

## *Las experiencias traumáticas en la infancia y su impacto en la adultez temprana: donde emerge la resiliencia*

<sup>1</sup>Aitana Gomis-Pomares\*, <sup>1</sup>Lidón Villanueva

<sup>1</sup>Universitat Jaume I

\* Contacto: [apomares@uji.es](mailto:apomares@uji.es)

---

**Resumen:** Aunque la relación general entre maltrato infantil y problemas posteriores está más que comprobada, también es cierto que no todos los menores que sufren experiencias traumáticas infantiles presentan consecuencias negativas. Por ello, el objetivo de esta investigación es el de analizar si existen efectos “amortiguadores” de ciertas experiencias traumáticas infantiles en la adopción de conductas de riesgo en la vida adulta (por ejemplo, consumo de alcohol y drogas), que puedan abrir la vía para futuros estudios sobre conductas resilientes. Se recogieron los datos de 490 jóvenes de entre 18 y 20 años, los cuales respondieron al cuestionario de Experiencias Adversas Infantiles, así como a dos preguntas relacionadas con la frecuencia de consumo de alcohol y drogas. Los resultados indicaron que, mientras que algunos tipos de experiencias traumáticas (como el abuso sexual, el abuso emocional, la negligencia o el consumo de sustancias en el hogar) incrementaban la probabilidad del uso de alcohol o drogas, otros tipos de experiencias traumáticas (como la violencia doméstica o vivir con un familiar con enfermedad mental), la reducían. En conclusión, los resultados obtenidos ofrecen pistas sobre posibles mecanismos de resiliencia en los menores con experiencias traumáticas, que abren nuevas vías alentadoras en el campo de la victimología.

**Palabras Clave:** experiencias traumáticas infantiles, resiliencia, conductas de riesgo, y adultez emergente.

**Abstract:** While the overall relationship between child abuse and later developmental problems is well established, it is also true that not all children who suffer from adverse childhood experiences will develop negative consequences. Therefore, the aim of this research is to analyse whether there are "buffering" effects of certain adverse childhood experiences on the adoption of risky behaviours in adult life (e.g., alcohol and drug use) which may open a way for future studies on resilient behaviours. Data was collected from 490 young adults aged 18-20, who answered the Adverse Childhood Experience questionnaire, as well as two questions related to the frequency of alcohol and drug use. The results indicated that while some types of traumatic experiences (such as sexual abuse, emotional abuse, neglect or substance use in the home) increased the likelihood of alcohol or drug use, other types of traumatic experiences (such as domestic violence or living with a mentally ill family member) reduced this likelihood. In conclusion, the results of this study offer clues about possible resilience mechanisms in minors with traumatic experiences, which open new and encouraging research lines in the field of victimology.

**Keywords:** childhood adverse experiences, resilience, risk behaviour, and emerging adulthood

## **Introducción**

Dentro de las experiencias traumáticas durante la infancia y adolescencia, se incluyen habitualmente el abuso sexual, físico o emocional, la negligencia emocional y/o física, así como circunstancias familiares adversas que se hayan podido producir durante estos períodos (por ejemplo, alcoholismo o enfermedad mental de familiares). Los estudios muestran que estas experiencias traumáticas tienden a ser frecuentes y coexistentes: 2/3 de la población ha sufrido al menos una antes de los 18 años y más del 10% ha vivido 5 o más (Bellis et al., 2014; Felitti et al., 1998). Por esta razón, diferentes estudios han enfatizado cada vez más la importancia que tienen estas experiencias para la salud de las personas a lo largo de su vida (Felitti et al., 1998; Hughes et al., 2017; Murphy et al., 2014).

Las personas que sufren estas experiencias traumáticas durante la infancia o la adolescencia tienden a presentar más problemas de salud física y mental en la edad adulta que las que no las sufren. Entre ellos pueden encontrarse problemas en el bienestar psicológico (Nurius et al., 2015), quejas somáticas, obesidad, insatisfacción sexual (Anda et al., 2006), enfermedades autoinmunes (Dube et al., 2009), e incluso la muerte prematura (Brown et al., 2009). La conexión entre las experiencias traumáticas infantiles y este amplio espectro de resultados negativos podría explicarse por la activación y el uso de mecanismos conscientes o inconscientes para afrontar el estrés y la ansiedad producidos por estas experiencias traumáticas (Felitti et al.,

1998; Hughes et al., 2017). En otras palabras, conductas de riesgo como por ejemplo, el abuso de alcohol y drogas analizado en este trabajo, pueden actuar como amortiguadores de la situación negativa a corto plazo, para disminuir los niveles de estrés causados por dicha experiencia (Dube et al., 2003; Forster et al., 2019). Sin embargo, a largo plazo, estas estrategias se convierten en desadaptativas y pueden llevar a los resultados negativos citados anteriormente.

No obstante, cabe destacar que algunos estudios también han encontrado (aunque en menor medida) resultados sorprendentes a este respecto, al no seguir la dirección comentada anteriormente. Por ejemplo, en el estudio de Sharp et al., (2012), adultos que habían sufrido violencia doméstica y negligencia de pequeños, paradójicamente tenían menos propensión al consumo de alcohol y drogas que los adultos que no habían sufrido estas experiencias. Lo mismo ocurría en el estudio de Mersky et al., (2017), quienes encontraron que la negligencia infantil estaba asociada a tasas más bajas de consumo de cigarrillos en la edad adulta. Los autores de estos estudios destacan la naturaleza paradójica de estos resultados, indicando que resulta necesaria más investigación al respecto.

¿Podrían estos resultados minoritarios estar apuntando a una posible vía de resiliencia infantil, por la cual los niños maltratados encontraban estrategias para evitar la adopción de estrategias de riesgo, como el consumo de sustancias que les condujeran a problemas

posteriores en la adultez? De ser así, se trataría de una demostración empírica de prometedoras vías resilientes frente al maltrato infantil.

Aunque la relación general entre maltrato infantil y problemas posteriores está comprobada, también es cierto que no todos los menores que sufren experiencias traumáticas infantiles van a presentar huellas emocionales, sociales y cognitivas posteriores. En contra de este determinismo, se encuentra el estudio de la resiliencia infantil que ha emergido con mucha fuerza en el ámbito psicológico (Cyrulnik, 2002; Rutter, 2002; Mateu et al., 2014<sup>a</sup>; Mateu et al., 2014<sup>b</sup>). El término de resiliencia originariamente proviene de la mecánica, y se utiliza para indicar el índice de resistencia al choque de un material. En su vertiente psicológica, se refiere a la capacidad de las personas, los grupos y las comunidades para enfrentarse, sobreponerse y salir transformados ante las adversidades (Forés y Grané, 2012). La resiliencia siempre será un proceso, no un estado definitivo, por lo tanto, puede ser promovida a lo largo del ciclo vital (Forés y Grané, 2008). Así, el análisis de trayectorias resilientes se ha convertido en un área primordial de estudio a la hora de ayudar a los menores en riesgo.

¿Cómo puede tener lugar esta resiliencia que emerge en ambientes tan desfavorables y adversos? Algunos estudios encuentran mecanismos de “compensación” en menores que han sufrido experiencias traumáticas en la infancia, y que sin embargo, se desarrollan sin problemas aparentes posteriormente.

Entre estos mecanismos de “compensación”, o fuentes individuales de la resiliencia (Barudy y Dantagnan, 2005), se pueden encontrar, entre otras la visión optimista de las propias capacidades, la habilidad de mantener una visión positiva a pesar de las dificultades, así como la autonomía del menor. Por ejemplo, se obtienen altos niveles de autoconcepto en aquellos menores acogidos que tienen padres biológicos con trastorno psiquiátrico, con problemas de toxicomanías y con problemas de retraso mental (Ballester, 2010; de Cádiz et al., 2006).

Otros investigadores han hablado de la importancia de la autonomía del menor (Benard, 2006), o de la habilidad para distanciarse de un ambiente familiar disfuncional. Por ejemplo, Beardslee y Podorefsky (1988) encontraron que los menores resilientes de su estudio eran capaces de distinguir perfectamente entre sus propias experiencias y las enfermedades y problemas de sus padres, dándose cuenta de que ellos no eran la causa de las mismas, y que su futuro, por tanto, sería diferente. En palabras de Barudy & Dantagnan (2007): *“Las capacidades de entenderse a uno mismo y poner los límites respecto a los factores de estrés intrafamiliares, así como a la enfermedad psicológica de uno de los progenitores, refuerzan una autoestima positiva como resultado de las competencias para adaptarse a las circunstancias de la vida y para respetarse a sí mismo” (pág. 59)*.

Todos estos mecanismos resilientes podrían estar actuando en ciertas situaciones

traumáticas infantiles, fomentando la no adopción o el abandono de conductas de riesgo y desadaptativas. Comprobar su posible existencia, y conocer en qué situaciones traumáticas específicas podría estar actuando, ayudará a priorizar los recursos profesionales y económicos existentes en la prevención de las consecuencias del maltrato.

Por tanto, el objetivo de este estudio sería el de analizar si existen efectos “amortiguadores” de ciertas experiencias traumáticas infantiles en la adopción de conductas de riesgo en la vida adulta (por ejemplo, el consumo de alcohol y drogas), que puedan abrir la vía para futuros estudios sobre conductas resilientes. Aparte de las ya tradicionales consecuencias adversas del maltrato infantil en el desarrollo posterior, se espera encontrar también efectos “amortiguadores” de ciertas experiencias traumáticas.

De forma tradicional, el estudio de la influencia de las experiencias traumáticas se ha analizado de forma general y acumulativa (simplemente el número de las mismas), (Dube et al., 2003). Sin embargo, este trabajo incorpora de forma adicional el efecto diferencial de cada experiencia traumática, para capturar los posibles matices existentes. Asimismo, el cuestionario de experiencias infantiles adversas (ACE), de Felitti et al., (1998), utilizado en este estudio no ha sido aplicado y validado en muestra española, por lo cual, este valor se añade a las fortalezas del estudio. De hecho, el estudio de las experiencias traumáticas infantiles y su relación con resultados negativos en etapas posteriores y posibles

conductas resilientes, ha sido poco analizado en poblaciones de habla castellana, cuando son numerosos los autores que coinciden en señalar que los matices culturales pueden arrojar diferentes resultados (Forster et al., 2019; Lui y Zamboanga, 2019).

## Método

### *Participantes*

En este estudio participaron 490 jóvenes de entre 18 y 20 años, con una edad media de 18,90 años ( $DT=.77$ ), procedentes de la provincia de Castellón. Respecto a la distribución muestral, el 37.6% eran hombres y el 62.4% mujeres. Sólo un pequeño porcentaje de la población (7.3%) pertenecía a minorías étnicas. En cuanto al nivel de escolaridad de los participantes, el 4.3% de la muestra no llegó a finalizar la enseñanza secundaria, el 42.7% finalizó la enseñanza secundaria y el 53% poseía estudios universitarios.

### *Instrumento*

- *Adverse Childhood Experiences (ACE)*. El cuestionario de Experiencias Adversas Infantiles (Felitti et al., 1998), traducido al español por los autores de este estudio, evalúa las diez experiencias adversas que puede sufrir un menor durante su infancia. Dichas experiencias se engloban en las diez categorías siguientes: abuso sexual (4 ítems), físico (4 ítems) y emocional (3 ítems); negligencia física (5 ítems) y emocional (3 ítems); vivir en un hogar con violencia doméstica (3 ítems), divorcio de los padres (1

ítems), abuso de sustancias en el hogar (2 ítems), enfermedad mental en el hogar (2 ítems) y encarcelamiento de un miembro del hogar (1 ítems). Las áreas de abuso emocional y físico, negligencia y violencia doméstica, se evaluaron según su frecuencia desde "0 = Nunca" a "4 = Con demasiada frecuencia". La clasificación fue de "Sí" o "No" para las otras experiencias. Cada experiencia adversa (dimensión ACE) fue dicotomizada de acuerdo con las instrucciones del autor original (ver Felitti et al., 1998; Pinto et al., 2014). De este modo, si el sujeto calificaba uno o más ítems de una dimensión ACE como "Frecuente" o "Muy frecuente", la categoría se consideraba presente; de lo contrario, se consideraba ausente.

- *Consumo de drogas ilegales.* El consumo de drogas ilegales se consideraba cuando el sujeto respondía afirmativamente a la siguiente pregunta: "En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has consumido drogas ilícitas?" Su frecuencia fue evaluada de "0 = diariamente" a "4 = no ocurrió". Por consiguiente, una puntuación alta indicaría un bajo consumo de drogas, mientras que una puntuación baja indicaría un consumo más frecuente.

- *Consumo de alcohol.* Los participantes indicaban haber consumido alcohol en el último año, basándose en la siguiente pregunta: "En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia te has emborrachado?" Como en la variable anterior, su frecuencia fue evaluada de "0 = diariamente" a "4

= no ocurrió". Una vez más, una puntuación baja indicaría una alta tasa de consumo de alcohol.

### *Procedimiento*

Los datos recogidos forman parte del estudio internacional *SOCIALDEVIANCE1820*, el cual analiza las consecuencias que las experiencias adversas vividas en la infancia tienen sobre el comportamiento pro/antisocial en el periodo de adultez emergente (para más detalles, ver Basto-Pereira et al., 2019). Los participantes fueron seleccionados mediante los métodos de muestreo por conveniencia y bola de nieve en escuelas secundarias, escuelas para adultos, universidades y organizaciones deportivas. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del centro de investigación, y todos los participantes dieron su consentimiento por escrito antes de participar en el estudio. Los cuestionarios se administraron colectivamente en presencia de los investigadores, quienes explicaron de antemano el objetivo del estudio.

### **Resultados**

En primer lugar, se realizaron regresiones ordinales para evaluar la validez predictiva de la puntuación total del ACE y de los ACEs específicos en la frecuencia de consumo de alcohol y drogas durante el periodo de adultez emergente.

Por un lado, las variables que predijeron el consumo de drogas fueron el género y la puntuación total del ACE (véase la tabla 1). Esto

indica que el hecho de ser hombre y haber experimentado más experiencias adversas durante la infancia eran los factores predictivos más significativos del consumo de drogas. Este primer modelo explicó el 8.2% de la varianza.

**Tabla 1.**  
*Regresión ordinal de la variable ACE total sobre consumo de drogas*

	Est.	DT	p	Wald
Sexo	-1.05	.19	.000*	30.26
Edad	.09	.12	.458	0.55
ACE total	-.17	.06	.002*	9.15

*N=490; -2 Log likelihood= 353.556; Cox & Snell R<sup>2</sup> = .074; Nagelkerke R<sup>2</sup>=.082; \*p<.05*

Por otro lado, cuando se tuvieron en cuenta los ACEs específicos en la predicción del consumo de drogas (Tabla 2), fueron las variables género, abuso sexual, negligencia emocional, abuso de sustancias en el hogar y enfermedades mentales/suicidio las que explicaron el 13.7% de la varianza total. En este caso, ser hombre y haber sufrido abuso sexual, negligencia emocional y consumo de sustancias en el hogar aumentó la probabilidad de consumir de drogas. Sin embargo, el hecho de haber vivido en casa con una persona con enfermedad mental o intento de suicidio, hacía que la persona fuera menos propensa a consumir drogas.

**Tabla 2.**

*Regresión ordinal de cada ACE Específico sobre el consumo de drogas*

	Est.	DT	p	Wald
Sexo	-1.16	.20	.000*	33.42
Edad	.12	.13	.335	0.93
Abuso Emocional	.54	.36	.134	2.24
Abuso Físico	.41	.28	.139	2.19
Abuso Sexual	.94	.31	.002*	9.32
Negligencia Emocional	.59	.31	.057†	3.62
Negligencia Física	-.49	.41	.222	1.49
Separación o Divorcio parental	.00	.23	.998	0.00
Violencia Doméstica	-.37	.43	.390	0.74
Abuso de Sustancias en el Hogar	.47	.26	.073†	3.21
Enfermedad Mental o Suicidio	-.50	.24	.032*	4.57
Encarcelación de familiar	.29	.46	.522	0.41

*N=490; -2 Log likelihood=605.476; R<sup>2</sup> = .121; R<sup>2</sup>=.137; \*p<.05; † <.1. La presencia de cada ACE específico es el grupo de referencia, mientras que la ausencia de los ACEs específicos se muestra en la tabla.*

La Tabla 3 presenta las predicciones del consumo de alcohol teniendo en cuenta las variables demográficas y la puntuación total del ACE. En este caso, la frecuencia del consumo de alcohol era más elevada cuando el individuo era hombre y joven, siendo estas dos variables estadísticamente significativas. Sin embargo, el hecho de haber vivido experiencias adversas en la infancia no resultó ser una variable predictora. Este tercer modelo fue estadísticamente significativo, explicando el 2.9% de la varianza.

**Tabla 3.**

Regresión ordinal de la variable ACE total sobre Consumo de Alcohol

	Est.	DT	p	Wald
Sexo	-.37	.16	.037*	4.34
Edad	.33	.11	.003*	8.93
ACE total	-.05	.53	.334	0.93

$N=490$ ;  $-2 \text{ Log likelihood}= 347.109$ ;  $\text{Cox \& Snell } R^2= .027$ ;  $\text{Nagelkerke } R^2= .029$ ;  $*p<.05$

Por otro lado, la predicción del impacto de las ACEs específicas sobre el consumo de alcohol (presentada en la Tabla 4) mostró que la edad, el género, el abuso emocional, la violencia doméstica, el abuso de sustancias en el hogar y el vivir en casa con un miembro de la familia con enfermedad mental o intento de suicidio fueron las variables que contribuyeron significativamente al modelo final ( $R^2= .78$ ). Esto significa que, el hecho de ser un hombre de mayor edad y haber sufrido abuso emocional y abuso de sustancias en el hogar se asociaba con una mayor probabilidad de consumo de alcohol durante el periodo de adultez emergente. Sin embargo, la exposición a la violencia doméstica y/o convivir con familiares con enfermedades mentales o intento de suicidio se relacionaba con un menor consumo de alcohol.

**Tabla 4.**

Regresión ordinal de cada ACE Específico sobre el consumo de alcohol

	Est.	DT	p	Wald
Sexo	-.36	.18	.047†	3.96
Edad	.38	.11	.001*	11.32
Abuso Emocional	.68	.36	.058†	3.58
Abuso Físico	.24	.26	.329	0.95
Abuso Sexual	.16	.29	.594	0.29
Negligencia Emocional	.03	.30	.913	0.01
Negligencia Física	-.41	.38	.283	1.15
Separación o Divorcio parental	.21	.20	.300	1.07
Violencia Doméstica	-.94	.38	.012*	6.26
Abuso de Sustancias en el Hogar	.66	.25	.008*	7.01
Enfermedad Mental o Suicidio	-.46	.19	.020*	5.41
Encarcelación de familiar	.18	.44	.686	0.16

$N=490$ ;  $-2 \text{ Log likelihood}=675.017$ ;  $\text{Cox \& Snell } R^2 = .072$ ;  $\text{Nagelkerke } R^2=.078$ ;  $*p<.05$ ;  $† <.1$ . La presencia de cada ACE específico es el grupo de referencia, mientras que la ausencia de los ACEs específicos se muestra en la tabla.

## **Discusión**

El objetivo de este trabajo era el de analizar si existen efectos “amortiguadores” de ciertas experiencias traumáticas infantiles en la adopción de conductas de riesgo en la vida adulta (por ejemplo, el consumo de alcohol y drogas), que puedan abrir la vía para futuros estudios sobre conductas resilientes. Aparte de las ya tradicionales consecuencias adversas del maltrato infantil en el desarrollo posterior, se esperaban encontrar también efectos “amortiguadores” de ciertas experiencias traumáticas infantiles.

En primer lugar, se encontraron los ya clásicos resultados predictivos del número total de experiencias traumáticas sobre el consumo de drogas (aunque no de alcohol), en la adultez emergente. Es decir, el hecho de haber sufrido en general, experiencias traumáticas en la infancia o adolescencia, predecía el consumo de drogas en la adultez emergente. A más experiencias traumáticas sufridas, mayor consumo de drogas, tal como hallaron diversos estudios previos (Anda et al., 2006; Dube et al., 2003). En el análisis individual de las experiencias traumáticas, fueron concretamente el abuso sexual y la negligencia las situaciones que predecían un mayor consumo de drogas ilegales en etapas posteriores.

Curiosamente, las experiencias adversas infantiles en su conjunto no predecían un mayor consumo de alcohol. Pero si se realiza un análisis diferencial de las experiencias traumáticas específicas, sí aparece el alcohol también como una estrategia de riesgo adoptada por jóvenes adultos que han sufrido específicamente abuso

emocional y problemas de sustancias en familiares cercanos. Estas estrategias de alto consumo de drogas y alcohol podrían constituir un intento de mitigar el dolor emocional causado por estas experiencias infantiles, como ya describieron Felitti et al., (1998).

Estos resultados refuerzan la necesidad de estudiar las experiencias traumáticas tanto a nivel global (efecto acumulativo), como a nivel diferencial, para proporcionar una visión más realista de la situación (Agnew, 2001). De hecho, ha sido al analizar las experiencias traumáticas de forma individual cuando se han encontrado resultados paradójicos, o relacionados con la resiliencia, tal como se planteaba en la hipótesis. Es decir, se esperaban encontrar también efectos “amortiguadores” de ciertas experiencias traumáticas sobre los desarrollos posteriores, y así ha sido.

Específicamente, haber vivido problemas de enfermedad mental de familiares cercanos en la infancia, predisponía a un menor consumo de drogas y alcohol en la edad adulta. Por su parte, la exposición a violencia doméstica en la infancia también se relacionaba con un menor consumo de alcohol posterior. Estos resultados paradójicos y en contra de los resultados tradicionales, en los cuales experiencias adversas parecen estar “protegiendo” a los sujetos de la adopción de estrategias de riesgo, se han encontrado también en algunos estudios (Mersky et al., 2017; Sharp et al., 2012), y con distintos contextos culturales.

Cabe destacar asimismo que estos resultados “positivos” solo emergen en la

dimensión de ambiente familiar disfuncional (enfermedad mental, violencia doméstica intrafamiliar, etc.). De hecho, parece ser que el impacto de las victimizaciones directas sobre el menor (abuso sexual, negligencia) no es el mismo que el encontrado para victimizaciones más indirectas, como pueden ser las derivadas de ambientes familiares disfuncionales. En este trabajo concretamente, las experiencias primarias de victimización, como el abuso sexual y la negligencia, se asociaban al consumo de drogas, y no al de alcohol. Este resultado, encontrado también por Sharp et al., (2012) resulta lógico si se tiene en cuenta que el uso de drogas ilegales es una estrategia más extrema de afrontamiento proporcionada a una situación grave, como la victimización primaria. Asimismo, es ampliamente conocido que la sociedad en general es mucho más tolerante con el consumo de alcohol que con el de drogas. Comprar y consumir alcohol es legal para los adultos, mientras que el uso y posesión de drogas se penaliza sistemáticamente en todas las situaciones. Además, las prevalencias más altas en abuso de sustancias y la edad de inicio más temprana son para el alcohol, según el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017).

En estas últimas experiencias negativas familiares parecen estar actuando mecanismos de “compensación” que amortiguan las consecuencias negativas. Como ya se ha comentado previamente, un fuerte sentimiento de autonomía en el menor (Benard, 2006), y la habilidad de pensar y actuar de forma separada de

los padres pueden estar actuando como importantes factores protectores en estas situaciones (Beardslee y Podorefsky, 1988).

Asimismo, otra explicación tentativa para estos resultados puede descansar en otras características resilientes del menor. Los menores que experimentan estas situaciones tenderían a comportarse con miedo y precaución, evitando riesgos extras que pudieran contribuir a exacerbar su situación. Parecen presentar una madurez precoz, incluso cercana a cambio de roles con los padres (por ejemplo, cuidando de ellos). De hecho, esta característica de madurez precoz es otro de los rasgos que suelen potenciar la resiliencia en niños maltratados (Mrazek y Mrazek, 1987).

### **Limitaciones y líneas futuras de investigación**

Para finalizar, el presente estudio no carece de limitaciones que pueden abordarse en futuros estudios. Las variables del trabajo se han medido a través de cuestionarios de autoinforme y con un diseño retrospectivo. Este método podría implicar algunos problemas a la hora de recordar experiencias traumáticas infantiles. Sin embargo, los participantes de este estudio son más jóvenes que la mayoría de los estudios (inicio de la adultez emergente), y por tanto, es más probable que recuerden los hechos adecuadamente. En segundo lugar, sería interesante incluir información adicional sobre las experiencias traumáticas en futuros estudios, dado que es previsible que la

edad de inicio, la frecuencia, gravedad o cronicidad de la exposición tengan importantes implicaciones en las consecuencias adversas posteriores (Liming y Grube, 2018), y asimismo en las oportunidades de resiliencia.

En definitiva, y a pesar de estas limitaciones, estos resultados paradójicos y contra intuitivos de experiencias traumáticas infantiles que “amortiguan” los efectos negativos esperables en desarrollos posteriores, parecen relacionarse con mecanismos resilientes en el menor, y nos permiten hablar de una prometedora línea de investigación en el maltrato infantil. En primer lugar, se constata la existencia de oportunidades resilientes en ciertas experiencias traumáticas infantiles. En segundo lugar, en el estudio del maltrato infantil se necesita realizar un análisis no solo global de las experiencias traumáticas, sino individual, para captar todos los matices de la situación. En tercer lugar, se enfatiza el impacto diferencial de las victimizaciones primarias frente a las secundarias o ligadas a ambientes familiares disfuncionales, siendo estas últimas en donde más probabilidad de oportunidades resilientes aparecen. Por tanto, las estrategias de prevención y las necesidades de financiación prioritarias deben destinarse a las victimizaciones primarias (frente a las victimizaciones indirectas), ya que su relación con las consecuencias negativas en el desarrollo posterior es más explícitas e inequívocas, así como carentes de oportunidades resilientes en mayor medida. Estas estrategias de prevención deben incluir el entrenamiento en la detección de

experiencias traumáticas infantiles en contextos de salud y educación, tarea en la que todavía queda mucho que hacer, e intervención a la hora de trabajar con cuidadores familiares principales, elemento fundamental para los pacientes y para la sociedad en general.

## Referencias

- Agnew, R. (2001). Building on the foundation of general strain theory: Specifying the types of strain most likely to lead to crime and delinquency. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 38(4), 319-361. <https://doi.org/10.1177/0022427801038004001>
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. H., Perry, B. D., Dube, R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186.
- Ballester, A. (2010). *La adaptación del menor al proceso de acogimiento familiar: Un enfoque ecológico*. Tesis doctoral no publicada. Universitat Jaume I de Castellón.
- Barudy, J., y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia*. Parentalidad, apego y resiliencia. Gedisa.
- Beardslee, W. R., & Podorefsky, D. (1988). Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: Importance of self-understanding and relationships. *The American Journal of Psychiatry*, 145(1), 63-69. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.1.63>
- Bellis, M. A., Hughes, K., Leckenby, N., Perkins, C., & Lowey, H. (2014). National household survey of adverse childhood experiences and

- their relationship with resilience to health-harming behaviors in England. *BMC Medicine*, 12(1), 72-84.
- Benard, B. (2006). *Using strengths-based practice to tap the resilience of families*. In D. Saleebey (Coord.), *the strengths perspective in social work practice* (pp. 197-220). Allyn & Bacon.
- Brown, D. W., Anda, R. F., Tiemeier, H., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Croft, J. B., & Giles, W. H. (2009). Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(5), 389-396. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.06.021>
- Cyrułnik, B. (2002). *El encantamiento del mundo*. Gedisa.
- De Cádiz, B. T. G., Rivero, A. M., Balluerka, N., Herce, C., & Achúcarro, C. (2006). Autoconcepto de los menores en acogimiento familiar: Diferencias en función del tipo de acogimiento, historia de crianza y problemática de la familia biológica. *Infancia y Aprendizaje*, 29(2), 147-166.
- Dube, S. R., Fairweather, D., Pearson, W. S., Felitti, V. J., Anda, R. F., & Croft, J. B. (2009). Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults. *Psychosomatic Medicine*, 71(2), 243-250. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181907888>
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*, 111, 564-572. <https://doi.org/10.1542/peds.111.3.564>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (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. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Forés, A., & Grané, J. (2008). *Crecer desde la adversidad*. Plataforma.
- Forés, A., & Grané, J. (2012). *La resiliencia en entornos socioeducativos*. Narcea.
- Forster, M., Vetrone, S., Grigsby, T. J., Rogers, C., & Unger, J. B. (2019). The relationships between emerging adult transition themes, adverse childhood experiences, and substance use patterns among a community cohort of Hispanics. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. <http://dx.doi.org/10.1037/cdp0000304>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356-e366. [https://doi.org/10.1016/S24682667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S24682667(17)30118-4)
- Liming, K. W., & Grube, W. A. (2018). Wellbeing outcomes for children exposed to multiple adverse experiences in early childhood: a systematic review. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 35, 317-335.
- Lui, P. P., & Zamboanga, B. L. (2019). Ethnocultural diversity in alcohol use and misuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 89(5), 543-548. <http://dx.doi.org/10.1037/ort0000422>
- Mateu, R., Flores, R., García-Renedo, M. & Beltrán, J. M. (2014<sup>a</sup>). *La resiliencia y el duelo en contextos educativos*. Publicacions Universitat Jaume I.
- Mateu, R., García-Renedo, M., Gil, J. M., Caballer, A., & Flores, R. (2014<sup>b</sup>). La promoció de la resiliència a les escoles: anàlisi d'una experiència. *Temps d'Educació*, (46), 33-49.

- Mersky, J. P., Janczewski, C. E., & Topitzes, J. (2017). Rethinking the measurement of adversity: moving toward second-generation research on adverse childhood experiences. *Child Maltreatment*, 22(1), 58-68. <https://doi.org/10.1177/107755951667951>
- Mrazek, P. J., & Mrazek, D. A. (1987). Resilience in child maltreatment victims: A conceptual exploration. *Child Abuse & Neglect*, 11(3), 357-366. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(87\)90009-3](https://doi.org/10.1016/0145-2134(87)90009-3)
- Murphy, A., Steele, S., Dube, R., Bate, J., Meissner, P., Goldman, H., & Steele, H. (2014). Adverse childhood experiences (ACEs) questionnaire and adult attachment interview (AAI): Implications for parent child relationships. *Child Abuse & Neglect* 38(2), 224-233. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.09.004>
- Nurius, P. S., Green, S., Logan-Greene, P., & Borja, S. (2015). Life course pathways of adverse childhood experiences toward adult psychological well-being: A stress process analysis. *Child Abuse & Neglect*, 45, 143-153. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.008>
- Pinto, R., Correia, L., & Maia, Â. (2014). Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adolescents with documented childhood maltreatment. *Journal of Family Violence*, 29(4), 431-438. <https://doi.org/10.1007/s10896-014-9602-9>
- Rutter, M. (2002). Nature, nurture, and development: From evangelism through science toward policy and practice. *Child Development*, 73(1), 1-21. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00388>
- Sharp, S. F., Peck, B. M., & Hartsfield, J. (2012). Childhood adversity and substance use of women prisoners: A general strain theory approach. *Journal of Criminal Justice*, 40(3), 202-211. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2012.01.003>
- Spanish Ministry of Health, Consumption and Social Welfare (2017). *Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España* (EDADES, 1995-2017) [Survey about alcohol and other drugs in Spain (EDADES, 1995-2017)]. Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales.

Recibido: junio, 2020 • Aceptado: septiembre, 2020