

DATOS EN PERSPECTIVA

Experiencias adversas en la niñez 'Una mirada desde poblaciones ocultas y vulnerables en Chile'



Cápsula realizada por Sofía Dupré e Ignacio Bórquez, investigadores del Centro de Estudios Justicia y Sociedad.

Esta cápsula de Datos en Perspectiva (DeP), busca entregar contexto y explicaciones bibliográficas sobre factores de riesgo en la niñez y cómo éstos son esenciales para entender la exclusión y la vulnerabilidad social que experimentan algunas personas en etapas posteriores de su vida. La primera parte es una revisión bibliográfica sobre la materia y la segunda, es la presentación de los datos recopilados tomando como base cinco fuentes distintas. Además, el "Estudio de Estilos de Parentalidad", realizado por ambos investigadores para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) sirvió como referente de la siguiente entrega.



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE



CENTRO DE ESTUDIOS
JUSTICIA & SOCIEDAD

ANTECEDENTES

1. Definiciones y alcances: ¿Qué son las experiencias adversas en la niñez?

Existe una creciente investigación que ha identificado la importancia de las experiencias tempranas en la influencia sobre la salud y oportunidades que se tienen luego en la vida ¹⁻²⁻³.

Las experiencias adversas en la niñez son eventos potencialmente traumáticos que ocurren durante dicha etapa. Estas incluyen daños que afectan a los niños, niñas y adolescentes (NNA) de manera directa (por ejemplo, el abuso físico o sexual, la negligencia, bullying) e indirecta -a través de su ambiente- (por ejemplo, conflicto parental, abuso de sustancias, enfermedad mental o discapacidad en algún familiar, muerte de algún cuidador/a)⁴.

Para calificarse como adversa, una experiencia de daño o privación debe ser crónica (por ejemplo, una prolongada separación del principal cuidador/a) o involucrar un solo evento que fue lo suficientemente severo como para requerir una importante adaptación emocional, cognitiva o neurobiológica (por ejemplo, un episodio de abuso sexual)⁵.



La exposición a adversidad en la niñez es común⁶⁻⁷⁻⁸. Estudios poblacionales indican que uno de cada dos niños, niñas o adolescentes experimentarán al menos un tipo de adversidad antes de llegar a la adultez⁹. El Behavioral Risk Factor Surveillance System ACE Data (BRFSS) es uno de los estudio más grandes de experiencias adversas en la niñez en adultos no institucionalizados de Estados Unidos¹⁰. Entre sus resultados en 23 estados entre 2011-2014 (n=214.157) se observó que casi dos tercios declararon al menos una experiencia adversa en la niñez, y uno de cada cuatro tres o más.

Además, un:

34%

fue víctima de
abuso emocional

18%

fue víctima
de abuso físico

12%

fue víctima
de abuso sexual

18%

fue testigo de
violencia intrafamiliar

17%

vivió con personas con
trastornos de salud mental

28%

vivió con personas que
abusaban de sustancias

8%

declaró que al menos uno de los
miembros de su hogar fue encarcelado

Aun así, este tipo de experiencias están sobre representadas en poblaciones ocultas y vulnerables, tales como personas criadas en el sistema de protección ¹¹⁻¹²⁻¹³, población con compromiso delictual ¹⁴⁻¹⁵, consumidores problemáticos de drogas ¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹, entre otros. Finalmente, estas deben ser entendidas interseccionalmente a estructuras sociales como la clase social ²⁰, la raza ²¹⁻²²; o el género ²³⁻²⁴.

2. Algunos enfoques en el estudio de las experiencias adversas en la niñez: acumulación y dimensionalidad

2.1 Riesgo acumulado

El principal enfoque a través del cual se han estudiado las experiencias adversas en la niñez es el de riesgo acumulado ²⁵. Éste se ha centrado en explorar el efecto acumulativo de la adversidad bajo la forma de un puntaje de riesgo ²⁶, el cual luego se utiliza para predecir resultados en la adultez. Este enfoque se sustenta en la idea de que las adversidades co-ocurren ²⁷, ya que los ambientes, contextos y hogares en que vivieron aquellos/as que declaran este tipo de experiencias se caracterizan por dificultades socioeconómicas, pobreza crónica, violencia, consumo de sustancias, disfuncionalidad familiar y limitado acceso a servicios ²⁸⁻²⁹⁻³⁰⁻³¹.

Así, el enfoque de riesgo acumulado se centra en el número de distintos tipos de adversidades que un niño, niña o adolescente ha enfrentado ³².

2.2 Dimensional

Las principales críticas al enfoque del riesgo acumulado hacen alusión a que no se toma en cuenta el tipo, cronicidad o severidad de la adversidad. Como respuesta el enfoque dimensional postula que es posible identificar dimensiones subyacentes compartidas por distintos tipos de adversidades. Habría dos principales dimensiones:

- (i) la amenaza, donde se incluyen experiencias que involucran daño o amenaza de daño; y
- (ii) la privación, que implica una ausencia de los insumos esperados del ambiente durante el desarrollo, como el apoyo, la crianza, y la estimulación cognitiva y social. Finalmente, también existirían experiencias que podrían suponer tanto amenaza como privación (como haber recibido una crianza institucionalizada o vivir en la calle), por lo que son consideradas complejas.



3. Consecuencias de las experiencias adversas en la niñez

Las consecuencias de haber sufrido este tipo de experiencias son variadas, no obstante, existe consenso en que impactan duraderamente en el bienestar social, psicológico y físico de las personas³⁷. En concreto, las experiencias adversas en la niñez se asocian a peores resultados en:

- i. Salud mental (por ejemplo, mayor depresión, ansiedad, suicidabilidad, entre otros);
- ii. Salud física (por ejemplo, mayor probabilidad de tener inactividad física, sobrepeso u obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades digestivas o hepáticas, enfermedades respiratorias);
- iii. Salud maternal (por ejemplo, embarazos no deseados, complicaciones en el embarazo, muerte fetal);
- iv. Comportamientos riesgosos (por ejemplo, uso problemático de alcohol, tabaco y drogas, comportamientos sexuales riesgosos, ser perpetuador de violencia);
- v. Oportunidades en la vida (por ejemplo, logro educacional, ocupación, ingresos)³⁸⁻³⁹.



4. Situación en América Latina y Chile

En América Latina, hay un vacío respecto a la investigación de experiencias adversas en la niñez. No obstante, estudios señalan que es de las regiones que posee mayores índices de violencia, los cuales afectan en mayor medida a mujeres, niños, niñas y adolescentes⁴⁰.

Esto en parte se debe a que el castigo físico sigue siendo una práctica que cuenta con alta legitimidad como forma de disciplina por parte de padres y/o cuidadores/as en el hogar, la escuela, en los sistemas de protección y justicia, en el trabajo y en la comunidad. Así, la familia es el lugar donde estas situaciones ocurren en mayor medida, de hecho, en la mayoría de los países un 50% de los menores recibe algún tipo de violencia⁴¹. El castigo físico es la práctica más frecuente en el continente, pero también se observa abuso sexual, abandono y explotación económica⁴².

Es interesante destacar que, en un estudio realizado por UNICEF⁴³ en países en vías de desarrollo, se observó que las prácticas violentas son métodos muy utilizados y de manera muy amplia, incluso en distintos contextos socioeconómicos. Así, estas prácticas no están asociadas directamente con un nivel socioeconómico determinado, sino que se ejerce en diferentes contextos sociales, económicos y culturales⁴⁴. En Chile esto se observa en un estudio que compara a un grupo de adolescentes infractores y a uno de adolescentes pares similares en características en el sistema educacional formal, donde ambos presentaron porcentajes equivalentes de maltrato infantil⁴⁵. Esto demuestra que el problema va más allá de los factores de riesgo en términos socioeconómicos y se puede apreciar que la violencia hacia la niñez es epidémica, pues no distingue clases sociales ni etnias⁴⁶.

En Colombia, Gómez y otros ⁴⁷, mediante un estudio retrospectivo en la Universidad privada de Bogotá, encontraron reportes significativos de experiencias adversas en la niñez, donde un:

18% declaró haber sufrido negligencia y maltrato emocional

14% fue víctima de maltrato físico

34% fue víctima de abuso sexual



Cifras que se relacionan con el malestar psicológico, disfunción familiar y otras percepciones sobre el cuidado de la salud y la vida.

Además, un:

15% aseguró haber tenido miedo a ser lastimado físicamente durante su infancia

13% tuvo golpes o heridas por maltrato

9% vio a su madre o cuidadora ser golpeada

11% fue frecuentemente maltratado físicamente

4% vio a su madre o cuidadora ser herida con un arma

Asimismo, González y otros ⁴⁸ bajo la premisa de que el maltrato durante la niñez es un factor de riesgo para el posterior consumo de drogas, realizan una investigación en una universidad en Panamá con 377 universitarios. En cuanto a experiencias adversas en la niñez, se detectó que un 22% vivió abuso emocional, un 31% abuso físico, el 5% abuso sexual, un 35% negligencia emocional y un 32% negligencia física. Igualmente, se muestra que estas experiencias aumentaban la probabilidad de consumir drogas lícitas e ilícitas.

En Chile, el Observatorio de Abuso Sexual Infantil y Adolescente en Chile ⁴⁹ realizó una caracterización de niños/as y adolescentes que ingresan al Servicio Nacional de Menores (SENAME), donde la mayoría de las causales de ingreso responden a categorías de maltrato y abuso. El registro de niños/as y adolescentes ingresados en 2016 muestra que la mayoría (un 39%) de los casos entra como víctimas de abuso sexual y maltrato y un 27% por solicitud de diagnóstico ⁵⁰.

Lo mismo se encuentra en el estudio de Seiler, Kohler, & Ruf-Leuschner ⁵¹, donde se realizó una comparación de niñas del SENAME con niñas que viven en sus hogares (grupo de control). Las primeras reportan en mayor medida experiencias adversas en la niñez, y más de un 30% reporta más de una adversidad. Las principales diferencias con el grupo de control se daban en cuanto a abuso sexual familiar y no familiar, negligencia emocional y negligencia física. También se encontraron diferencias en cuanto a salud mental, principalmente a lo que refiere al síndrome de estrés post-traumático, y en cuanto a la calidad de vida relacionada a la salud, donde las niñas y adolescentes atendidas por el Servicio presentaron un menor bienestar físico, psicológico, autonomía y relaciones parentales. Estos últimos resultados son en parte consecuencia de los eventos adversos vividos en la niñez ⁵².

Asimismo, Rioseco y otros ⁵³ realizaron un estudio con un grupo de adolescentes infractores y uno de control, pares en términos socioeconómicos y de edad en el país. Encontraron las siguientes diferencias:

Mientras el 100% de los jóvenes del grupo de control estaba cursando la educación media, un 63% de los jóvenes infractores no había alcanzado este nivel, y de éstos, la mayoría había sido expulsado.



Un 64% del grupo de estudio presentaba patologías psiquiátricas versus un 18% en el de control, y un 47% tenía trastornos de conducta o conducta disocial.

El grupo de infractores presentaba mayores porcentajes de dependencia a alcohol y cannabis, además de abuso de ambas sustancias.

Un 67% de los casos de estudio reportaron violencia física, mientras que este indicador alcanzaba un 56% para el otro grupo.

Las diferencias observadas en cuanto a experiencias adversas no eran de gran magnitud entre ambos grupos, dando cuenta de su transversalidad en la sociedad chilena. Esto también se dislumbra al revisar los resultados de la Tercera Ronda de la Encuesta Longitudinal de Primera Infancia ⁵⁴, donde los cuidadores declararon que un:

32% aplica métodos de disciplina no violenta,

33% declaró aplicar castigo físico,

57% agresiones psicológicas

63% cualquier método violento de disciplina

Finalmente, si bien se ha avanzado en términos del reconocimiento del maltrato infantil y de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, aún las denuncias siguen siendo muy bajas, lo que puede tener distintas causas como el miedo a las represalias, la visión de que es un tema privado, la falta de leyes de protección en esta materia, y la carencia de procedimiento formales y eficaces ⁵⁵.

5. Datos en perspectiva del Centro de Estudios Justicia y Sociedad, CJS

El Centro de Estudios Justicia y Sociedad (CJS), ha recopilado una serie de datos sobre experiencias adversas en la niñez, por tratarse de un factor de riesgo relevante que contribuye a la marginalización y vulnerabilidad de poblaciones poco aventajadas. A continuación, se presentan antecedentes descriptivos compilados de los siguientes estudios:

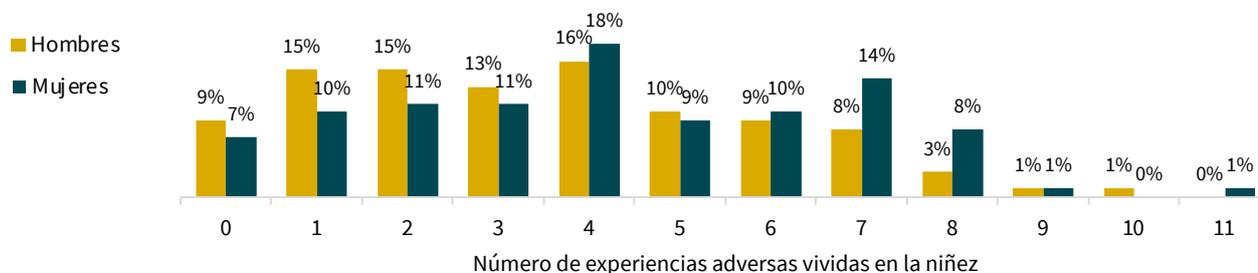
- (i) la Encuesta a usuarios/as de tratamiento por consumo de alcohol y/o drogas (2018-2020)⁵⁶
- (ii) el Estudio de caracterización de consumidores habituales de pasta base de cocaína (2013)⁵⁷
- (iii) el Estudio de reinserción de mujeres privadas de libertad (2016)⁵⁸
- (iv) el Estudio de trayectorias delictuales de jóvenes infractores de ley (2013-2016)⁵⁹, y
- (v) la Primera Encuesta Nacional de Polivictimización en Niños, Niñas y Adolescentes (2017)⁶⁰.

5.1 Riesgo acumulado

Como ya se mencionó en la primera parte, una forma de aproximarse a las experiencias adversas en la niñez es a través de la sumatoria de distintas experiencias vividas, enfoque conocido como riesgo acumulado. Tal como se observa en el Gráfico 1, solo un 7% de las mujeres, y un 9% de los hombres no vivió ninguna experiencia adversa en la Encuesta a usuarios/as de tratamiento por consumo de alcohol y/o drogas, por lo que alrededor de 9 de cada diez experimentó al menos una, muy por sobre lo estimado en población general. Asimismo, **se observa que las mujeres en general viven más experiencias adversas en la niñez que los hombres, ya que un 61% de ellas padeció 4 o más adversidades, lo que disminuye a un 51% en los hombres.**

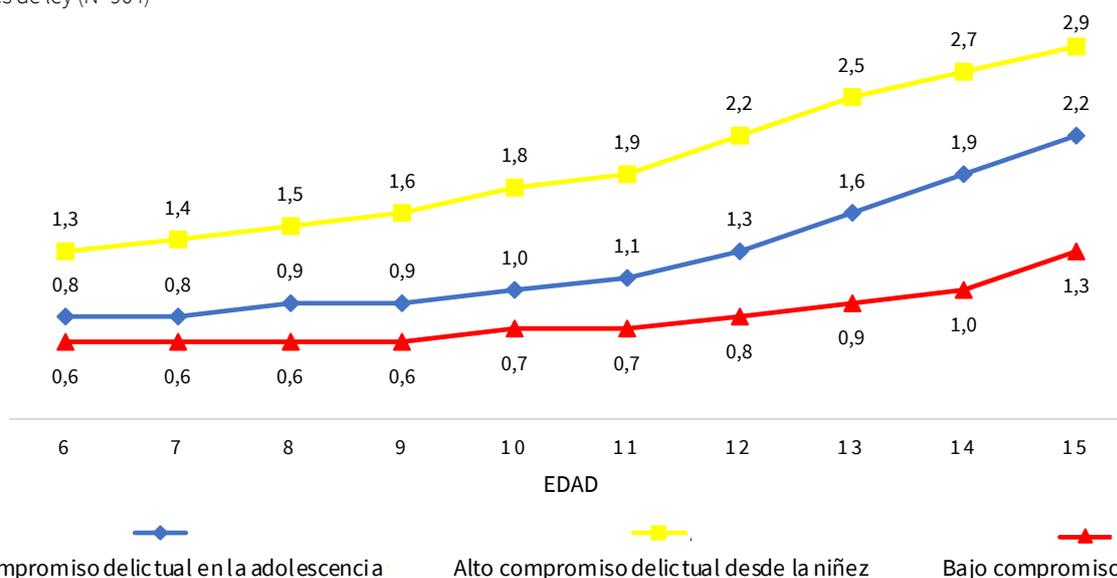
Por su parte, el Gráfico 2 muestra la media de experiencias adversas vividas en el “Estudio de trayectorias delictuales de jóvenes infractores de ley” de acuerdo a la edad y su tipología delictual. Destaca que el grupo con más compromiso delictual (en amarillo) posee un mayor número de experiencias adversas vividas en promedio desde temprana edad. Aquel grupo que aumenta el compromiso delictual durante la adolescencia (en azul) incrementa significativamente su promedio de adversidades justamente al entrar en esta etapa del ciclo vital, es decir, desde los 12 años en adelante, evidenciando una co-ocurrencia de victimizaciones y un aumento en su compromiso delictual.

Gráfico 1: Número de experiencias adversas en la niñez* en la Encuesta a usuarios/as de tratamiento por consumo de alcohol y/o drogas según género (n=465)



*Adversidades incluidas: (i) Hubo problemas de violencia intrafamiliar; (ii) Sufrió maltrato físico (iii); Fue víctima de violencia sexual; (iv) Alguno de sus padres tuvo problemas con el alcohol; (v) Alguno de sus padres tuvo problemas con drogas; (vi) Alguno de sus padres se fue de la casa (vii) Alguno de sus padres estuvo en la cárcel; (viii) Lo criaron personas que no son sus padres; (ix) Dejó el colegio; (x) Vivió en situación de calle; (xi) Vivió en residencia de menores; (xii) Fue detenido o arrestado

Gráfico 2: Media de experiencias adversas en la niñez* según tipología delictual** en el Estudio de trayectorias delictuales de jóvenes infractores de ley (N=904)



*Adversidades incluidas: (i) Maltrato físico; (ii) Muerte de madre; (iii) Muerte de padre; (iv) Encarcelamiento padre; (v) Encarcelamiento madre; (vi) Vivió en residencia de SENAME; (vii) Vivió en la calle; (viii) Deserción escolar.
 **Tipologías delictuales desarrolladas por Bórquez (2019).

Finalmente, la Tabla 1 muestra el promedio de adversidades vividas en los distintos estudios incluidos en este reporte. Destaca que el 50% de los consumidores habituales de pasta base vivió cinco experiencias adversas en la niñez o más, siendo mayor el promedio entre las mujeres.

Tabla 1: Número de experiencias adversas vividas en la niñez*

| | Media | Desviación estándar | Mediana | Mínimo | Máximo | N |
|---|-------|---------------------|---------|--------|--------|-----|
| Encuesta a usuarios/as de tratamiento por consumo de alcohol y/o drogas* | | | | | | |
| Hombre | 3,4 | 2,3 | 3 | 0 | 10 | 325 |
| Mujer | 4,3 | 2,5 | 4 | 0 | 11 | 140 |
| Total | 3,7 | 2,4 | 4 | 0 | 11 | 465 |
| Estudio de caracterización de consumidores habituales de pasta base de cocaína* | | | | | | |
| Hombre | 4,7 | 2,6 | 5 | 0 | 11 | 339 |
| Mujer | 5,1 | 2,6 | 5 | 0 | 12 | 70 |
| Total | 4,7 | 2,6 | 5 | 0 | 12 | 409 |
| Reinserción, desistimiento y reincidencia en mujeres privadas de libertad en Chile** | | | | | | |
| Total | 2,4 | 2,1 | 2 | 0 | 8 | 225 |
| Trayectorias delictuales de jóvenes infractores de ley*** | | | | | | |
| Total | 2,5 | 1,6 | 2 | 0 | 7 | 978 |

*Adversidades incluidas: (i) Hubo problemas de violencia intrafamiliar; (ii) Sufrió maltrato físico (iii); Fue víctima de violencia sexual; (iv) Alguno de sus padres tuvo problemas con el alcohol; (v) Alguno de sus padres tuvo problemas con drogas; (vi) Alguno de sus padres se fue de la casa (vii) Alguno de sus padres estuvo en la cárcel; (viii) Lo criaron personas que no son sus padres; (ix) Dejó el colegio; (x) Vivió en situación de calle; (xi) Vivió en residencia de menores; (xii) Fue detenido o arrestado.

**Adversidades incluidas: (i) Adulto en casa la insultó, gritó, o rompió sus pertenencias; (ii) Adulto le amenazó con echarla del hogar o lo hizo; (iii) Adulto le pegó, empujó contra la pared, o hirió físicamente; (iv) Sufrió abuso sexual; (v) Sufrió violación o intentos de violación; (vi) Vivió en la calle; (vii) Estuvo en programa de SENAME por protección de derechos; (viii) Adulto responsable fue negligente con ella.

***Adversidades incluidas: (i) Maltrato físico; (ii) Muerte de madre; (iii) Muerte de padre; (iv) Encarcelamiento padre; (v) Encarcelamiento madre; (vi) Vivió en residencia de SENAME; (vii) Vivió en la calle; (viii) Deserción escolar.

5.1 Daño en la niñez

La Tabla 2 muestra algunas mediciones de experiencias de daño, es decir, situaciones que supusieron daño físico directo o amenaza de daño, para los dos estudios de consumidores de alcohol y/o drogas incluidos. Destaca alta presencia de violencia intrafamiliar declarada, siendo más prevalente en el caso de las mujeres. Alrededor de uno de cada dos declaró haber sido víctima de maltrato físico. Finalmente, las diferencias de género en abuso sexual son de gran magnitud. En caso del estudio de consumidores habituales de pasta base de cocaína una de cada tres mujeres declaró haber sido víctima de violencia sexual, aumentando a una de cada dos para quienes participaron en el estudio de usuario/as de tratamiento por consumo de drogas y/o alcohol. En el caso de los hombres, en cambio, este porcentaje es de 5% y 12% respectivamente.

Tabla 2: Experiencias de daño en la niñez*

| | Estudio de caracterización de consumidores habituales de pasta base de cocaína (N=398) | | Encuesta a usuarios/as de tratamiento por consumo de alcohol y/o drogas (N=465) | |
|---|--|---------------|---|---------------|
| | Hombres (83%) | Mujeres (17%) | Hombres (70%) | Mujeres (30%) |
| Hubo problemas de violencia intrafamiliar | 61% | 70% | 48% | 59% |
| Sufrió maltrato físico | 45% | 49% | 40% | 55% |
| Fue víctima de violencia sexual | 5% | 29% | 12% | 48% |

Gráfico 3: Prevalencia de experiencias de daño en la niñez en el Estudio de reinserción de mujeres privadas de libertad (N=225)

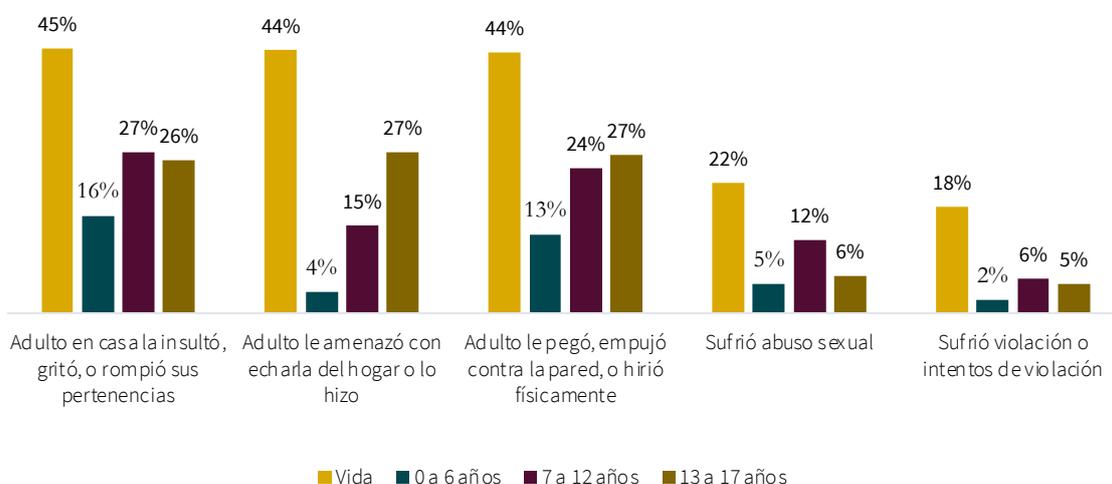


Gráfico 4: Prevalencia de maltrato físico entre los 0 y 17 años en el Estudio de trayectorias delictuales de jóvenes infractores de ley (N=978)

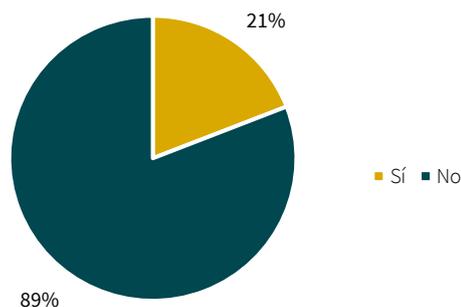
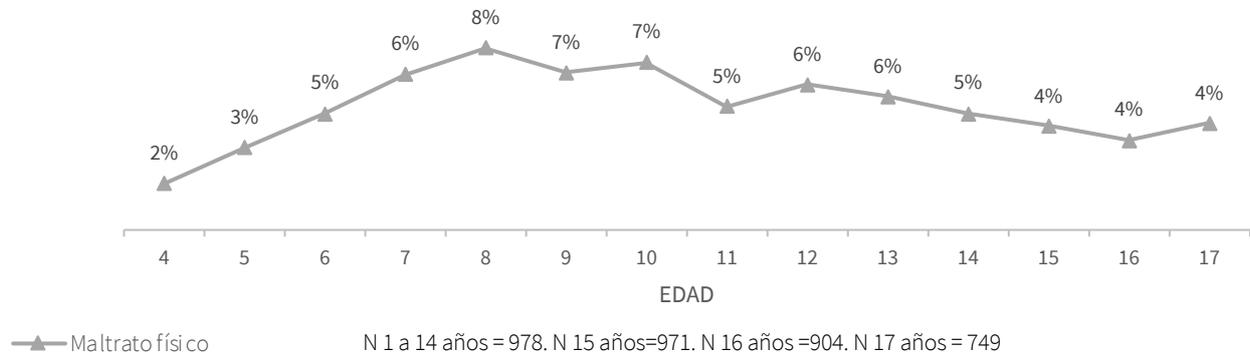


Gráfico 5: Prevalencia maltrato físico según edad en el Estudio de trayectorias delictuales de jóvenes infractores de ley (N=978)



De acuerdo a la Encuesta Nacional de Polivictimización existen diferencias según nivel socioeconómico (NSE) en cuanto al tipo de victimización que viven niños, niñas y adolescentes en población escolar.

ATAQUES FÍSICOS

49% de los NNA del NSE bajo declaró haberlo sufrido en el último año

41% disminuyendo a un para el NSE alto

MALTRATO DE LOS CUIDADORES

37% del NSE bajo declaró haber sufrido maltrato de parte de sus cuidadores

30% disminuyendo a un para el NSE alto

MALTRATO DE LOS PARES

31% del NSE bajo declaró haber sufrido maltrato de parte de sus pares

25% disminuyendo a un para el NSE alto

VICTIMIZACIÓN DIGITAL

24% declaró sufrirlo en el NSE bajo

16% disminuyendo a un para el NSE alto

EXPOSICIÓN A VIOLENCIA

73% es la exposición a la violencia en comunidad en el NSE bajo

70% disminuyendo a un para el NSE medio

57% disminuyendo a un para el NSE alto

Respecto a los polivictimizados/as en el último año, se observa que este índice es mayor para el caso de las mujeres (58,2% versus un 41,8%), los NNA provenientes de colegios particulares subvencionados (55,8% versus un 36,7% en el caso de los de municipales y un 7% los de particulares). Existen diferencias según género, las mujeres polivictimizadas han sufrido más victimizaciones por maltrato de cuidadores, sexuales y digitales que los hombres. A modo de ejemplo, un 43% de la mujeres declaró haber recibido maltratos de parte de sus cuidadores/as en el último año, disminuyendo a un 26% para los hombres.



43% de las niñas declara haber recibido maltrato de cuidadores/as. En el caso de los hombres, esta cifra disminuye a 26%.

5.3 Deprivación o negligencia en la niñez

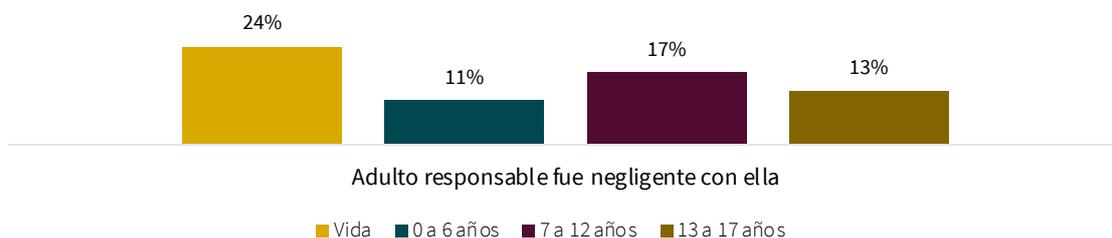
La Tabla 3 muestra algunas de las experiencias que podrían suponer negligencia o deprivación, es decir, una ausencia de los insumos esperados en el ambiente durante el desarrollo, como por ejemplo, el apoyo, la crianza positiva, y la estimulación cognitiva y social. Destaca que entre los consumidores de alcohol y/o drogas es común que sus padres y madres hayan presentado también problemas derivados del consumo, sobre todo de alcohol. Además, la pérdida de cohabitación con alguno de los padres, alcanza uno de cada dos en el caso del estudio de caracterización de consumidores habituales de pasta base de cocaína. La deserción escolar es también un importante componente de deprivación, donde casi tres de cada cuatro consumidores habituales de pasta base de cocaína dejaron el colegio, y casi uno de cada dos en el caso de los usuarios/as en tratamiento.

24% de las participantes del “Estudio de reinserción de mujeres privadas de libertad” declaró haber sufrido negligencia por parte de su cuidador o adulto responsable durante la niñez. La negligencia incluye situaciones como no haber sido llevada al doctor cuando sabían que lo necesitaba, dejarla sola en la casa sin otro adulto que les cuidara siendo niñas, o no haber sido alimentada por varios días, entre otras.

Tabla 3: Experiencias de deprivación o negligencia en la niñez

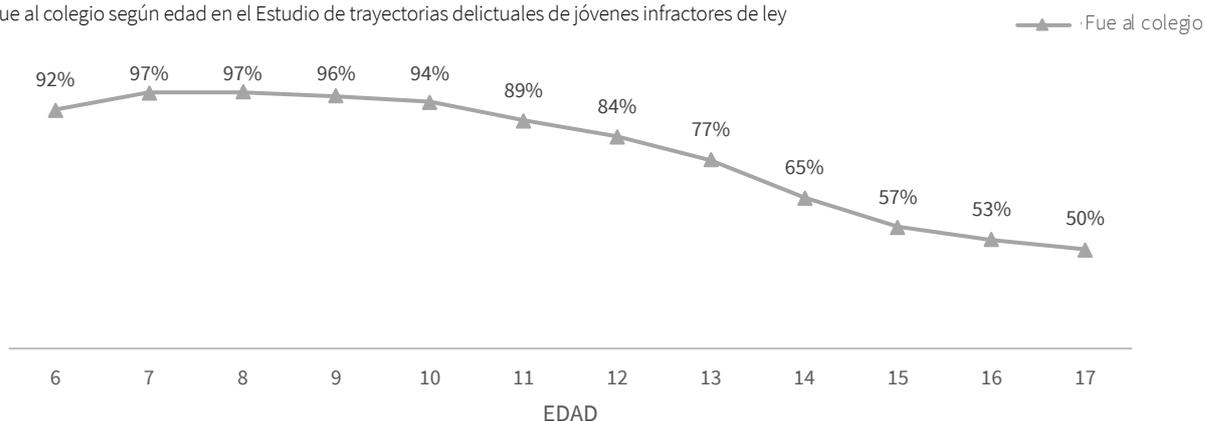
| | Estudio de caracterización de consumidores habituales de pasta base de cocaína (N=398) | | Encuesta a usuarios/as de tratamiento por consumo de alcohol y/o drogas (N=465) | |
|--|--|---------------|---|---------------|
| | Hombres (83%) | Mujeres (17%) | Hombres (70%) | Mujeres (30%) |
| Alguno de sus padres tuvo problemas con el alcohol | 66% | 70% | 54% | 56% |
| Alguno de sus padres tuvo problemas con drogas | 14% | 22% | 13% | 26% |
| Alguno de sus padres se fue de la casa | 47% | 52% | 38% | 50% |
| Alguno de sus padres estuvo en la cárcel | 20% | 22% | 8% | 12% |
| Dejó el colegio | 71% | 75% | 44% | 49% |

Gráfico 6: Prevalencia de negligencia en la niñez en el Estudio de reinserción de mujeres privadas de libertad (N=225)



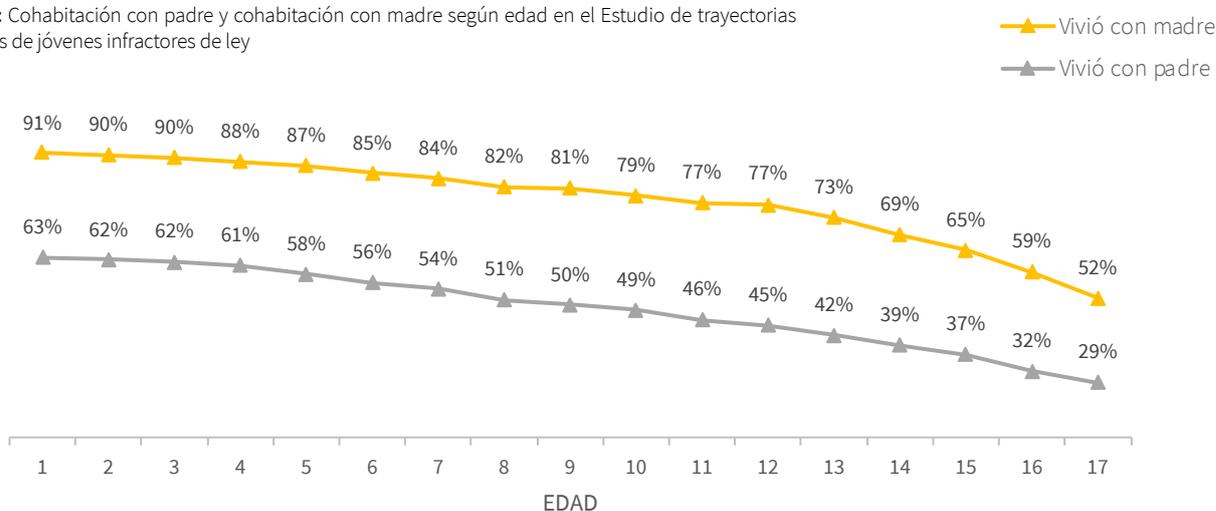
Finalmente, el Gráfico 7 presenta la pronunciada deserción escolar en el caso del “Estudio de trayectorias de jóvenes que infringieron de ley”, donde a partir de los 9 años hay una disminución constante en la participación escolar. En efecto, si a los 9 años un 96% iba al colegio a los 17 años solo el 50% lo hace, es decir, alrededor de uno de cada dos deserta de la escolaridad. Por su parte, el Gráfico 10 muestra la misma tendencia a la baja pero en este caso de la cohabitación con padre y madre. Destaca que ya al primer año de vida solo un 63% declaró haber vivido con el papá, cuestión que desciende a 29% a los 17 años. También la cohabitación con la madre disminuye en el tiempo, llegando a que solo uno de cada dos vive con su madre a los 17 años.

Gráfico 7: Fue al colegio según edad en el Estudio de trayectorias delictuales de jóvenes infractores de ley



N 1 a 14 años = 978. N 15 años = 971. N 16 años = 904. N 17 años = 749

Gráfico 8: Cohabitación con padre y cohabitación con madre según edad en el Estudio de trayectorias delictuales de jóvenes infractores de ley



N 1 a 14 años = 978. N 15 años = 971. N 16 años = 904. N 17 años = 749

5.4 Experiencias complejas

En cuanto a las experiencias complejas (Tabla 4), es decir, aquellas que podrían suponer tanto daño como privación, destaca que alrededor de **uno de cada tres consumidores habituales de pasta base declaró haber vivido en la calle durante su niñez o adolescencia, siendo este porcentaje mayor en el caso de las mujeres.** Asimismo, alrededor de uno de cada cinco vivió en residencias de menores. Finalmente, en general los hombres fueron detenidos en mayor medida en comparación a las mujeres. En concreto, en la “Encuesta a usuarios/as de tratamiento por consumo de alcohol y/o drogas” un 32% de los hombres declaró haber sido arrestado (versus 17% en mujeres), y en el caso del “Estudio de caracterización de consumidores habituales de pasta base de cocaína” este porcentaje aumenta a 44% (versus 30% en mujeres).

El Gráfico 9 da cuenta de que alrededor de una de cada cinco mujeres privadas de libertad declaró vivir en situación de calle durante un periodo de su niñez o adolescencia. 7% vivió este tipo de adversidad entre los 7 y 12 años, aumentando a un 13% entre los 13 y 17 años. Además, un 13% vivió en residencias de SENAME, porcentaje similar al mostrado por las mujeres en tratamiento por consumo de sustancias (11% en Tabla 4).

En el Estudio de Trayectorias Delictuales de Jóvenes Infractores de Ley (Gráfico 10) se observó un aumento constante en la participación de estos adolescentes en programas residenciales de SENAME hasta los 13 años. Luego de eso hay un descenso marcado probablemente dado por la adquisición de responsabilidad penal adolescente y el traslado a programas de justicia juvenil.

Tabla 4: Experiencias complejas en la niñez

| | Estudio de caracterización de consumidores habituales de pasta base de cocaína (N=398) | | Encuesta a usuarios/as de tratamiento por consumo de alcohol y/o drogas (N=465) | |
|--------------------------------|--|---------------|---|---------------|
| | Hombres (83%) | Mujeres (17%) | Hombres (70%) | Mujeres (30%) |
| Vivió en situación de calle | 31% | 39% | 9% | 6% |
| Vivió en residencia de menores | 17% | 22% | 5% | 11% |
| Fue detenido o arrestado | 44% | 30% | 32% | 17% |

Gráfico 9: Prevalencia de experiencias compleja en la niñez en el Estudio de reinserción de mujeres privadas de libertad (N=225)

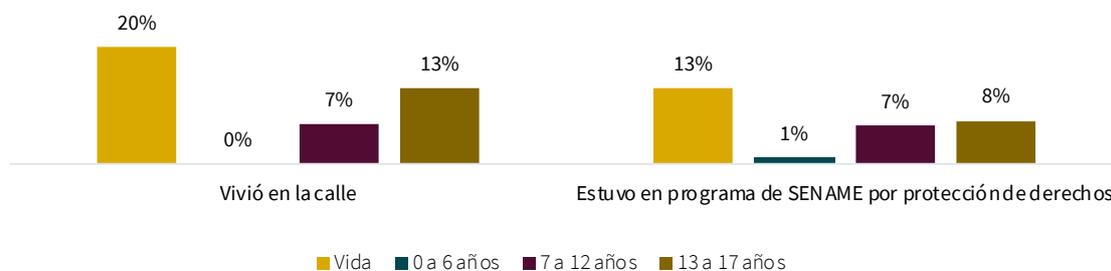
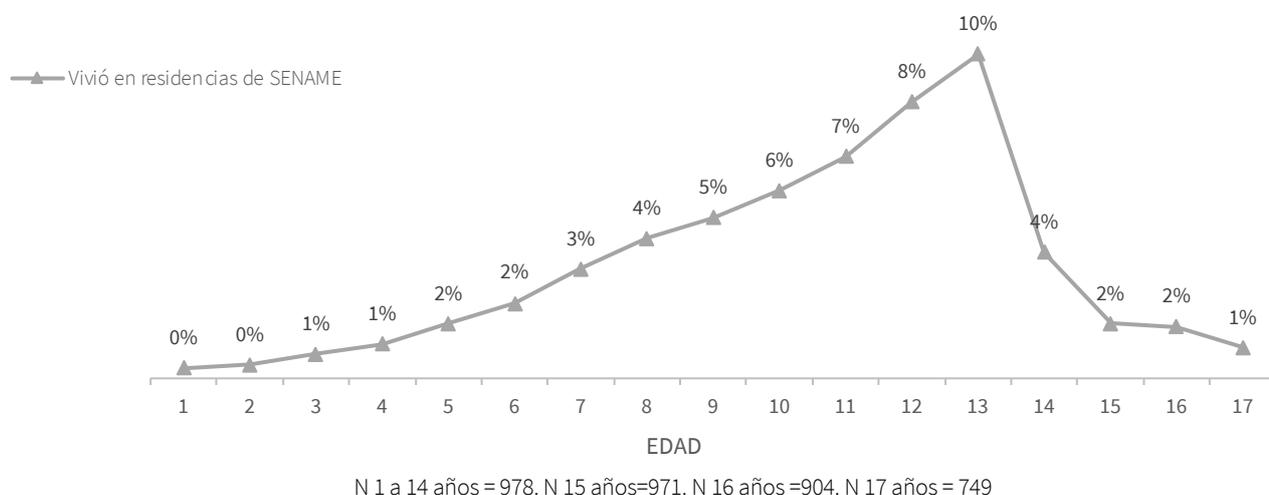


Gráfico 10: Vivió en residencias de SENAME según edad en el Estudio de trayectorias delictuales de jóvenes infractores de ley



6. Conclusiones – Importancia de la detección y prevención de las experiencias adversas en la niñez

Las experiencias adversas en la niñez son eventos traumáticos que dejan secuelas tanto a largo como a corto plazo. Esto se observa en la relación que hay entre estos eventos y el bienestar social, psicológico y físico de niños y niñas, pues afectan negativamente a su salud mental y física, aumentan la probabilidad de presentar comportamientos riesgosos, y disminuyen las oportunidades durante su vida. Por esto, este fenómeno es un problema de salud importante y necesario de atender a través de políticas públicas robustas enfocadas en prevenir, detectar e intervenir.

De acuerdo al Centers for Disease Control and Prevention ⁶⁵, las estrategias de prevención deben enfocarse en cambios en las normas, ambiente y comportamientos, a modo de prevenir las situaciones que dan pie a eventos adversos para niños, niñas y adolescentes. Entre las recomendaciones sugeridas se encuentra mejorar el apoyo económico a las familias, promoviendo lugares de trabajo amigables para personas con hijas e hijos, así como la seguridad económica mediante subsidios o asistencia social. Esto, ya que está demostrado que los/as cuidadores/as que enfrentan inestabilidad económica son más propensos al estrés, depresión y, por ende, conflictos en sus relaciones, y también tienen menos recursos para invertir en sus niños/as y adolescentes.

Otra estrategia es promover normas sociales mediante campañas escolares con el fin de reducir el castigo físico. Esta medida conlleva apoyo a los padres y madres, en la adquisición de conocimientos y prácticas que les permitan ejercer una parentalidad positiva, promover normas sobre género, masculinidad y relaciones, y reducir el estigma que aún recae al momento de buscar ayuda. Asimismo, deben generarse cambios en la legislación, para que esta proteja efectivamente a los niños/as y adolescentes, de la mano con campañas educativas que enseñen prácticas de disciplina más efectivas y positivas. Es importante focalizar programas en niños y hombres, para que sean actores aliados en la prevención de este tipo de situaciones, y conlleve un cambio educación en pos de la igualdad de género.

También se debe asegurar un punto de partida estable y fuerte para los/as niños/as en su infancia temprana, lo cual se puede regular y fiscalizar mediante programas con visitas domiciliarias y cuidado de niños/as preescolares de alta calidad con el apoyo de las familias. Esta etapa es crítica en el desarrollo de seres humanos socialmente integrados, ya que los estímulos y el cuidado del niño/a ayuda a su desarrollo físico, emocional y social posterior, por lo que aportar con educación e información para lograr una buena crianza es primordial. Es importante que en este proceso se involucre tanto al sistema educacional como a las familias.

Asimismo es esencial promover una enseñanza basada en habilidades parentales positivas, aprendizaje socioemocional, y programas de relaciones familiares y amorosas saludables. De esta forma, tanto los padres como los niños/as y adolescentes pueden aprender a resolver conflictos, manejar el estrés e ira y llevar relaciones libres de violencia, lo cual disminuye comportamientos y factores de riesgo.

Otra recomendación son la creación e implementación de programas con mentores, donde el objetivo es relacionar a los niños/as y adolescentes con adultos/as que sean figuras positivas, ya sea profesores/as, familiares, voluntarios, entre otros. Esto se puede realizar de diversas formas, ya sea mediante programas extra-programáticos o tutorías para realizar tareas u otro tipo de actividades.

Por último, son necesarias políticas públicas que reduzcan los efectos de haber vivido alguna experiencia adversa. Esto se puede llevar a cabo mediante el refuerzo a la atención primaria, donde se puedan identificar factores de riesgo en el ambiente familiar. Adicionalmente, es importante la existencia de servicios centrados en las víctimas, como intervenciones en crisis, soportes sociales, asesoría y defensa legal. Esto también conlleva tratamientos para minimizar los daños de adversidad en la niñez, prevenir problemas de conducta y futuro involucramiento en violencia, y también terapia para consumidores problemáticos que involucren a sus familias.

Las experiencias adversas en la niñez son una temática relevante y urgente de intervenir en salud pública, pues nos habla de una vulneración de los derechos de niños, niñas y adolescentes, las cuales tienen efectos a largo plazo y que también se transmiten generacionalmente, repitiéndose durante la adultez. Así, es importante focalizarse en la prevención de este tipo de eventos, donde la atención primaria tiene un rol importante, pues recolectar datos, realizar campañas, e implementa, evalúa y hace seguimientos. No obstante, de todas formas es importante la acción de otros ámbitos como la educación, organizaciones no gubernamentales, justicia, entre otros, de manera de trabajar intersectorialmente contra el maltrato, abuso y/o negligencia hacia niños, niñas y adolescentes.



NOTAS

1. Hughes, K., Bellis, M., Hardcastle, K., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., . . . Dunne, M. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2, 356–66.
2. Centers for Disease Control and Prevention. (2019). Preventing Adverse Childhood Experiences (ACEs): Leveraging the Best Available Evidence. Atlanta, Georgia: National Center for Injury Prevention and Control.
3. McLaughlin, K., Weissman, D., & Bitrán, D. (2019). Childhood Adversity and Neural Development: A Systematic Review. *Annual Review of Developmental Psychology*, 1, 11.1-11.36.
4. Hughes, K., Bellis, M., Hardcastle, K., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., . . . Dunne, M. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2, 356–66.
5. McLaughlin, K., Weissman, D., & Bitrán, D. (2019). Childhood Adversity and Neural Development: A Systematic Review. *Annual Review of Developmental Psychology*, 1, 11.1-11.36.
6. Centers for Disease Control and Prevention. (2020, Agosto). About the CDC-Kaiser ACE Study. Retrieved from <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces-study/about.html>
7. McLaughlin, K., Weissman, D., & Bitrán, D. (2019). Childhood Adversity and Neural Development: A Systematic Review. *Annual Review of Developmental Psychology*, 1, 11.1-11.36.
8. Kessler, R., McLaughlin, K., Green, J., Gruber, M., & Sampson, N. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 197, 378–85.
9. Centers for Disease Control and Prevention. (2020, Agosto). About the CDC-Kaiser ACE Study. Retrieved from <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces-study/about.html>
10. Centers for Disease Control and Prevention. (2020, Agosto). Behavioral Risk Factor Surveillance System ACE Data. Retrieved from <https://www.cdc.gov/violenceprevention/acesstudy/ace-brfss.html>
11. Bruskas, D., & Tessin, D. (2013). Adverse Childhood Experiences and Psychosocial Well-Being of Women Who Were in Foster Care as Children. *Permanent Journal*, 17(3), e131–e141.
12. Courtney, M., Dworsky, A., Brown, A., Cary, C., Love, K., & Vorhies, V. (2011). Evaluation of the adult functioning of former foster youth: outcomes at age 26. Chicago, IL: Chapin Hall at the University of Chicago.
13. Turney, K., & Wildeman, C. (2017). Adverse childhood experiences among children placed in and adopted from foster care: Evidence from a nationally representative survey. *Child Abuse & Neglect*, 64, 117-129.
14. Piquero, A., Farrington, D., & Blumstein, A. (2003). The criminal career paradigm. *Crime and justice*, 28, 103-115.
15. Baglivio, M., Wolff, K., Piquero, A., & Epps, N. (2015). The Relationship between Adverse Childhood Experiences (ACE) and Juvenile Offending Trajectories in a Juvenile Offender Sample. *Journal of Criminal Justice*, 43(3), 229-241.
16. Westemayer, J., Wahmanholm, K., & Thuras, P. (2001). Effects of childhood physical abuse on course and severity of substance abuse. *The American Journal on Addictions*, 10(2), 101–110.
17. Rosen, C., Ouinette, P., Sheikh, J., Gregg, J., & Moos, R. (2002). Physical and sexual abuse history and addiction treatment outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(6), 683–687.
18. Sacks, J., McKendrick, K., & Banks, S. (2008). The impact of early trauma and abuse on medically monitored residential substance abuse treatment outcomes for women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 90–100.
19. Dube, S., Anda, R., & Whitfield, C. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *Am J Prev Med*, 28, 430–8.
20. Walsh, D., McCartney, G., Smith, M., & Armour, G. (2019). Relationship between childhood socioeconomic position and adverse childhood experiences (ACEs): A systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 73(12), 1087–1093.
21. 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.
22. Garcia, A., Gupta, M., Greeson, J., Thompson, A., & DeNard, C. (2017). Adverse childhood experiences among youth reported to child welfare: Results from the national survey of child & adolescent wellbeing. *Child Abuse & Neglect*, 70, 292–302.
23. Dube, S., Felitti, V., Dong, M., Chapman, D., Giles, W., & Anda, R. (2003). Childhood abuse, neglect and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The Adverse Childhood Experience Study. *Pediatrics*, 111(3), 564–572.
24. Cavanaugh, C., Petras, H., & Martins, S. (2015). Gender-specific profiles of adverse childhood experiences, past year mental and substance use disorders, and their associations among a national sample of adults in the United States. *Soc Psych Psych Epid*, 50, 1257–66.
25. McLaughlin, K., Weissman, D., & Bitrán, D. (2019). Childhood Adversity and Neural Development: A Systematic Review. *Annual Review of Developmental Psychology*, 1, 11.1-11.36.
26. Evans, G., & Whipple, D. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychol. Bull.*, 139, 1342–96.
27. Turner, H., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010). Poly-victimization in a national sample of children and youth. *Am J Prev Med*, 38, 323–30.
28. Anda, R., Butchart, A., Felitti, V., & Brown, D. (2010). Building a Framework for Global Surveillance of the Public Health Implications of Adverse Childhood Experiences. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(1), 93-98.
29. Kalmakis, K., & Chandler, G. (2014). Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *Informing Practice And Policy Worldwide through Research and Scholarship*, 70(7).
30. Kwong, T., & Hayes, D. (2017). Adverse family experiences and flourishing amongst children ages 6-17 years: 2011/12 National Survey of Children's Health. *Child Abuse & Neglect*, 70, 240-246.
31. Larkin, H., Shields, J., & Anda, R. (2012). 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*, 40(4), 263-270.
32. Evans, G., & Whipple, D. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychol. Bull.*, 139, 1342–96.
33. McLaughlin, K., Weissman, D., & Bitrán, D. (2019). Childhood Adversity and Neural Development: A Systematic Review. *Annual Review of Developmental Psychology*, 1, 11.1-11.36.
34. McLaughlin, K., & Sheridan, M. (2016). Beyond cumulative risk: a dimensional approach to childhood adversity. *Current Directions in Psychological Science*, 25(4), 239-245.
35. McLaughlin, K., Weissman, D., & Bitrán, D. (2019). Childhood Adversity and Neural Development: A Systematic Review. *Annual Review of Developmental Psychology*, 1, 11.1-11.36.
36. McLaughlin, K., Sheridan, M., & Lambert, H. (2014). Childhood adversity and neural development: Deprivation and threat as distinct dimensions of early experience. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 47, 578-591.

37. Hughes, K., Bellis, M., Hardcastle, K., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., . . . Dunne, M. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2, 356–66.
38. Hughes, K., Bellis, M., Hardcastle, K., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., . . . Dunne, M. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2, 356–66.
39. Centers for Disease Control and Prevention. (2020, Agosto). Behavioral Risk Factor Surveillance System ACE Data. Retrieved from <https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/ace-brfss.html>
40. CEPAL, & UNICEF. (2009). Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro.
41. CEPAL, & UNICEF. (2009). Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro.
42. CEPAL, & UNICEF. (2009). Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro.
43. UNICEF. (2010). Child Disciplinary Practices at Home: Evidence from a Range of Low- and Middle-Income Countries.
44. OMS. (2009). Prevención del Maltrato Infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias. Organización Mundial de la Salud.
45. Riosco, P., Vicente, B., Saldívar, S., Cova, F., Melipillán, R., & Rubi, P. (2009). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de ley. Estudio caso-control. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 190-200.
46. CEPAL, & UNICEF. (2009). Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro.
47. Gómez, J. D., Mann, R., Hamilton, H., Erickson, P., Brands, B., Giesbrecht, N., Khenti, A. (2015). Malestar psicológico, disfunción familiar, maltrato de estudiantes durante la niñez en una Universidad Privada de Bogotá, Colombia. *Texto & Contexto Enfermagem*, 33-39.
48. Gonzalez, Y., Mann, R., Hamilton, H., Erickson, P., Sapag, J., Brands, B., Khenti, A. (2015). El uso de drogas entre los estudiantes universitarios y su relación con el maltrato durante la niñez y la adolescencia. *Texto & Contexto Enfermagem*, 88-96.
49. SENAME (2016). Observatorio Abuso Sexual Infantil y Adolescente en Chile: Primer informe de abuso sexual en niñas, niños y adolescentes en Chile. Ministerio de Desarrollo Social y la Familia. Santiago, Chile.
50. SENAME (2016). Observatorio Abuso Sexual Infantil y Adolescente en Chile: Primer informe de abuso sexual en niñas, niños y adolescentes en Chile. Ministerio de Desarrollo Social y la Familia. Santiago, Chile.
51. Seiler, A., Kohler, S., & Ruf-Leuschner, M. (2016). Adverse Childhood Experiences, Mental Health, and Quality of Life of Chilean Girls Placed in Foster Care: An Exploratory Study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 8(2), 180-187.
52. Seiler, A., Kohler, S., & Ruf-Leuschner, M. (2016). Adverse Childhood Experiences, Mental Health, and Quality of Life of Chilean Girls Placed in Foster Care: An Exploratory Study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 8(2), 180-187.
53. Riosco, P., Vicente, B., Saldívar, S., Cova, F., Melipillán, R., & Rubi, P. (2009). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de ley. Estudio caso-control. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 190-200.
54. MIDESO, & UNICEF. (2017). 3ra Encuesta Longitudinal de Primera Infancia.
55. CEPAL, & UNICEF. (2009). Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro.
56. Estudio longitudinal que siguió a una cohorte de pacientes en tratamientos ambulatorios y residenciales en centro con convenio con el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) de la Región Metropolitana. Año 2018 a 2020. N=465, quienes participaron en la segunda ola, cuando se preguntó experiencias adversas en la niñez.
57. Estudio que busca caracterizar a la población consumidora de pasta base de cocaína en la Región Metropolitana, Chile. Año 2013. N=398.
58. Estudio longitudinal que siguió a una cohorte de mujeres privadas de libertad tras salir en libertad en la Región Metropolitana. Año 2016. N=225.
59. Estudio longitudinal que siguió a una cohorte de jóvenes infractores de ley cumpliendo condena en Programa de libertad asistida especial (PLE), Programa de libertad asistida (PLA), Internación en Centro de Régimen Cerrado (CRC) e Internación en Centro de Régimen Semicerrado (CSC) de las regiones de Valparaíso, O'Higgins y Metropolitana. Año 2013-2016. N=978. Participaron solo jóvenes de sexo masculino.
60. Estudio realizado en escuelas a niños, niñas y adolescentes de 12 a 19 años representativa a nivel nacional. Año 2017. N=18734.
61. Tipologías extraídas de Bórquez (2019). Transmisión intra e intergeneracional del crimen: El efecto de tener un padre o madre encarcelado/a sobre la trayectoria delictual de jóvenes infractores de ley. Instituto de Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile.
62. DESUC. (2018). Principales resultados: "Primera Encuesta Nacional de Polivictimización de Niños, Niñas y Adolescentes."
63. McLaughlin, K., Sheridan, M., & Lambert, H. (2014). Childhood adversity and neural development: Deprivation and threat as distinct dimensions of early experience. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 47, 578-591.
65. Centers for Disease Control and Prevention. (2019). Preventing Adverse Childhood Experiences (ACEs): Leveraging the Best Available Evidence. Atlanta, Georgia: National Center for Injury Prevention and Control.