación y se les solicitó la firma del consentimiento informado. Posteriormente, el llenado de los instrumentos de medición y el de información sociodemográfica.

Instrumentos: 1) Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia, descrito en el estudio de adaptación.

2) Cuestionario de la salud del paciente PHQ-9 para evaluar la presencia de síntomas depresivos, autoreporte en el cual los 9 ítems de depresión corresponden a los criterios de diagnóstico del DSM-IV. Este instrumento busca los síntomas en las últimas dos semanas y, de acuerdo con la puntuación se categoriza en: rango mínimo, medio, moderado, moderadamente severo y severo (Familiar et al., 2014).

3) Cuestionario de Ansiedad Generalizada GAD-7. Es un cuestionario que evalúa rasgos de ansiedad presentes en las últimas dos semanas. Consta de 7 ítems que pueden variar en puntuación de 0 a 3. La calificación que se pueden obtener va de 0 a 21, mismos que se dividen en categorías que van de 0 a 4 como normal, ansiedad leve con 5 a 9 puntos, ansiedad moderada de 10 a 14 y severa con puntuaciones arriba de 15 (Spitzer, 2006).

4) Cuestionario de la salud del paciente PHQ-15. es un cuestionario de salud que consta de 15 ítems sobre problemas físicos que pudiesen haber molestado a los pacientes en un periodo de 4 semanas a la fecha de aplicación. Los problemas físicos que incluye la prueba son: dolor de estómago, brazos, espalda, piernas, articulaciones, de cabeza, menstruales, del tórax, mareos, desmayos, palpitaciones, falta de aire para respirar, dolor durante las relaciones sexuales, estreñimiento-diarrea, náuseas-gases o indigestión, cansancio y problemas de sueño. Las respuestas están en un rango de 0 (nunca) hasta 3 (casi todos los días) (Ros, Comas, & García-García, 2010).

5) Datos sociodemográficos y de salud. Cuestionario con datos como sexo, edad, escolaridad propia, escolaridad de los padres, nivel socioeconómico, zona de residencia, y tipo de familia de origen. La información sobre salud se obtuvo con la siguiente pregunta: ¿Algún médico, enfermera o profesional de salud lo ha diagnosticado con?: diabetes, infarto, enfermedad del corazón u obesidad. ¿Presenta lo siguiente?: limitaciones debido a problemas físicos o emocionales, uso de bastón, uso de silla de ruedas o cama especial.

Resultados: La muestra fue de 389 participantes. El 75.8% eran mujeres y 24.2% hombres; la media de edad de los participantes fue de 32 años. El 75% reportó al menos un tipo de adversidad y el 18% cuatro o más. Se encontró una relación significativa entre la cantidad de EAI y la edad, escolaridad de la madre y escolaridad del padre. Un aumento en la cantidad de adversidades se relacionó con la presencia de mayor severidad psicósomática y mal funcionamiento debido a problemas físicos y emocionales. Reportar 3 EAI estuvo asociada con un incremento en Odds Ratio (OR) para depresión, ansiedad, limitaciones por malestares físicos o emocionales. Mayor ansiedad estuvo asociada con el haber experimentado abuso sexual y ser testigo de violencia en la familia y negligencia emocional.

Estudio 3. Efectividad de una intervención para el manejo del estrés en jóvenes con adversidad infantil.

Objetivo: evaluar la efectividad de una intervención para el manejo del estrés mediante un tratamiento cognitivo conductual en aquellos jóvenes que hayan experimentado adversidades en la infancia.

Método: Diseño cuasi experimental de comparación intra-sujetos e inter-sujetos con un grupo experimental y uno de control, muestra no probabilística por conveniencia y asignación no aleatoria a los grupos, medición pre y post intervención.

Los participantes fueron dos grupos de primer semestre de una institución de bachillerato. Se solicitó la autorización a los directivos del plantel para llevar a cabo el estudio. A los estudiantes de ambos grupos (experimental y control) se les entregó el documento con la información para ellos y sus padres con el fin de que firmaran el consentimiento y estuvieran al tanto sobre lo que consistiría su participación. Posteriormente, se llevó a cabo la intervención a modo de taller con base en la teoría cognitivo conductual en la que se abordaron los temas relacionados con el reconocimiento e impacto de la adversidad infantil, identificación y manejo de emociones, reestructuración cognitiva, resolución de problemas y afrontamiento al estrés.

Resultados: 91 estudiantes, 47 hombres (51.6%) y 44 mujeres (48.4%). La distribución de las edades de los participantes fue: de 15 años un 73.6%, de 16 años el 25.3% y solo un estudiante de 17 años. El 64% de los participantes experimentó al menos una forma de adversidad y el 9% reportó cuatro o más.

Las adversidades que se presentaron con mayor frecuencia fueron: negligencia emocional y encarcelamiento de alguno de los miembros de la familia, abuso de alcohol y drogas dentro del hogar, depresión dentro del hogar, pérdida parental y abuso psicológico.

Se encontró una influencia significativa entre el haber experimentado alguna adversidad y el nivel alto de estrés. También se presentó una disminución en la escala de estrés en el grupo que recibió la intervención y así como el nivel alto de estrés decreció en grupo experimental, no así en el grupo control.

Estudio 4. Estudio de moderación de factores sociodemográficos sobre la relación de las Experiencias Adversas en la Infancia y su impacto en la salud física y mental en población adulta.

Objetivo: Estudiar la influencia que tienen los factores sociodemográficos en la relación que existe entre las adversidades y la salud (física y mental).

Método: Estudio no experimental transversal con muestra no probabilística de tipo incidental, de sexo indistinto, con edades entre 18 y 65 años y que al momento de la investigación autoricen su participación en el proyecto.

Los instrumentos de medida que se utilizarán serán el cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia, el Patient Health Questionnaire para depresión (PHQ-9), para ansiedad se emplearán el Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) y síntomas físicos (PHQ-15). Cuestionario con datos como sexo, edad, escolaridad propia, escolaridad de los padres, nivel socioeconómico, zona de residencia, y tipo de familia de origen.

Los participantes llenarán los cuestionarios y escalas en un solo momento y mediante un modelo de ecuaciones estructurales se probará la hipótesis de la función moderadora de los factores sociodemográficos sobre la relación entre EAI y los resultados de salud psicológica y síntomas psicósomáticos.

Referencias

- American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment, an ecological integration. *American Psychologist*, 35(4), 320-335.
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551.

- Engel, G. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Familiar, I., Ortiz-Panozo, E., Hall, B., Vieitez, I., Romieu, I., Lopez-Ridaura, R., & Lajous, M. (2015). Factor structure of the Spanish version of the Patient Health Questionnaire-9 in Mexican women. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(4), 74-82. doi:10.1002/mpr.1461
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., . . . Marks, J. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
- Ford, D. C., Merrick, M. T., Parks, S. E., Breiding, M. J., Gilbert, L. K., Edwards, V. J., . . . Thompson, W. W. (2014). Examination of the factorial structure of adverse childhood experiences and recommendations for three subscales scores. *Psychology of Violence*, 4(4), 432-444. doi:10.1037/a0037723.
- González, S., Sánchez, S., & Ramírez, N. (2019). Epigénesis: secuelas de una infancia adversa. *Revista Digital Universitaria*, 20(2), 1-13. doi:10.22201/codeic.16076079e.2019.v20n2.a1
- Larkin, H., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2014). Social Work and Adverse Childhood Experiences research: implications for practice and health policy. *Social Work in Public Health*, 29(1), 1-16. doi:10.1080/19371918.2011.619433
- Nemeroff, C. (2016). Paradise lost: the neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect. *Neuron*, 89(5), 892-909. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.neuron.2016.01.019
- Organización Mundial de la Salud. (8 de junio de 2020). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Ros, S., Comas, A., & García-García, M. (2010). Validación de la versión Española del cuestionario PHQ-15 para la evaluación de síntomas físicos en pacientes con trastornos de depresión y/o ansiedad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(6), 345-357.
- Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. *American Medical Association*, 166, 1092-1097.
- Tamayo, G. (2001). Diseños muestrales en la investigación. *Semestre económico*, 4(7), 1-14.