

Análisis de las Experiencias Adversas en la Infancia en la consulta de Pediatría Social del Hospital Fundación Alcorcón

Elena Aguado Alba¹, Lorena I. Álvaro Barrio²

¹ Grado en Enfermería. Enfermera Especialista en Pediatría. Hospital Infantil Niño Jesús.

² Diplomada en Enfermería. Enfermera Especialista en Pediatría. Hospital Fundación Alcorcón.

Fecha de recepción: 16/07/2020. Fecha de aceptación: 08/10/2020. Fecha de publicación: 31/10/2020.

Cómo citar este artículo: Aguado Alba, E., Álvaro Barrio, L.I., Análisis de las experiencias adversas en la infancia en la consulta de Pediatría Social del Hospital Fundación Alcorcón. *Conocimiento Enfermero* 10 (2020): 12-29.

RESUMEN

Antecedentes. Las Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) son circunstancias que afectan durante la niñez aumentando la probabilidad de desarrollar graves problemas de salud durante la infancia hasta la vida adulta. Estas experiencias, por su grave impacto en la sociedad, son consideradas un problema de salud pública, siendo actualmente objeto de investigación en muchas zonas de Europa, Asia y América. La detección temprana y el abordaje precoz, son elementos clave para mejorar la salud y bienestar de los niños.

Objetivo. Análisis de las EAI en los niños que acuden a la consulta de Pediatría Social del Hospital Fundación Alcorcón.

Método. Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo, realizando el análisis de datos, extraídos previamente mediante una base anonimizada de las historias clínicas, de los niños/as atendidos en la consulta de Pediatría Social del Hospital durante el último año (noviembre 2018–noviembre 2019); aplicando las categorías de EAI desarrolladas por Finkelhorn et al. (2015).

Resultados. El 49% de la población estudiada presenta un riesgo biopsicosocial elevado ya que presentan 4 o más EAI aplicando la escala de cribado de Finkelhorn. Entre los motivos de consulta más prevalentes se encuentran “comportamiento violento del menor”, “trastornos de conducta” y “sospecha de abuso sexual infantil”. El 78% de la población precisó derivación a otro recurso sociosanitario.

Conclusiones. El uso de herramientas de cribado, como el Cuestionario de EAI, permite a los profesionales sanitarios dar respuesta a las necesidades de los menores y sus familias, fomentando el desarrollo de una población más saludable.

Palabras clave: abuso infantil; negligencia infantil; trauma infantil; maltrato infantil; adversidad infantil; experiencias adversas en la infancia.

Analysis of Adverse Childhood Experiences in the Social Pediatrics Consultation of the Alcorcón Hospital Foundation

ABSTRACT

Background. Adverse Childhood Experiences (ACE) are circumstances that affect during childhood, increasing the probability of developing serious health problems from childhood to adulthood. Due to their serious impact on society, these experiences are considered a public health problem and are currently the subject of research in many areas of Europe, Asia and America. Early detection and intervention are key elements to improve the health and well-being of children.

Objective. Analysis of adverse childhood experiences in the social pediatrics consultation of the Alcorcón Hospital Foundation.

Method. A retrospective descriptive study was carried out, analyzing the data, previously extracted through an anonymized database of the medical records, of the children attended in the Social Pediatrics Consultation of the Hospital during last year (November 2018- November 2019); applying the EAI categories developed by Finkelhor et al. (2015).

Results. In the study, 49% of the population has a high biopsychosocial risk, presenting 4 or more ACEs using the Finkelhorn screening scale. Among the most prevalent reasons for consultation are “violent behavior of the minor”, “conduct disorders” and “suspicion of child sexual abuse”. 78% of the population required a referral to another social health resource.

Conclusions. The use of screening tools, such as the EAI Questionnaire, allows health professionals to respond to the needs of minors and their families, promoting the development of a healthier population.

Keywords: child abuse; child neglect; child trauma; child maltreatment; child adversity; adverse childhood experiences; early childhood adversity.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/126>

*“It is easier to build strong children
than to repair broken men”*
Frederick Douglass (1817-1895)

1. Introducción

Lo que sucede durante la infancia y adolescencia repercute a lo largo de la vida. Durante los últimos veinte años se han desarrollado múltiples estudios, de diferentes disciplinas, que han investigado el impacto de las experiencias adversas en la infancia (EAI).

En la década de los noventa se llevó a cabo en EEUU uno de los primeros estudios que investigó la asociación entre la salud general y las experiencias adversas vividas durante la infancia y adolescencia. Este estudio fue el ACE (Adverse Childhood Experiences) realizado por el CDC (Center for Disease Control) y la Kaiser Permanente’s Health Appraisal Clinic de San Diego. Se midieron siete categorías de experiencias adversas en la infancia: maltrato físico, maltrato psicológico, abuso sexual, violencia contra la madre, o la convivencia con algún miembro de la familia que abusara de sustancias, sufriera alguna enfermedad mental o estuviera en prisión. Aunque el estudio actualmente continúa en marcha, las primeras conclusiones se obtuvieron de las mediciones llevadas a cabo entre 1995 y 1998, enlazando los resultados de encuestas de experiencias adversas tempranas, realizadas en una población de 9.508 adultos, con datos extraídos de evaluaciones médicas. Los resultados mostraron que más de la mitad de las mujeres y hombres habían vivido por lo menos una experiencia adversa, y que el 25% de la población muestral había sufrido dos o más EAI. Se concluyó que las personas que habían vivido 4 o más experiencias adversas presentaban en la edad adulta mayores tasas de alcoholismo, tabaquismo, consumo de drogas, depresión, intentos de suicidio, en-

fermedades de transmisión sexual, inactividad física, obesidad severa y diferencias significativas en la autopercepción de la salud en general. Además, se observó relación entre el número de experiencias adversas sufridas con la aparición de patologías tales como cardiopatías isquémicas, cáncer, enfermedad pulmonar crónica, fracturas óseas y enfermedades hepáticas. Por tanto, este estudio fue uno de los primeros en demostrar la existencia de una sólida relación entre las experiencias adversas experimentadas durante la niñez, con el desarrollo de enfermedades severas asociadas a conductas de riesgo para la salud durante la adolescencia y la edad adulta, y que potencialmente pueden ocasionar una muerte precoz [1].

Desde entonces, diversos países han continuado investigando en la misma línea, siendo cada vez más tangible la importancia y la repercusión que tienen estos eventos adversos en la infancia y, como consecuencia indirecta, sobre la población. La acumulación de EAI afecta a la salud general, a nivel físico se ha demostrado que dicha acumulación aumenta la probabilidad de desarrollar enfermedades autoinmunes [2], infecciones [3], asma, alteraciones en la piel, problemas digestivos [4], alteraciones cardiovasculares [4-6], enfermedades crónicas [7-11] y obesidad [7,12]. Además, se incrementan los problemas de salud, el dolor, el grado de discapacidad, y el número de visitas a los servicios médicos, tanto de atención primaria como hospitalaria [13].

La repercusión de las EAI no sólo tiene consecuencias a nivel físico, también se ha asociado con baja satisfacción con la vida [7], práctica de conductas sexuales de riesgo, consumo de drogas, alcohol y tabaco [14]; así como con el desarrollo de problemas de conducta, retraso en el desarrollo cognitivo [3], trastornos del lenguaje [12], y trastornos de origen psíquico como depresión [15-17], ansiedad [16,17], sueño disruptivo [3],

enfermedades psicosomáticas [3], trastornos de personalidad [18], aumento de intentos autolíticos [4,19-21] y el aumento de la criminalidad en la vida adulta [22,23].

Encontramos también estudios que asocian las EAI con alteraciones cerebrales tanto a nivel funcional como estructural, provocando daños que persisten hasta la edad adulta. Estos daños son causados por la exposición a niveles anormales y prolongados en el tiempo de glucocorticoides como consecuencia del estrés sufrido, y tienen consecuencias tales como: disminución del volumen del hipocampo y de las estructuras corticales frontales, el desarrollo de cuerpos callosos reducidos, así como anomalías estructurales en la amígdala (todas ellas regiones relacionadas con la emoción y su procesamiento) [24].

Además, se producen déficits de integridad y conectividad en la materia blanca, y en amplias redes cerebrales relacionadas con múltiples funcionalidades, dando como resultado cambios permanentes en el desarrollo cerebral [24,25], y provocando, de este modo, déficits en las funciones cognitivas como la memoria, las funciones ejecutivas, las funciones afectivas [26], así como alteraciones en el aprendizaje, en la conducta [15, 17], y favoreciendo respuestas maladaptativas a situaciones futuras [27], siendo frecuente una capacidad reducida para distinguir entre la amenaza y las señales seguras durante el condicionamiento del miedo [24].

Incluso existen estudios sobre los efectos de las EAI a nivel genético y epigenético, asociando el estrés temprano con cambios en la expresión del microRNA, modificaciones en las histonas [28] y menor longitud de los telómeros [29].

Las últimas investigaciones tienden a acotar su análisis, centrándose en la detección de los eventos adversos en edades más tempranas, momento en el cual la realización de un screening adecuado y una intervención precoz, unidos al entrenamiento adecuado de los profesionales a cargo de la salud de la comunidad, ayudaría a mejorar la situación de las personas afectadas, potenciando su bienestar y su resiliencia en posibles eventos presentes y futuros [30-32].

Resultan especialmente importantes los primeros cinco años de vida, momento crítico en el desarrollo de los niños/as, en los cuales debe considerarse la exposición a los EAI como un eje re-

levante en la evolución de su salud y su bienestar. Las EAI más prevalentes en los niños/as menores de 5 años son la privación socioeconómica, la separación/divorcio de los padres, y el maltrato emocional o psicológico. El abordaje en los primeros años de vida evita la consecución de una cadena de riesgos asociados [33].

Es por ello que, sin la presencia de apoyo y un entorno favorable, la probabilidad de que aparezca una EAI aumenta, resultando cada vez más difícil regular el estrés que las mismas EAI producen, convirtiéndose en un estrés tóxico. Este estrés provoca como resultado un afrontamiento disfuncional ante la adversidad y dificultad para generar recursos psicosociales [34].

En definitiva, en base a los estudios previos, observamos que las EAI provocan daños desde la niñez, causando problemas familiares, de desarrollo, comportamentales y educacionales. Todos estos factores pueden tener consecuencias para toda la vida, e incluso intergeneracionales, pudiendo encerrar a las familias en ciclos de adversidad, privación y mala salud [35-40]. Por ello es primordial centrar nuestras actuaciones hacia la **detección e intervención precoz de las EAI, pero** ¿sabemos los profesionales de la salud actuar sobre las EAI?

Actualmente la formación de los profesionales sigue estando enfocada principalmente a los procesos agudos de salud de los niños. Los problemas derivados de las EAI, recientemente llamados “nueva morbilidad”, hacen patente la necesidad de nuevas estrategias para un abordaje más efectivo de estos, siendo estas maniobras esenciales para mejorar la salud tanto física como mental de los niños, al igual que el bienestar social y económico de los países [27,41].

Muchos de los profesionales que participaron en estudios cuya base era el estudio integral de las EAI, sintieron que sus competencias y aptitudes no eran suficientes ni adecuadas para trabajar con niños sometidos a este tipo de adversidades, experimentando falta de control sobre su forma de trabajar con ellos, y disminuyendo su seguridad como profesionales. El abordaje de estos casos era a menudo comparado con “caminar sobre un campo de minas”. También experimentaron dificultades a la hora de saber cómo y cuándo preguntar a los niños sobre sus EAI, ya que consideraban que deberían tener el conocimiento y las habilidades específicas para enfrentar esa adversidad de forma

que pudieran beneficiar al niño. Tampoco les resultaba fácil identificar esa adversidad en el paciente, ya que muchas veces lo interpretan como signos de ingenuidad por parte de éste cuando no era así [42].

Algunos profesionales presentaron otro punto de vista, alegando que la excesiva carga de trabajo y la falta de tiempo durante el desempeño de la atención al niño y a las familias hacía que la detección de las EAI en ellos no fuese su objetivo primordial durante la atención, ni tampoco lo consideraban su responsabilidad [42].

En general entre los profesionales prevalecen sentimientos de inseguridad y frustración por desconocimiento a la hora de abordar este tema. Existe una percepción de falta de guías y formación al respecto, e incluso en ocasiones algunos muestran disconformidad con las mismas. Pero lo más destacado es un sentimiento generalizado de carencia de apoyo social y falta de ayuda por parte de las instituciones y las autoridades, haciendo que los estudios que han analizado este punto concluyan que la mayoría de los profesionales de la salud, a la hora de explorar la adversidad infantil, hayan sentido miedo de empeorar la situación y/o creyeron haberlo empeorado [43].

Es por todo ello que los profesionales consideran necesario realizar programas de formación pediátrica, con acercamientos simulados con las familias, no sólo preguntando, sino debatiendo y analizando las EAI. Esto es debido a que hablar con los padres sobre estas experiencias podría darles el valor, tanto a ellos como a los niños, para buscar ayuda, sobre todo como reacción al hecho de que un profesional se interese por las dificultades que pueden estar pasando y, qué de igual modo, valide sus experiencias [44].

Esta formación adicional sobre la importancia de identificar las EAI en la práctica pediátrica sería esencial para asegurar unos cuidados óptimos de la población infantil, ya que la mayoría de los profesionales encuestados, nunca habían oído hablar del estudio original sobre éstas, y no entendían sus efectos epigenéticos [44].

La primera escala que midió las EAI nació a finales del siglo XX con la investigación pionera de Felitti et al [1], posteriormente se amplió la conceptualización de EAI con Cronholm et. al. [33], y por último en el año 2015 apareció la reformulación de Finkelhorn et. al [45], dejando patente el creciente

interés por el tema. Los ítems utilizados en el cuestionario para la detección de EAI han ido variado conforme han avanzado las investigaciones.

El gran impacto de las EAI a largo plazo, unido a la falta de detección y de formación de los profesionales en este tema, nos hace preguntarnos si realmente **la prevención de las EAI “sale a cuenta”**.

“Los principios básicos de la neurociencia indican que proporcionar condiciones positivas de apoyo para el desarrollo de la infancia temprana resulta más efectivo y menos costoso que atender las consecuencias de la adversidad temprana más tarde en la vida. Las políticas y programas que con la mayor celeridad identifican y apoyan a los niños y las familias más en riesgo de experimentar estrés tóxico, reducirán o evitarán la necesidad de que ellos requieran más adelante de programas de apoyo y recuperación, más costosos y menos efectivos” [46]. Además, existen datos que reflejan que los costes globales sólo como consecuencia de los diferentes tipos de violencia física, psicológica y sexual contra los niños/as pueden ascender hasta un 8% el PIB (47).

A pesar de que “la prevención sale a cuenta” y de que la inversión en el abordaje de las EAI mejoraría la salud de la población general (48), los niveles de gasto en acciones preventivas y de respuesta en relación a la violencia contra los niños/as siguen siendo muy bajos (47).

2. Objetivos

Dada la magnitud de la repercusión de las EAI en la vida adulta, nuestro estudio presenta los siguientes objetivos:

Objetivo principal:

Analizar las EAI y riesgo biopsicosocial derivado de las mismas, en los niños que acuden a la consulta de Pediatría Social del Hospital Fundación Alcorcón.

Objetivos secundarios:

- Cuantificar las EAI que presentan.
- Identificar aquellas que son más prevalentes en los niños que son atendidos en la consulta.
- Valorar la existencia de relación entre el motivo de consulta y las EAI presentes en la vida del niño.

- Identificar, si está registrado en la historia, el origen de la derivación del niño a la consulta de Pediatría Social (AP, Urgencias, colegio, etc).
- Valorar si precisó derivación a otro profesional/centro tras la consulta.

3. Material y métodos

Se lleva a cabo un estudio *descriptivo retrospectivo*, realizando el análisis y la explotación de datos obtenidos previamente de las historias clínicas de los niños/as atendidos en la consulta de Pediatría Social del Hospital Universitario Fundación Alcorcón durante el último año (noviembre 2018–noviembre 2019).

Las **categorías** descritas en la **escala de cribado de Finkelhorn** [45], son las que se utilizaron para realizar nuestro estudio:

- *Relacionados con aspectos de maltrato directo al niño:*
 - maltrato emocional,
 - maltrato físico,
 - asalto sexual,
 - negligencia emocional,
 - negligencia física
- *Relacionados con incapacitación parental o familiar:*
 - abuso de sustancias en el hogar,
 - madre tratada violentamente,
 - enfermedad mental en el hogar,
 - separación de los padres o divorcio, experiencia que se debe analizar cuidadosamente, ya que el elemento tóxico en ella es la exposición prolongada al conflicto parental, más que el propio divorcio [45];
 - encarcelamiento de un miembro de la familia,
 - bajo nivel socioeconómico
- *Dirigidos a relaciones disfuncionales con el entorno y la comunidad:*
 - victimización por pares,
 - aislamiento o rechazo de pares,
 - exposición a violencia en la comunidad [23].

La selección de sujetos se llevó a cabo mediante la **acotación temporal de un año**, obteniendo

de forma aleatoria, entre todos los niños atendidos durante ese período, un tamaño muestral de 179 individuos.

La recogida de datos se realizó a partir de una base anonimizada, en la que los elementos recogidos de cada niño se agrupan bajo el mismo número ordinal, el cual no guarda relación alguna con ningún dato de identificación personal o institucional. Los datos fueron extraídos de las historias clínicas por el Dr. Antonio Gancedo, médico responsable de la consulta de pediatría social en el Hospital Fundación Alcorcón. Él mismo recogió los datos más relevantes de las entrevistas a los niños y a las familias y posteriormente, se hizo una selección aleatoria de los números ordinales recogidos, hasta conseguir el tamaño muestral elegido.

El estudio cumple los siguientes **criterios**:

- **Criterios de inclusión:**
 - Pacientes atendidos en la consulta de Pediatría Social del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
 - Pacientes que han acudido a la consulta y resuelto el episodio, o pacientes que han iniciado la atención y el seguimiento en el último año.
- **Criterios de exclusión:**
 - Pacientes que han sido dados de alta en la consulta de Pediatría Social hace más de un año.
 - Pacientes que han iniciado el seguimiento por parte de Pediatría Social a partir de noviembre del 2019.
- **Especificaciones:**
 - Se analizaron y recogieron así mismo los datos necesarios de aquellos pacientes que hubieran abandonado el seguimiento (traslado a otra comunidad, alta voluntaria, alta forzosa por incomparecencia reincidente, derivación para su tratamiento por parte de otros centros especializados como CIASI, Asociación Amalgama, Fundación Luz Casanova, CAID, servicio de Atención en Adicciones tecnológicas, programa LGTBI de la CAM, etc.) o que actualmente sean mayores de edad, cuando todos ellos entren dentro del período elegido para el estudio.

Los **datos que se recogieron** de las historias clínicas fueron (Anexo 1: Cuestionario EAI):

- Sexo
- Edad del niño en la primera consulta
- Motivo de consulta.
- Unidad de derivación a la consulta de Pediatría Social: Urgencias, Atención Primaria, Pediatría, Colegios, Centros especializados, etc.
- Necesidad de derivación, si procede, según la condición del paciente y las necesidades detectadas a: Servicios Sociales, Salud Mental, Centro de atención a la mujer, etc.
- Puntuación de la tabla/inventario de EAI desarrollada por Finkelhor et al. en el 2015.

Recogida de datos:

Para la recogida de los datos se usaron aquellos presentes en la **base de datos anonimizada y disociada en formato .xlsx** realizada por el Dr. Antonio Gancedo, pediatra responsable de la consulta de Pediatría Social del Hospital Fundación Alcorcón, se encuentra guardada en el servidor interno del centro, con acceso limitado a los investigadores para su posterior análisis. De esta manera, los datos de los pacientes han permanecido anonimizados, respetando la **Ley Orgánica de protección de datos de carácter personal 15/1999 de 13 de diciembre**. La elección de los sujetos se ha realizado de forma aleatoria, siendo limitados a aquellos cuyos datos hayan sido recogidos en los últimos 12 meses (noviembre 2018–noviembre 2019).

Análisis de datos:

- La variable principal a estudio es la Experiencia Adversa en la Infancia (EAI), su presencia o ausencia en el paciente que acude a la consulta, y en qué número se presenta.
- Es una variable cualitativa dicotómica: su presencia, al pasar la escala, se refleja como “SÍ”, y su ausencia se refleja como “NO”.
- A ambas variables, a efectos de su posterior análisis estadístico, se les ha asignado un valor cuantitativo discreto: “SÍ” equivale a 1 punto de valor, y a “NO” se le asigna 0 puntos de valor.
- Una vez pasado el cuestionario por la historia clínica del paciente seleccionado, se suman los puntos totales resultantes de la res-

puesta dicotómica “SÍ”, dando un resultado numérico entre 0 y 14 puntos.

- El punto de corte para determinar la presencia de **riesgo biopsicosocial elevado será de 4 puntos o superior** de acuerdo a la bibliografía revisada y los estudios realizados previamente.
- Las variables secundarias analizadas son:
 - Sexo: variable cualitativa dicotómica (Mujer/Varón).
 - Edad del niño: medido en años de edad, variable cuantitativa discreta.
 - Motivo de consulta: variable cualitativa.
 - Unidad de derivación a la consulta de Pediatría Social.
 - Necesidad de derivación a otros recursos tras la consulta.
- El análisis de los datos se realizó con el **programa informático SPSS versión 21 para Windows**.
- Las variables cualitativas se describen con frecuencias absolutas y relativas, y las variables cuantitativas lo hacen mediante la media y la desviación estándar, o con la mediana y el rango intercuartílico, siendo esto dependiente del tipo de distribución que siga la variable.

Limitaciones del estudio:

La escala de detección de las Experiencias Adversas en la Infancia (Finkelhorn et al. 2015) fue utilizada como herramienta de cribado para el estudio, esta es originariamente una escala autoadministrada. Durante el desarrollo del trabajo debido a las limitaciones del estudio, se adaptó la escala, creando una ad hoc, la cual ha sido heteroadministrada por las investigadoras. La información que el facultativo responsable de la consulta, Dr. Antonio Gancedo, recoge durante las valoraciones a los menores es muy exhaustiva, es por ello que se pudo recopilar toda la información necesaria sin necesidad de entrevistar a los menores directamente.

Aspectos éticos:

- Se presentó el proyecto preliminar al **CEIm para solicitar el acceso a las a los datos extraídos previamente de forma anonimizada de las historias clínicas de los pacientes**, y así extraer los datos pertinentes para el estudio. Obteniendo posteriormente el consen-

miento del mismo para el desempeño del trabajo.

- Ninguno de los datos ha sido excluido del estudio por motivos de edad o sexo del niño/a atendido en la consulta.
- Derecho a la confidencialidad y consentimiento informado: no se recogió ningún dato que pudiera comprometer la confidencialidad de los niños ni de sus familias o su entorno.
- No se analizó ningún dato que no fuera pertinente para el estudio llevado a cabo.
- Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.
- No se ha recibido ningún tipo de financiación para la realización del presente estudio.

4. Resultados

La muestra de la población estudiada en la consulta de Pediatría Social del Hospital Fundación Alcorcón consta de 179 pacientes, de los cuales el

56% son niñas y el 44% niños. La media de edad es de 10,18 años y la desviación estándar de 4,2. En cuanto al número de EAI nos encontramos que la muestra presenta una mediana de 3 y una media de 3,56 con un rango intercuartílico entre 2 y 5.

El gráfico 1 muestra la distribución de la población en función del resultado obtenido en el Cuestionario de EAI. Teniendo en cuenta que los datos han sido extraídos de una consulta específica de Pediatría Social, observamos que el 49% de la población estudiada presenta un riesgo biopsicosocial elevado, ya que presenta 4 o más EAI aplicando la escala de cribado de Finkelhorn.

Según los resultados, existe una correlación negativa entre la edad y la puntuación obtenida en el test. A medida que aumenta la edad, disminuye la puntuación obtenida en el Cuestionario de EAI (Tabla 1).

En la muestra en general no se aprecian diferencias significativas entre el sexo del menor y la puntuación obtenida en el Cuestionario de EAI (Tabla 2), viéndose afectados los niños y las niñas de forma similar.

Gráfico 1. Distribución de la población estudiada en función de la puntuación en el Cuestionario EAI.

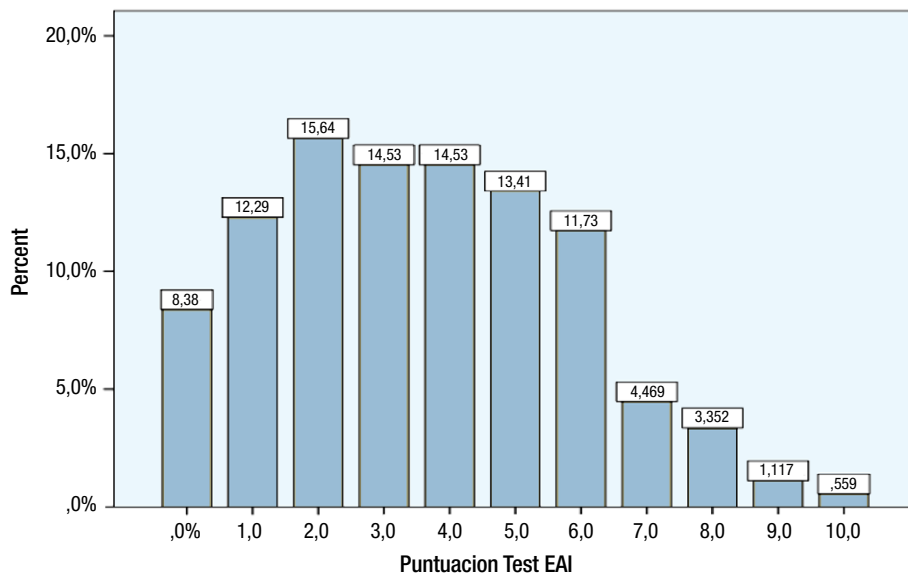


Tabla 1. Relación entre la edad en la primera consulta y la puntuación obtenida en el Cuestionario de EAI.

Correlación puntuación Cuestionario EAI y la edad en la primera consulta	
Coefficiente de correlación de Rho de Spearman	-0,189
p valor	0,011
Frecuencia (N)	179

Tabla 2. Relación entre el sexo y la puntuación obtenida en el Cuestionario de EAI.

Sexo	Frecuencia (N)	Media	Desviación estándar	Contraste de hipótesis	P valor
Masculino	79	3,848	0,264	T- Student	0,135
Femenino	100	2,161	0,216		

Tabla 3. Frecuencia y distribución de las distintas EAI en relación con el sexo.

EAI	N	Porcentaje (%)	Hombre (%)	Mujer (%)	Contraste de hipótesis	P valor
Maltrato emocional	60	33,5	34,2	33,0	X2	0,868
Maltrato físico	43	24,0	26,6	22,0	X2	0,476
Asalto sexual	27	15,1	13,9	16,0	X2	0,700
Negligencia emocional	80	44,7	50,6	40,0	X2	0,155
Negligencia física	25	14,0	15,2	13,0	X2	0,675
Separación de los padres/divorcio	108	60,3	62	59,0	X2	0,681
Madre tratada violentamente	59	33,0	34,2	32,0	X2	0,758
Abuso de sustancias en el hogar	26	14,5	19,0	11,0	X2	0,132
Enfermedad mental en el hogar	33	18,4	15,2	21,0	X2	0,320
Encarcelamiento de un miembro de la familia	12	6,7	6,3	7,0	X2	0,859
Victimización por pares	87	48,6	60,8	39,0	X2	0,004
Aislamiento o rechazo por pares	54	30,2	34,2	27,0	X2	0,299
Exposición a violencia en la comunidad	8	4,5	3,8	5,0	X2	0,699
Bajo nivel socioeconómico	16	17,9	8,9	9,0	X2	0,974

Sin embargo, se han encontrado algunas diferencias en la distribución de las EAI en relación con el sexo. En el caso de victimización por pares, los niños se ven afectados un 21% más con respecto a las niñas (Tabla 3).

Existen diferencias significativas en la distribución de las EAI en los diferentes grupos de edad (Tabla 4):

- La edad de los menores que han sufrido un *asalto sexual* es menor que los que no lo han presentado, con un P valor de 0.033.
- La edad de los que sufren *negligencia física* también está relacionada con menores más pequeños, aunque el resultado del estudio no es significativamente estadístico (P valor de 0.06).
- Los hijos de *padres separados o divorciados* presentan menor edad que aquellos cuyos padres no lo están, con un P valor de 0.013.
- Los hijos cuyas *madres son tratadas violentamente* presentan menor edad con un P valor menor a 0.0001.
- Los menores que conviven con personas que *abusan de sustancias o que tienen un miembro de la familia en la cárcel* es menor que los que no, con un P valor de 0.008 y 0.002 respectivamente.
- En cambio, experiencias adversas como la *victimización por pares* (P= 0.001), *el aislamiento* y *el rechazo de pares* (P<0.0001) se produce con mayor frecuencia en niños de mayor edad.

Tabla 4. Distribución de las distintas EAI en relación con la edad del paciente.

EAI	N	Media (D.E) EAI presente	Media (D.E) EAI no presente	Contraste de hipótesis	P valor
Maltrato emocional	60	9,52 (3.77)	10,51 (4,52)	T- Student	0,144
Maltrato físico	43	9,65 (4.08)	10,35 (4.36)	T- Student	0,357
Asalto sexual	27	8,56 (4.76)	10,47 (4.16)	T- Student	0,033
Negligencia emocional	80	9,63 (3.97)	10,63 (4.51)	T- Student	0,121
Negligencia física	25	8,68 (4.86)	10,42 (4.16)	T- Student	0,06
Separación de los padres/divorcio	108	9,54 (4.10)	11,16 (4.43)	T- Student	0,013
Madre tratada violentamente	59	7,97 (3.74)	11,27 (4.15)	T- Student	<0.0001
Abuso de sustancias en el hogar	8	8,12 (3.79)	10,53 (4.29)	T- Student	<0.008
Enfermedad mental en el hogar	33	10,33 (4.28)	10,14 (4.31)	T- Student	0,82
Encarcelamiento de un miembro de la familia	12	6,50 (3.18)	10,44 (4.25)	T- Student	0,002
Victimización por pares	87	11,23 (3.69)	9,19 (4,60)	T- Student	0,001
Aislamiento o rechazo por pares	54	11,91 (3.12)	9,43 (4.53)	T- Student	<0.0001
Exposición a violencia en la comunidad	8	11,38 (4.44)	10,12 (4.30)	T- Student	0,422
Bajo nivel socioeconómico	16	11,06 (4.49)	10,09 (4.28)	T- Student	0,390

Tabla 5. Distribución de las distintas EAI en relación con la edad del paciente.

Motivo de consulta	N	%	Hombre (N y %)	Mujer (N y %)
Comportamiento violento del menor/ Trastorno de la conducta	23	12,8	13 (16.5%)	10 (10%)
Sospecha de abuso sexual	20	11,2	8 (10.1%)	12 (12%)
Separación/Divorcio Parental	17	9,5	6 (7.6%)	11 (11%)
Bulling	17	9,5	9 (11.4%)	8 (8%)
Ansiedad	15	8,4	3 (3.8%)	12 (12%)

En la muestra se han detectado múltiples motivos de consulta (Tabla 4), entre los más prevalentes se encuentran “comportamiento violento del menor” y “trastornos de conducta”, seguido de “sospecha de abuso sexual infantil”. En este último caso, atendiendo a los pacientes que acuden a la consulta por sospecha de abuso sexual y comparando ambos sexos, las niñas se encuentran más afectadas que los niños, con una diferencia de dos puntos porcentuales (10% y 12%), no siendo las

diferencias estadísticamente relevantes (Tabla 5).

Además, los motivos de consulta más prevalentes obtenidos en la muestra, se relacionan con puntuaciones más elevadas en el Cuestionario de EAI (Tabla 6). Respecto a los recursos sociosanitarios utilizados, la unidad de derivación más frecuente a la consulta de Pediatría Social es la Urgencia Pediátrica del Hospital Fundación Alcorcón seguida de la atención especializada hospitalaria del mismo hospital (Tabla 7).

Tabla 6. Relación entre los motivos de consulta más prevalentes y la puntuación obtenida en el Cuestionario de EAI.

Motivo de consulta	Puntuación EAI	N	%
Comportamiento violento del menor/ Trastorno de la conducta	4,04	23	12,85
Sospecha de abuso sexual	4,70	20	11,17
Separación/Divorcio Parental	3,94	17	9,50
Bulling	3,06	17	9,50
Ansiedad	3,93	15	8,38

Tabla 7. Unidad de derivación a la consulta de Pediatría Social (PS).

Unidad de derivación a la Consulta de PS	N	%
Urgencias HUFA (Hosp. Fund. Alcorcón)	63	35,2
Atención especializada hospitalaria	36	20,1
Desconocido	30	16,8
Atención Primaria	15	8,4
Servicios Sociales	13	7,3
Iniciativa familiar	7	3,9
Salud Mental	6	3,4
CEAR (Comisión Española de Ayuda al Refugiado)	5	2,8
Centros especializados	2	1,1
Colegios/Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP)	2	1,1
Total	179	100,0

Tabla 8. Necesidad de derivación tras la consulta de Pediatría Social.

Necesidad de derivación tras la Consulta de PS	N	%	Promedio puntuación Cuestionario EAI	D.E puntuación Cuestionario EAI
No precisa derivación	38	21,35	1,76	1,76
Salud Mental y Servicios Sociales	32	17,98	5,25	2,02
Servicios Sociales	31	17,42	4,03	2,20
Salud Mental	29	16,29	3,24	1,68
Salud Mental y Recurso especializado*	11	6,18	4,55	2,46
Alta por incomparecencia	10	5,62	3,30	2,26
Especialista hospitalario	5	2,81	4,20	1,79
Recurso especializado*	5	2,81	2,60	1,34
CIASI (Centro de Intervención en abuso sexual infantil)	4	2,25	3,50	1,29
Centro de atención a la mujer	2	1,12	5,00	1,41
CIASI y Salud mental	2	1,12	4,50	4,95

Necesidad de derivación tras la Consulta de PS	N	%	Promedio puntuación Cuestionario EAI	D.E puntuación Cuestionario EAI
Salud mental y Especialista	3	1,69	2,33	0,58
Servicios Sociales y CIASI	3	1,69	4,67	0,58
Servicios Sociales y Especialista hospitalario	2	1,12	5,50	0,71
Salud mental y Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP)	1	0,56	2,00	-
No registrado	1	0,6		
Total	179	100,0	3,56	2,25

* **Recurso Especializado:** Fundación Luz Casanova (FLC), Centro de Apoyo a familias (CAF), CEAR (Comisión Española de Ayuda al Refugiado), CAID (Centro de Atención Integral a Drogodependientes).

En torno al 78% de la población muestral precisa derivación a otro recurso (Tabla 8):

- Alrededor de un 44% precisa atención por parte de los servicios de salud mental, de los cuales el 16% requieren exclusivamente atención psicológica y el 28% restante necesitan además la derivación a otro recurso más (servicios sociales o especialista hospitalario).
- El 52% de los pacientes son derivados a servicios sociales y otro tipo de recursos especializados ya sean de carácter social o atención médica especializada.

5. Discusión y conclusiones

Existen múltiples experiencias adversas que afectan al adecuado desarrollo de la población infantil. El uso de una herramienta estandarizada, como el “Cuestionario de Experiencias Adversas” empleado en este estudio, facilita la detección de pacientes con riesgo biopsicosocial, y permite adecuar los recursos para la intervención con estos menores.

Si relacionamos los aspectos relatados a lo largo del estudio, hay que destacar que la población pediátrica ha sido siempre uno de los colectivos más vulnerables. De hecho, no fue hasta 1990 con la Declaración de los Derechos del Niño (UNICEF) cuando fueron reconocidos como individuos de pleno derecho y considerados “universalmente como seres humanos que deben ser capaces de desarrollarse física, mental, social, moral y espiritualmente con libertad y dignidad”.

Fue posteriormente cuando se llevaron a cabo varias investigaciones en múltiples países evaluando las consecuencias de los eventos adversos en la infancia en el desarrollo de su niñez y después en la vida adulta [17] [8-11]. Tras obtener resultados fehacientes que confirmaban el grave impacto de las mismas, en algunos países como EEUU, Japón o Canadá, se han implementado desde hace tiempo programas de prevención mediante visitas domiciliarias, llevadas a cabo por profesionales de enfermería [8] [49-51]. Estos programas atienden a familias en riesgo biopsicosocial, en ocasiones incluso antes del nacimiento del menor. De este modo, se establecen lazos fuertes de confianza, constituyéndose el profesional de enfermería como figura principal de referencia, promotor de hábitos saludables y del empoderamiento de las familias para capacitarlas, ayudando a proporcionar así un entorno seguro, sólido y afectivo. Disminuyendo así el riesgo de exposición a los eventos adversos en la infancia.

Nuestro estudio retrospectivo concluye que, dentro de la población estudiada, referida a la consulta específica de Pediatría Social del Hospital Fundación Alorcón, la mitad de los menores derivados a la misma presentan un riesgo biopsicosocial elevado al haber obtenido un resultado igual o superior a 4 en el Cuestionario de EAI, observando un impacto similar en ambos sexos.

Los primeros años de vida conforman el período más crítico para el adecuado desarrollo del menor, los niños de menor edad resultan ser más vulnerables a las EAI [24-27], coincidiendo con resultados de estudios previos, dentro de la población estudiada a medida que aumenta la edad

disminuye la puntuación obtenida en el Cuestionario de EAI, siendo especialmente importante realizar el screening adecuado, así como una intervención precoz en estas edades.

En lo referente a nuestra investigación, la EAI más prevalente dentro de la población estudiada es la separación de los padres o divorcio. Esta experiencia adversa, se analizó cuidadosamente ya que el elemento tóxico y más perjudicial es la exposición prolongada al conflicto parental, más que al propio divorcio [34]. La segunda EAI que afecta con mayor frecuencia a los menores es la victimización por pares, la cual sufren aproximadamente la mitad de los niños atendidos en la consulta de Pediatría Social. Aproximadamente el 45% de los menores sufren negligencia emocional. Estudios previos afirman que hoy en día el maltrato infantil por omisión está poco investigado pues su detección y estudio presenta grandes dificultades, sin embargo, a través de nuestro estudio comprobamos que la existencia de la consulta de Pediatría Social facilita la detección de estos casos en un alto porcentaje, previniendo de este modo las complicaciones como consecuencia del maltrato infantil por omisión [52,53].

En general, la muestra en la distribución de las EAI comparando ambos sexos, se comporta de forma homogénea. No obstante, en la muestra encontramos ciertas diferencias en los casos de victimización por pares, donde los niños mayores se ven ligeramente más afectados que las niñas. Este dato de la muestra obtenida difiere con los resultados publicados por la UNESCO en el mes de mayo de 2019, donde se afirma que “a nivel mundial, y en la mayoría de las regiones, la prevalencia de bullying es similar para los niños y las niñas” [54].

Por otro lado, el 13% de la población presenta “alteraciones del comportamiento y la conducta”, siendo este el motivo de consulta más prevalente, con un riesgo biopsicosocial elevado obteniendo una puntuación superior a cuatro en el Cuestionario de EAI. Varias investigaciones ya han estudiado las repercusiones de las EAI, las cuales no son sólo físicas sino también psicológicas provocando, entre otros, problemas de conducta (3,21), alteraciones en las funciones cognitivas, ejecutivas y afectivas [26]. Existe también una alta prevalencia de menores con cifras superiores a 4 en el cuestionario, que acuden a la consulta por “sospecha de abuso sexual infantil”. Coincidiendo con otros

estudios llevados a cabo en España en los últimos años, las niñas siguen estando más afectadas que los niños [55,56], continuando siendo necesaria la prevención en estos casos. Otro motivo recurrente de consulta, es la separación o divorcio de los padres, donde cobra especial importancia el grado de conflictividad en la relación parental, llegando en muchos casos a repercutir negativamente en el menor, provocando en muchos casos estados de ansiedad así como alteraciones en la salud física, incluyendo “problemas genitourinarios, gastrointestinales, dermatológicos y neurológicos” [57,58]. Dentro de la población estudiada, los menores que acuden a la consulta por separación o divorcio parental, alcanzan también cifras próximas a cuatro.

Atendiendo al origen de la derivación a la consulta de Pediatría Social, observamos que más de la mitad de los menores provienen del servicio de Urgencias y Consultas de pediatría del Hospital Fundación Alcorcón. Procediendo el resto de otras unidades como son Atención Primaria, servicios sociales, salud mental u otros.

Sin embargo, a pesar de la existencia de esta atención específica, sería necesario atender previamente a las dificultades que los profesionales sanitarios encontramos a la hora de abordar estos casos, como son el exceso de carga de trabajo, sentimientos de inseguridad, falta de conocimientos y habilidades específicas [41-44]. Cobrando, de este modo, especial importancia la formación en este ámbito de todos los profesionales que prestan atención a la población infantil y en concreto, del equipo multidisciplinar de las unidades de pediatría social.

Para que los profesionales llevemos a cabo adecuadamente este tipo de intervenciones con menores en riesgo biopsicosocial resulta imprescindible conocer los signos de alarma, las herramientas de cribado, así como los recursos disponibles en caso de necesidad de derivación. Dentro de la población estudiada, el 21% de los pacientes atendidos en la consulta de Pediatría Social no precisaron derivación a otro recurso, siendo el promedio de puntuación que obtuvieron en el cuestionario cifras inferiores a dos. En estos casos, al presentar un riesgo menor, se pudo resolver la situación en la propia consulta sin necesidad de derivación otros profesionales. Por tanto, el Cuestionario de EAI no sólo nos permite cribar el riesgo biopsico-

social y valorar la red social y familiar del menor, sino que es una herramienta válida que nos permite detectar precozmente el riesgo y actuar antes de causar mayor afectación, e igualmente nos orienta en la necesidad de derivación del paciente a otro recurso.

Por otro lado, el 78% restante de los menores precisaron derivación a otro recurso de salud mental y/o servicios sociales. Esto conlleva la implicación de un mayor número de recursos, aumentando la demanda y saturación de los servicios, así como el gasto sanitario; y en lo que al paciente se refiere, provoca una demora en los tiempos de espera y prolonga el proceso de recuperación, elevando por lo tanto la carga psicológica y social del niño y su entorno.

Sin embargo, atendiendo a resultados de investigaciones previas, las Unidades de Pediatría Social formadas por equipos multidisciplinares, constituidas por pediatras, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales, dan una respuesta integral y coordinada en todos los niveles asistenciales. Asimismo, es importante destacar la co-

laboración con los equipos de Atención Primaria, ya que, al presentar un contacto más estrecho con los menores y sus familias, pueden facilitar el abordaje y seguimiento de esta población pediátrica en riesgo biopsicosocial [33,38,39]. De igual manera resulta imprescindible facilitar la comunicación con los centros educativos, que al estar diariamente en contacto con los menores, constituyen un recurso primordial para la detección temprana de posibles alteraciones comportamentales [59,60].

Son muchas las investigaciones que reafirman los beneficios obtenidos al realizar una detección precoz de las experiencias adversas, por ello podemos concluir que el uso de herramientas de cribado, como el Cuestionario de EAI, nos permitiría a los profesionales sanitarios dar respuesta a las necesidades de los menores y sus familias, fomentando el desarrollo de una población más saludable, con el consecuente impacto sobre los servicios sanitarios; forjando una comunidad con un nivel de autocuidado muy elevado, responsable de su salud y de la salud de los que nos rodean.

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. *American Journal of Preventive Medicine* 1998 May;14(4):245-258.
2. Dube SR, Fairweather D, Pearson WS, Felitti VJ, Anda RF, Croft JB. Cumulative Childhood Stress and Autoimmune Diseases in Adults. *Psychosomatic medicine* 2009 Feb;71(2):243-250.
3. Oh DL, Jerman P, Silvério Marques S, Koita K, Purewal Boparai SK, Burke Harris N, et al. Systematic review of pediatric health outcomes associated with childhood adversity. *BMC pediatrics* 2018 Feb 23;18(1):83.
4. Ramiro LS, Madrid BJ, Brown DW. Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child abuse & neglect*. 2010;34(11):842-855.
5. Doom JR, Mason SM, Suglia SF, Clark CJ. Pathways between childhood/adolescent adversity, adolescent socioeconomic status, and long-term cardiovascular disease risk in young adulthood. *Social Science & Medicine* 2017 Sep;188:166-175.
6. Early childhood adversity and later hypertension Data from the World Mental Health Survey.
7. Bellis MA, Lowey H, Leckenby N, Hughes K, Harrison D. Adverse childhood experiences: retrospective study to determine their impact on adult health behaviours and health outcomes in a UK population. *Journal of public health (Oxford, England)* 2014 Mar;36(1):81-91.
8. Chanlongbutra A, Singh GK, Mueller CD. Adverse Childhood Experiences, Health-Related Quality of Life, and Chronic Disease Risks in Rural Areas of the United States. *Journal of Environmental and Public Health* 2018 Jul 11;2018:7151297-15.
9. Campbell JA, BS, Walker RJ, PhD, Egede, Leonard E., MD, MS. Associations Between Adverse Childhood Experiences, High-Risk Behaviors, and Morbidity in Adulthood. *American Journal of Preventive Medicine* 2016;50(3):344-352.
10. American Academy of Pediatrics. Las experiencias infantiles adversas y las consecuencias del trauma para toda la vida. 2015.

11. Yang B, PhD, Zhang H, PhD, Ge W, MA, Weder N, MD, Douglas-Palumberi H, MA, Perepletchikova F, PhD, et al. Child Abuse and Epigenetic Mechanisms of Disease Risk. *American Journal of Preventive Medicine* 2013;44(2):101-107.
12. Burke NJ, Hellman JL, Scott BG, Weems CF, Carrion VG. The impact of adverse childhood experiences on an urban pediatric population. *Child Abuse & Neglect* 2011;35(6):408-413.
13. Chartier MJ, Walker JR, Naimark B. Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Elsevier BV* 2010;34(6):454-464.
14. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Méndez E. Chronic childhood adversity and stages of substance use involvement in adolescents. *Drug and alcohol dependence* 2013;131(1-2):85-91.
15. Korkeila J, Vahtera J, Nabi H, Kivimäki M, Korkeila K, Sumanen M, et al. Childhood adversities, adulthood life events and depression. *Journal of Affective Disorders* 2010;127(1-3):130-138.
16. van der Vegt, Esther J M, Tieman W, van der Ende J, Ferdinand RF, Verhulst FC, Tiemeier H. Impact of early childhood adversities on adult psychiatric disorders: a study of international adoptees. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2009 Sep;44(9):724-731.
17. Stefania Schiavone , Marilena Colaianna , Logos Curtis. Impact of Early Life Stress on the Pathogenesis of Mental Disorders: Relation to Brain Oxidative Stress . *Current Pharmaceutical Design* 2015;21(11):1404-1412.
18. Affi TO, Boman J, Fleisher W, Sareen J. Childhood adversity and personality disorders: results from a nationally representative population-based study. *Journal of psychiatric research* 2011;45(6):814-822.
19. Brown RC, Heines S, Witt A, Braehler E, Fegert JM, Harsch D, et al. The impact of child maltreatment on non-suicidal self-injury: data from a representative sample of the general population. *BMC psychiatry* 2018 Jun 8;18(1):181.
20. Basto-Pereira Miguel, Miranda Ana, Ribeiro Sofia, Maia Ângela. Growing Up With Adversity: From Juvenile Justice Involvement to Criminal Persistence and Psychosocial Problems in Young Adulthood. *Child Abuse Negl* . 2016(62):63-75.
21. Björkenstam E, Hjern A, Björkenstam C, Kosidou K. Association of Cumulative Childhood Adversity and Adolescent Violent Offending With Suicide in Early Adulthood. *JAMA Psychiatry* 2018;2(75):185-193.
22. Reavis JA, Looman J, Franco KA, Rojas B. Adverse Childhood Experiences and Adult Criminality: How Long Must We Live before We Possess Our Own Lives? *The Permanente journal* 2013;17(2):44-48.
23. Nina Vaswani. Adverse Childhood Experiences in children at high risk of harm to others. A gendered perspective.
24. Cassiers LLM, Cassiers LLM, Sabbe BGC, Sabbe BGC, Veltman DJ, Veltman DJ, et al. Structural and Functional Brain Abnormalities Associated With Exposure to Different Childhood Trauma Subtypes: A Systematic Review of Neuroimaging Findings. *Frontiers in Psychiatry* 2018 Aug 1,.
25. Martin H. Teicher, Susan L. Andersen, Ann Polcari, Carl M. Anderson, Carryl P. Navalta, Dennis M. Kim. The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2003;27(1):33-44.
26. Pia Pechtel, Diego A. Pizzagalli. Effects of Early Life Stress on Cognitive and Affective Function: An Integrated Review of Human Literature. *Psychopharmacology (Berl)*. 2011;214(1):55-70.
27. Shonkoff JP, Garner AS. The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics* 2012 Jan;129(1):e232-e246.
28. Ventura Junca et al 2012 *Acta Neuropsychiatrica*.
29. 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. *Molecular Psychiatry* 2012 Jul;17(7):719-727.
30. Resilience Trumps ACES. Available at: <https://crisilient.org/resilience-trumps-aces-news/>.
31. Jeff Coghill. Adverse Childhood Experiences (ACEs). 2018 Sep 26,.
32. Garzon Maaks DL. Fostering Resiliency in Children, Families and our Profession. *Journal of Pediatric Health Care* 2018 Sep;32(5):424-425.
33. Vega-Arce M, Nuñez-Ulloa G. Experiencias Adversas en la Infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. *Enfermería Universitaria* 2017 Apr;14(2):124-130.

34. McLaughlin KA, Lambert HK. Child trauma exposure and psychopathology: mechanisms of risk and resilience. *Current Opinion in Psychology* 2017 Apr;14:29-34.
35. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health* 2017 Aug;2(8):e356-e366.
36. Nicole Racine, Andre Plamondon, Sheri Madigan Sheila McDonald, Suzanne Tough. Maternal Adverse Childhood Experiences and Infant Development. *American Academy of Pediatrics* 2018;141(4).
37. Félice, Lê-Scherban PhD,a Xi Wang, MS,a Kathryn H. Boyle-Steed, BA,a Lee M. Pachter, DOB. Intergenerational Associations of Parent Adverse Childhood Experiences and Child Health Outcomes. *American Academy of Pediatrics* 2018;141(6).
38. To cite: LF, W X, BS KH. Félice Lê-Scherban, PhD,a Xi Wang, MS,a Kathryn H. Boyle-Steed, BA,a Lee M. Pachter, DOB. ;141.
39. Schickedanz A, Halfon N, Sastry N, J. Chung P. Parents' Adverse Childhood Experiences and Their Children's Behavioral Health Problems. *Pediatrics* 2018;142(2).
40. Metzler M, Merrick MT, Klevens J, Ports KA, Ford DC. Adverse childhood experiences and life opportunities: Shifting the narrative. *Children and Youth Services Review* 2017 Jan;72:141-149.
41. Garner AS, Shonkoff JP. Early Childhood Adversity, Toxic Stress, and the Role of the Pediatrician: Translating Developmental Science Into Lifelong Health. *Pediatrics* 2012 Jan;129(1):e224-e231.
42. Albaek AU, Kinn LG, Milde AM. Walking Children Through a Minefield: How Professionals Experience Exploring Adverse Childhood Experiences. *Qualitative Health Research* 2018 Jan;28(2):231-244.
43. Jaana Inkilä, Aune Flinck, Tiina Luukkaala, Päivi Åstedt-Kurki, Eija Paavilainen. Interprofessional Collaboration in the Detection of and Early Intervention in Child Maltreatment: Employees' Experiences. *Nursing research and practice* 2013;2013:186414-10.
44. Kerker BD, PhD, Storfer-Isser A, PhD, Szilagyi, Moira, MD, PhD, Stein REK, MD, Garner, Andrew S., MD, PhD, O'Connor KG, BS, et al. Do Pediatricians Ask About Adverse Childhood Experiences in Pediatric Primary Care? *Academic Pediatrics* 2016;16(2):154-160.
45. Finkelhor D, Shattuck A, Turner H, Hamby S. A revised inventory of Adverse Childhood Experiences. *Child Abuse & Neglect* 2015;48:13-21.
46. El impacto de la adversidad durante la infancia sobre el desarrollo de los niños. Available at: <http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/3599/el%20impacto%20de%20la%20adversidad%20durante%20la%20infancia%20sobre%20el%20desarrollo%20de%20los%20ni%C3%B1os.PDF?sequence=1&isAllowed=y>.
47. Paola Perezniето, Andres Montes, Lara Langston y Solveig Routier. Costes e impacto económico de la violencia contra los niños y niñas. Available at: <https://www.educo.org/Educo/media/Documentos/ProteccionInfantil/Informe-costes-violencia-2015.pdf>.
48. Anda R, Felitti V, Bremner J, Walker J, Whitfield C, Perry B, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006 Apr;256(3):174-186.
49. Howard KS, Brooks-Gunn J. The Role of Home-Visiting Programs in Preventing Child Abuse and Neglect. *The Future of Children* 2009;19(2):119-146.
50. D. Bethell C, Carle A, Hudziak J, Gombojav N, Powers K, Wade R, et al. Methods to Assess Adverse Childhood Experiences of Children and Families: Toward Approaches to Promote Child Well-being in Policy and Practice. *Acad Pediatr* 2017;17(7):51-69.
51. Price Wolf J, Baiocchi A, Arguello T. Child maltreatment reporting in the general population: Examining the roles of community, collective efficacy, and adverse childhood experiences. *Child Abuse & Neglect* 2018;82:201-209.
52. Herrera-Basto E. Indicadores para la detección de maltrato en niños. *Salud Pública de México* 1999 Oct 1;41(5):420-425.
53. Molero MdM, Pérez-Fuentes MdC, Gázquez JJ, B.Barragán A, Simón MM, Martos Á. Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud. Volumen III. : ASUNIVEP; 2017.
54. Infocop. Nuevo informe de la UNESCO sobre violencia y acoso escolar. 2019; Available at: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7936.

55. Pereda N, Forns M. Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect* 2007;31(4):417-426.
56. López F, Hernández A, Carpintero E. Los abusos sexuales de menores: concepto, prevalencia y efectos. *Journal for the Study of Education and Development* 2014:77-98.
57. Olga Gómez-Ortiz, Lourdes Martín, Rosario Ortega-Ruiz. Conflictividad parental, divorcio y ansiedad infantil 1. *Pensamiento Psicológico* 2017 Jul 1;;15(2):67.
58. Martín JM, Fariña F, Corras T, Seijo D, Souto A, Novo M. Impacto de la ruptura de los progenitores en el estado de salud física de los hijos. *European Journal of Education and Psychology* 2017 Jun;10(1):9-14.
59. Larkin H, Shields JJ, Anda RF. The Health and Social Consequences of Adverse Childhood Experiences (ACE) Across the Lifespan: An Introduction to Prevention and Intervention in the Community. *Journal of Prevention & Intervention in the Community: The Health and Social Consequences of Adverse Childhood Experiences (ACE) Across the Lifespan: An Introduction to Prevention and Intervention in the Community* 2012 Oct 1;;40(4):263-270.
60. Smith DL. Adverse Childhood Experiences (ACEs): educational interventions. 2018; Available at: <https://www.iriss.org.uk/resources/esss-outlines/aces>.

ANEXO 1. Análisis de las Experiencias Adversas en la Infancia en la consulta de Pediatría Social del Hospital Fundación Alorcón

(Conteste el cuestionario y marque con una "X" según corresponda)

Sexo: Mujer Varón

Edad del niño (en la primera consulta):

Motivo de consulta:

.....

Unidad de DERIVACIÓN a la Consulta de pediatría social:

Urgencias Hospital Fundación Alorcón

Urgencias de otro Hospital

Atención Primaria

Atención Especializada

Centros especializados

Servicios Sociales

Colegios/ Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP)

A petición de algún miembro de la familia

Desconocido

Necesidad de derivación tras la consulta:

Servicios Sociales

Salud Mental

Centro de Atención a la mujer

CIASI (Centro de Intervención en Abuso Sexual Infantil)

Especialista

Recurso especializado

No precisa derivación

Alta por incomparecencia

Otros (especificar):

.....

Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) durante los primeros 18 años de vida	SI	NO
1. A menudo un padre u otro adulto en el hogar maldice, insulta, defrauda, humilla al menor o actúa de una manera que hace que sienta miedo de ser dañado físicamente.		
2. Un padre u otro adulto en el hogar a menudo... empuja, agarra, abofetea o arroja algo contra el niño o alguna vez golpea al menor tan fuerte que le provoca daños o le deja marcas.		

3. Un adulto o persona al menos 5 años mayor que el menor alguna vez le toca o acaricia el cuerpo de una manera sexual o intenta tener o mantiene sexo oral, anal o vaginal con el menor.		
4. El menor siente a menudo que... nadie de su familia le quiere o que nadie le considera importante o especial o los miembros de la familia no se cuidan entre sí, no se sienten cercanas o no se apoyan mutuamente		
5. A menudo el menor siente que... no tiene suficiente para comer, tiene que usar ropa sucia y no tiene a nadie que le proteja o sus padres están demasiado borrachos o drogados para cuidarle o llevarle al médico si fuese necesario		
6. Alguna vez los padres del menor se han separado o divorciado		
7. A la madre o madrastra del menor: A menudo la empujan, abofetean o arrojan algo contra ella misma o A veces o a menudo la patean, muerden, golpean con un puño o con algo duro o Alguna vez la golpean repetidamente durante al menos unos minutos o la amenazan con una pistola o cuchillo.		
8. ¿Vive el menor con alguien que sea un bebedor problemático o alcohólico o drogadicto?		
9. ¿Alguno de los miembros de la familia está deprimido, mentalmente enfermo o intentó suicidarse?		
10. ¿Algún miembro de la familia ha ido a prisión?		
11. A veces o a menudo el menor siente que otros niños, incluyendo sus hermanos/as, le pegan le amenazan, se meten con él/ella, o le insultan.		
12. A veces o a menudo el menor se siente solo, rechazado o que no le gusta a nadie.		
13. El menor ha vivido dos años o más en un vecindario que fuera peligroso o donde se viera a personas siendo asaltadas.		
14. Refiere el menor si hubo un periodo de dos años o más en los que su familia fuera muy pobre o necesitara ayudas sociales.		
Ahora sume todas las respuestas que sean "SI", PUNTUACIÓN TOTAL:		