



Crianza con ternura

Experiencias Adversas de la Niñez y Fortalezas
Familiares durante la Niñez y su relación
con Factores de Riesgo para la Salud

Anna Christine Grellert
Miriam del Tránsito Galván
Ana Cafiero
Griselda Adriana Paiva
Carolina Tocalli
Patricia Elizabeth Buffoni
Lorena Paola Albamonte
Mariana del Carmen Altuzarra
Carlos Alberto Herrera
Griselda Noelia Meneses
Martha Cecilia Ortiz
Sandra Jesica Romero
María José Salguero
Magali Noelia Terzi
Liliana Remogna



Crianza conternura

Experiencias Adversas de la Niñez y Fortalezas
Familiares durante la Niñez y su relación
con Factores de Riesgo para la Salud

Anna Christine Grellert
Miriam del Tránsito Galván
Ana Cafiero
Griselda Adriana Paiva
Carolina Tocalli
Patricia Elizabeth Buffoni
Lorena Paola Albamonte
Mariana del Carmen Altuzarra
Carlos Alberto Herrera
Griselda Noelia Meneses
Martha Cecilia Ortiz
Sandra Jesica Romero
María José Salguero
Magali Noelia Terzi
Liliana Remogna

Crianza con ternura : experiencias adversas de la niñez y fortalezas familiares durante la niñez y su relación con factores de riesgo para la salud / Lorena Paola Albamonte ... [et al.]. - 1a ed. - Avellaneda : Undav Ediciones, 2017.
75 p. ; 21 x 15 cm.

ISBN 978-987-3896-26-2

1. Atención a la Salud. 2. Capacitación de Recursos Humanos en Salud. I.
Albamonte, Lorena Paola
CDD 649.1

Diagramación: Julia Aibar (UNDAV Ediciones)

© 2017, UNDAV Ediciones

F. Ameghino 838, Avellaneda

(54 11) 5436-7550

undavediciones@undav.edu.ar

ISBN 978-987-3896-26-2

Hecho el depósito que marca la Ley 11.723

Prohibida su reproducción total o parcial

Todos los derechos reservados.

Este libro se terminó de imprimir en mayo de 2017 en IMPRENTA YA

Av. Mitre 4031 - Munro .www.laimprentaya.com

Índice

Resumen	7
Introducción	11
Objetivos	12
Fundamentación	13
Contexto	19
Definición operacional de términos	23
Metodología de estudio	25
Resultados	28
Discusión	43
Aportes y conclusiones	58
Propuestas	60
Anexos	61
Bibliografía	71
Autoras y autor	73

Resumen

Objetivos

Conocer la prevalencia de Experiencias Adversas de la Niñez (EAN) y Fortalezas Familiares durante la Niñez (FFN) de la población de estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de Avellaneda (UNDAV) y su relación con los factores de riesgo de la salud.

Método

Estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal. Recolección de datos mediante una encuesta auto administrada. Participación de 526 estudiantes de Enfermería de UNDAV, sita en la ciudad de Piñeyro, Municipio de Avellaneda, que pertenece al Conurbano Sur de la provincia de Buenos de Buenos Aires, República Argentina.

Resultados

Los estudiantes de enfermería de la UNDAV reportaron la presencia de EAN, en todas las categorías demográficas, indicando que la adversidad durante la niñez trasciende las fronteras de género, edad, nacionalidad, estado civil, cargas familiares y nivel educativo de progenitores. El 64% de los estudiantes de enfermería reportan por lo menos una EAN (ver Tabla 1).

Las mujeres no sólo padecen más EAN sino que también han tenido menos FFN en su crianza. Las mujeres reportan hasta el máximo puntaje de EAN mientras que los varones reportan hasta seis. Asimismo las mujeres tuvieron mayores frecuencias en los puntajes más elevados de EAN que los varones. La experiencia de adversidad

vivida durante la niñez de las mujeres revela el doble y hasta el triple de carga de violencia comparado con los hombres, confirmando una marcada vulnerabilidad de las niñas con respecto al abuso, negligencia y disfunción familiar (ver Tabla 1).

Cuando son muy altas las EAN y muy baja la protección familiar (FFN) los mayores riesgos que ocurren son el de padecer violencia en la crianza (100%) y maltrato en la escuela primaria (82,4%), o sea aún desde la más temprana infancia ya se perciben los efectos de la adversidad en la vida de niños y niñas (ver Tabla 3).

Se ha confirmado el impacto de las EAN sobre los factores de riesgo a la salud, excepto para el alcoholismo. La presencia de EAN se acompaña con un aumento del estilo de vida de riesgo: ser madre/padre adolescente (91,7%); padecer maltratos en diferentes ámbitos educativos (entre 74% y 86%), químico-dependencia (66,6%), tabaquismo (63,6%) pero todos ellos acompañados por FFN entre 6 y 7, superiores al 50% (ver Tabla 3).

Las personas que han sufrido abuso físico en la infancia y que no han contado con los suficientes factores de protección familiar tienen más posibilidades de padecer alcoholismo (100%), ser madre o padre adolescente (87,5%), sufrir violencia de género (83,7%), iniciarse muy tempranamente en sus relaciones sexuales (75%) y tabaquismo (71,4%) (ver Tabla 4).

Las FFN protegen el impacto negativo del abuso físico y psicológico sobre el desarrollo de factores de riesgo a la salud. Cuando hay suficientes factores protectores (FFN 6 y 7) hay menor ocurrencia de riesgo para la salud, aun cuando se haya padecido abuso físico y/o psicológico. Ello se reconfirma al confrontarse con FFN 0 a 5, ya que las ocurrencias presentan mayor valor porcentual (ver Tabla 4).

El 70% de los encuestados respondió haber contado con altos puntajes de FFN (entre 6 y 7). El 92% de la población estudiada reportó haber gozado de algún tipo de protección familiar en su infancia (ver Anexo 5).

Las FFN tampoco se distribuyen homogéneamente entre hombres y mujeres. Efectivamente las mujeres han recibido menor FFN en las 7 categorías analizadas. El 69% de las mujeres revela que ha

contado con alto FFN mientras que para los varones el guarismo asciende al 81%. Incluso es importante destacar que el 9% de las mujeres revela no haber recibido ninguna FFN y sólo el 2% de los hombres responde que no recibieron ninguna FFN (ver Anexo 5).

Otro factor que incide fuertemente para la aparición de EAN es la violencia de género, que atraviesa todas las edades y ámbitos en los que se desarrolla la vida cotidiana de las mujeres y es lamentablemente una dimensión cultural patriarcal, muy difícil de erradicar, con perversos efectos, porque pone en riesgo la vida y la salud de las mujeres, ya que aumenta las EAN y aminora las FFN.

En un cruce de variables de violencia de género con abuso físico se registra una frecuencia del 92%, lo que significa que todas esas mujeres, estudiantes de Enfermería en la UNDAV, han padecido muy escasa protección durante su niñez (ver Tabla 3).

Para prevenir las EAN e interrumpir la transmisión intergeneracional de la violencia, es importante promover la Crianza con Ternura como un derecho. Por un lado, el 65% de los estudiantes reportan haber tenido EAN y, por otro lado, 70% reportan haber tenido FFN entre 6 y 7, durante su crianza (ver Anexos 2 y 5). Estos datos obtenidos evidencian que la familia es el mismo espacio de vulnerabilidad y a la vez de ternura. La ternura logra proteger el impacto de abuso físico y psicológico en desarrollo de varios factores de riesgo a la salud. Sin embargo, cuando la ternura se vive dentro de una cultura patriarcal no logra erradicar las EAN y los efectos negativos en la salud de las personas.

Conclusión

En el presente estudio se confirma que existe relación entre los reportajes de Factores de Riesgos de la Salud con experiencias de alto puntaje de EAN y bajo puntaje de FFN.

En la medida que Crianza con Ternura restaura las experiencias adversas de la niñez, genera capacidades para la convivencia en una cultura de ternura y procura la ternura como derecho, se convierte

en un camino de transformación de la formación profesionalizante de los y las enfermeras.

El espacio universitario se amplía con una experiencia académica para incluir la dimensión restauradora, que potencia la experiencia de aprendizaje, desempeño laboral y salud integral de los y las enfermeras. De ahí la importancia de ofrecer espacios de reflexión a los estudiantes para poder brindar cuidados de calidad con enfoque en la prevención de las EAN en sus propias vidas; luego en las de su(s) familia(s), comunidades y sujetos de atención en sus praxis profesionales cotidianas.

Las principales enfermedades crónicas, que representan un elevado costo para el Estado y baja calidad de vida para la ciudadanía, revelan la urgente necesidad de transformar el actual modelo médico-biologicista: lo que implica inaugurar un nuevo modelo de salud pública que favorezca y facilite la ternura en las dinámicas de crianza y que prevenga las experiencias adversas de la niñez.

Palabras clave

Crianza con Ternura; Experiencias Adversas de la Niñez; Fortalezas Familiares durante la Niñez; Factores de Riesgo de la Salud; Estudiante de Enfermería.

Introducción

La Universidad Nacional de Avellaneda y World Visión Inicial Argentina (WV) se unen para desarrollar el primer proyecto investigativo en América latina, con el fin de implementar un diagnóstico epidemiológico de las EAN, de las FFN y su relación con factores de riesgo a la salud como: tabaquismo, alcoholismo, químico-dependencia, maternidad/ paternidad adolescente, violencia de género y escolar.

La población de estudio tiene anclaje en estudiantes de la carrera de Enfermería (en el marco del Departamento de Salud y Actividad Física) distribuidos en los tres turnos.

A partir de este diagnóstico, se identifica la necesidad de implementar procesos de restauración de las EAN y construcción de capacidades para Crianza con Ternura que a su vez contribuyen para la promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas; estudios previos han determinado las EAN como factor de riesgo y las FFN como factores de protección: cardiopatía isquémica, cualquier tipo de cáncer, accidente cerebrovascular, bronquitis crónica, enfisema y diabetes (Felitti, 1998 y Hillis, 2010).

Objetivos

1. Conocer la prevalencia de EAN, FFN y factores de riesgo a la salud.
2. Determinar el nivel de riesgo de las EAN y de protección de las FFN, con respecto a los nueve efectos psicosociales adversos a la salud del grupo investigado.
3. Definir la necesidad de diseñar espacios psicosociales para la resignificación y trascendencia de las EAN y fortalecimiento de las capacidades de los estudiantes de Enfermería para reproducir FFN en sus propias vidas, familia y espacios comunitarios.
4. Prevenir la transmisión intergeneracional de las EAN y promover un estilo de vida saludable en la población de estudiantes de Enfermería.

Fundamentación

El estudio de EAN liderado por Felitti y Anda, permitió relacionar por primera vez el estrés crónico y tóxico durante la niñez con siete de las diez causas más frecuentes de morbi-mortalidad de adultos de Estados Unidos (Felitti *et al.*, 1998). El estudio original clasificó las EAN en siete categorías; tres relacionadas con el abuso (físico, sexual, psicológico) y cuatro vinculadas con las dinámicas disfuncionales de las familias (como violencia contra la madre; convivir con un adulto químico-dependiente, con enfermedad mental o con conducta suicida, o que haya sido encarcelado).

La presencia de cuatro o más EAN resultó en el aumento de la prevalencia de factores de riesgo a la salud durante la adultez, expresada como Odds Ratio Ajustado (razón de momios): tabaquismo (2,2), obesidad severa (1,6), sedentarismo (1,3), depresión (4,6), intento de suicidio (12,2), alcoholismo (7,4) y el uso de drogas (4,7); y para el desarrollo de enfermedades: cardiopatía isquémica (2,2), cualquier tipo de cáncer (1,9), accidente cerebrovascular (2,0), enfisema pulmonar o bronquitis crónica (3,9), y diabetes (1,6) (Felitti *et al.*, 1998). Sacks, Murphey y Moore coordinaron el estudio nacional sobre la prevalencia de las EAN en Estados Unidos y encontraron que la que más prevalece de ese país es la pobreza seguida del divorcio o separación de los padres (Sacks, Murphey, & Moore, 2004).

El mecanismo fisiopatológico que explica los resultados del estudio EAN tiene que ver con los efectos del estrés tóxico en la estimulación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal en desarrollo de la niñez. La experiencia de estrés tóxico, genera elevados y sostenidos niveles de cortisol, adrenalina y citoquinas que, a su vez, causan cambios en la arquitectura cerebral que pueden trascender en el desarrollo subóptimo de las capacidades sociales, emocionales y cognitivas de los niños y niñas (Center on the Developing Child, 2010).

Los principales cambios a nivel de la arquitectura cerebral se localizan en las siguientes estructuras: (a) la amígdala cerebral, que detecta el estímulo amenazante; (b) el hipotálamo, que articula la respuesta del miedo según el contexto en el cual surge; y (c) corteza prefrontal, que es indispensable para el desempeño de las funciones ejecutivas. El resultado es que los niños y niñas que crecen bajo el estrés tóxico se vuelven hipersensibles a cualquier estímulo, sea adverso o no. Por lo anterior, tienden a generalizar las experiencias de miedo, al clasificar estímulos no adversos como tales, lo que a su vez mengua su capacidad para regular emociones y manejarlas de forma resiliente (Center on the Developing Child, 2010). En consecuencia, si los niños que han vivido EAN, carecen de una red de apoyo, con capacidad de animarlos y acompañarlos en el proceso de resignificar y trascender las EAN, los efectos neurológicos y fisiológicos pueden limitar sus capacidades para tomar decisiones vitales que, a su vez, ponen en riesgo su salud, aumentando las probabilidades de desarrollo de enfermedades y consecuentemente la muerte prematura (Felitti, *et. al.*, 1998) (Center on the Developing Child, 2010).

El estudio de las EAN, abrió la puerta para documentar los efectos de la violencia y la fragilidad familiar experimentados de manera intensa durante la niñez, un período de importante desarrollo y maduración neurológica, así como los efectos adversos en la salud y vida de las personas en cualquier edad. Ciertamente, el estudio de las EAN se convierte en un mecanismo importante para los procesos de planeación de salud pública a nivel nacional y estatal, pues propone que la epidemiología de la población adulta es, por lo menos en parte, un reflejo de la historia de vida de la niñez. Consecuentemente, uno de principales mecanismos para promover la salud y reducir los costos de este sector, es la capacidad de los adultos significativos, cuidadores, mentores y educadores, de criar y formar con ternura a la niñez.

La predictibilidad de los efectos de las EAN sobre conductas sociales y estado de salud, también tiene implicancias importantes para la salud pública como la necesidad de paradigmas de salud intergeneracionales y sistémicos. Sabemos que, si un niño ha enfren-

tado cuatro o más EAN, tendrá un riesgo 2,2 veces mayor de sufrir cardiopatía isquémica y dos veces mayor de padecer un accidente cerebrovascular. Para evitarlo se requiere, entre otras acciones, fortalecer la resiliencia de este niño, mediante la restauración y sanación de sus padres y de sus propias EAN. En consecuencia, el sistema de salud pública no solamente requiere historias clínicas más holísticas, que examinen con mayor profundidad el contexto de las relaciones e interacciones entre los niños/as y sus padres, cuidadores, mentores y educadores, sino también respuestas de salud preventiva sistémicas (biológica-psicológica-social-espiritual) y oportunas que aseguren el derecho de todo niño/a ser criado con ternura y libre de violencia (National Scientific Council on the Developing Child, 2004; Young Children Develop in an Environment of Relationships: Working Paper N° 1; Retrieved from www.developingchild.harvard.edu/NSCDV, 2004).

Un segundo estudio coordinado por Hillis, demostró el efecto protector de crecer en una familia que tenía ciertas fortalezas: *cercanía* relacional con la familia de pertenencia, *apoyo* de los miembros de la familia durante la crianza, *lealtad en cuidado mutuo* entre los miembros de familia, protección durante la niñez por el entorno familiar, capacidad de la familia de generar en los niños/as el sentido de ser una persona *importante/ especial*, *hacer sentir amado* al niño/a y adolescente a través de prácticas de crianza, y tener sus *necesidades de salud atendidas* a través del cuidado médico durante la crianza. El efecto protector de familias amorosas fue registrado tanto en las personas que reportaban EAN, así como aquellas que no las reportaron (Hillis SD, 2010). Los resultados revelaron que 66% de las participantes, reportaron 6 o 7 FFN. Estas experiencias positivas de crianza representaron un efecto protector para el embarazo durante la adolescencia. Conforme se incrementó el puntaje de FFN, menor fue la prevalencia de embarazo en la adolescencia (Hillis, 2010)

Cuando las EAN estaban presentes, Odds Ratio Ajustado (AORs, por sus siglas en inglés) para el embarazo en la adolescencia reveló un factor de protección con tendencia ascendente conforme se acumulan las fortalezas de las familias durante la niñez. Estos resultados

se pueden explicar por el atraso en la iniciación sexual, conforme se incrementaba el número de experiencias positivas vividas en las dinámicas de crianza durante la niñez. Las mujeres que no registraron EAN no han demostrado contar con protección significativa contra el embarazo adolescente. Conforme las mujeres registraban mayores FFN aumentaba su protección contra el embarazo adolescente, lo que significa que no sólo hay que prevenir en las EAN sino también formar en las FFN.

Los Odds Ratio Ajustados (AOR) para problemas psicosociales, décadas después de la vivencia de la EAN, también disminuyeron conforme incrementaron el número de experiencias positivas vividas en las dinámicas de crianza de 0 a 1, 2 a 3, 4 a 5, y 6 a 7 (AOR) para problemas laborales 1.0, 0.8, 0.6, 0.4; problemas familiares 1.0, 1.1, 0.7, 0.6; problemas financieros 1.0, 0.9, 0.9, 0.6; estrés elevado 1.0, 1.1, 0.9, 0.8; y rabia incontrolable de 1.0, 0.7, 0.7, 0.4 (Hillis SD, 2010). Este estudio permite concluir que las dinámicas de Crianza con Ternura, pueden ser profundamente protectoras del embarazo de los y las adolescentes, de la iniciación sexual temprana y de los problemas psicosociales en la adultez.

La adversidad durante la crianza no le es ajena a la niñez latinoamericana y caribeña, que reside en la región más violenta e inequitativa del planeta. La violencia y la injusticia se replican de generación en generación, desde una cultura de crianza patriarcal deshumanizante y opresora, sustentada por relaciones de poder autoritario que controlan la niñez desde el miedo y el dolor, menguando su desarrollo humano y social. Consecuentemente, proponemos que la Crianza con Ternura, aquella desarrollada desde relaciones basadas en la confianza y el amor, que acompañan a los niños/as a realizar su sentido de identidad y vocación humanizada, representa la base de la transformación humana y social (Grellert, 2016).

Crianza con Ternura aporta a la reducción de la desigualdad económica y social (Grellert, 2016). James Heckman, Premio Nobel de Economía en 2000, propone que el origen de las desigualdades sociales y económicas está fuertemente determinado por el desarrollo de capacidades y experiencias vitales que suceden en los primeros 18

años de vida, siendo los primeros cinco fundamentales para la instalación de dichas desigualdades, en lo que respecta a las capacidades para el éxito relacional/social, académico, laboral y económico individual y colectivo (Heckman, 2008). Instalar la Crianza con Ternura entre las familias vinculadas a la UNDAV pretende colaborar en el fortalecimiento del ambiente familiar y las capacidades parentales ya que la crianza ha demostrado tener un efecto significativo en la capacidad de desarrollar habilidades cognitivas y no cognitivas, y de contribuir significativamente en la reducción de las desigualdades (Heckman, 2008). La tesis de James Heckman fundamenta la apuesta en la Crianza con Ternura como mecanismo para aportar a la reducción de las desigualdades a través de los siguientes argumentos:

- Las desigualdades se construyen de forma muy temprana en la vida de las personas, pero éstas pueden ser mitigadas a través de la inversión en las dinámicas, relaciones y habilidades parentales de Crianza con Ternura.
- Las diferencias genéticas expresadas en cada embrión, que influyen, por ejemplo, en el coeficiente intelectual de las personas, escapan del control de éstas; tampoco las personas pueden escoger en qué familia van a nacer, ni las capacidades de sus padres para amarlos, protegerlos y desarrollarlos; de igual manera no pueden definir el contexto socioeconómico en el que crecerán.

Crianza con Ternura reduce las desigualdades al generar mayor probabilidad que los niños y niñas nazcan en familias saludables y con las oportunidades para generar capacidades de carácter y cognitivas en los niños y niñas. De ahí la importancia que sea asumida como un derecho universal de los niños y niñas y no una lotería social.

Los efectos epigenéticos de las experiencias adversas de la niñez alteran la fisiología del estrés de los niños y niñas. Sin embargo, ejercicios de atención plena y prácticas espirituales han demostrado tener un efecto restaurador reduciendo los niveles de cortisol y fortaleciendo el manejo de emociones fuertes, como el enojo y la cólera.

Cuando no se logra promover la Crianza con Ternura para prevenir las EAN y cultivar las FFN, es indispensable asegurar el derecho de los niños/as y adultos a restaurar su salud física y emocional. En ese sentido, debido a la elevada prevalencia de las EAN, se requiere una respuesta desde la salud pública articulada con los diferentes actores, incluidos el sector educación. A su vez, identificar las EAN en adultos jóvenes y garantizar su derecho a participar de procesos de restauración permitirá retardar o prevenir el desarrollo de las enfermedades y estilos de vida ya mencionados.

Desde otra dimensión, instalar la Crianza con Ternura en las familias vinculadas a la UNDAV fortalece la Responsabilidad Social Universitaria con la comunidad y contribuye al fortalecimiento de las redes sociales de apoyo en las dinámicas de Crianza con Ternura.

La propuesta es iniciar espacios de reflexión que generen las condiciones favorables para que los padres/familias puedan ejercer la Crianza con Ternura: desde la comprensión de su conducta en la promoción de la salud de los niños/as, posibilitando prácticas de restauración de posibles eventos adversos durante la infancia para prevenir el desarrollo de enfermedades tales como: enfisema pulmonar, patologías cardíacas y conductas o estilos de vida de riesgo para la salud.

Contexto

El sitio de la investigación se radicó en la República Argentina, provincia de Buenos Aires, partido de Avellaneda, ciudad de Piñeyro. La población de estudio fue conformada por los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería (muestra representativa de estudiantes de esa carrera).

La UNDAV recibe con compromiso y entusiasmo la invitación de World Vision Internacional para desarrollar en conjunto la Primera Investigación Latinoamericana de Crianza con Ternura que vincula las EAN y FFN y su relación con Factores de Riesgo de la Salud, ya que esta investigación sustenta los idearios y fundamentos que dieron origen a la creación de la UNDAV. Desde el Proyecto Universitario (PIU, 2010), la UNDAV se crea el

14 de junio de 2010 por Decreto PEN 842/2010, publicado en Boletín Oficial 31927 el día 18 de junio de 2010. La sanción de la Ley de creación de la Universidad Nacional de Avellaneda (ley 26543) se produjo en el marco de un debate sobre planificación universitaria que llevó a ponderar antecedentes de estudios económicos, demográficos, educativos e históricos considerados necesarios en cualquier análisis sobre políticas y estrategias educativas, en particular destinada a la instalación de una institución universitaria nacional y que obran a manera de antecedentes de la justificación del proyecto. Se considera sumamente relevante profundizar en el conocimiento de las condiciones de equidad (o inequidad) que predomina en el conurbano sur con respecto al acceso a la educación superior universitaria.

En el ítem denominado

“De la Investigación e Innovación Productiva” (art. 19) se considera la investigación e innovación socio-productiva como actividades inherentes a la condición de profesor universitario. Fomenta la formación de equipos tendientes a la generación y aprovechamiento de los nuevos

conocimientos atendiendo y destinándolos a la resolución de problemáticas locales, regionales o nacionales propiciando el desarrollo sustentable y una mejor calidad de vida.

Entre los idearios institucionales se puede leer

La libertad en la enseñanza, la investigación y la difusión del pensamiento en un ámbito de pluralismo ideológico y diversidad cultural que haga posible la promoción de la crítica y el debate público. [...] El compromiso con la paz, la democracia, la defensa del interés público, el ejercicio de los derechos humanos, la promoción de acciones para la inclusión y el desarrollo de la civilidad. [...] Propender a la formación cultural integral, humanista y científica de las personas que estudien en ella, conforme a criterios de equidad, excelencia, compromiso social y desarrollo ciudadano. Generar conocimientos, aplicarlos, difundirlos y transferirlos a la sociedad, en temas relacionados con el deporte, el tiempo libre y la recreación, el ambiente y la calidad de vida, la cultura y el arte y el trabajo y la producción, a fin de dar respuesta a preocupaciones, necesidades y demandas sociales. Propiciar el desarrollo y mejor calidad de vida de la comunidad en la que se inserta. Para ello desarrollará actividades concurrentes de enseñanza, investigación y extensión.

En este milenio la educación superior se extiende hacia un proyecto ampliado, por medio del cual los estudiantes articulan sus conocimientos con las demandas sociales, económicas, culturales y tecnológicas del país y de la región. La universidad como parte constitutiva de la comunidad impulsa investigaciones que atienden problemas reales, con la posibilidad de generar respuestas integrales transformadoras. La responsabilidad social se construye bajo la autonomía responsable en la toma de posición en políticas públicas basadas en contribuir a los valores de paz, justicia social, mejorar la dignidad y calidad de vida de las personas, familias y comunidades.

Word Visión, organización internacional cristiana de ayuda humanitaria, desarrollo y promoción de la justicia está dedicada a trabajar con niños, niñas, familias y comunidades para reducir la

pobreza e injusticia. World Vision sirve a todas las personas, sin distinción de raza, religión, grupo étnico o género.

En 1950 el periodista y misionero estadounidense Bob Pierce fundó World Vision para ayudar a los niños y niñas huérfanos durante la guerra de Corea. En 1953, invitó a sus compatriotas a financiar mensualmente el cuidado de la niñez. Así nació el programa de patrocinio implementado en el mundo entero. World Vision tiene presencia en más de 90 países del mundo en los cinco continentes. En América latina y el Caribe trabaja desde hace más de 40 años. Desde 2015, World Vision América Latina y el Caribe busca extender su alcance regional a través de la Iniciativa Argentina que articula con todos los actores sociales preocupados y ocupados por proteger a la niñez. De esta manera desde la Iniciativa Argentina de World Vision se construyen y fortalecen nuevos socios, se implementan proyectos de base, de investigación y de incidencia pública.

América latina es la región más desigual del mundo, si bien se muestran considerables avances en materia de protección de la niñez todavía hay mucho por hacer en términos de implementación de políticas públicas e inversión en la niñez. Desde su causa regional “una niñez tiernamente protegida promotora de una sociedad más justa y segura”, World Vision aporta a la transformación con Crianza con Ternura, su propuesta de abordaje integral para el desarrollo de la niñez. Es una revolución cultural que se cultiva desde relaciones intergeneracionales de amor incondicional, mentoreo de vida y movilización para la acción solidaria pública, que procura el derecho al cuidado libre de violencia y pleno de amor (Grellert, 2016).

UNDAV y World Vision comenzaron su relación en octubre 2015, cuando la Iniciativa Argentina de World Vision recibía a la Dra. Anna Grellert, asesora Regional de World Vision para la Niñez en Desarrollo. Durante quince días presentaron Crianza con Ternura en los diferentes ámbitos de la sociedad argentina llegando a UNDAV y al Hospital Materno Infantil Ana Goitia de Avellaneda. World Vision vio en estas instituciones comprometidas en la responsabilidad social, la salud y la educación universitaria los socios ideales para desarrollar la Primera Investigación Latinoamericana de

Crianza con Ternura que vincula las EAN y FFN y su relación con Factores de Riesgo de la Salud.

El Hospital Materno Infantil Ana Goitia se ha sumado a esta investigación para compartir la importancia de brindar atención de la salud fundada en la Crianza con Ternura a madres, bebés y familias que allí se atienden, ya que dicha crianza potencia el modelo de atención que guía su accionar: maternidades seguras y centradas en la familia. Asimismo lo ha hecho por ser sede de la Licenciatura en Enfermería de la UNDAV.

Esta investigación se basa en los estudios científicos de Hillis (2004) y Fellitti (2010) que desde hace veinte años se enfocan en el análisis de los eventos adversos durante la infancia (EAN) siendo la Crianza con Ternura una de las dimensiones posibles de las familias, para empoderar a través de prácticas de cuidados con FFN, como uno de los mecanismos intervinientes en la restauración de las EAN, ya que las mismas demuestran ser factores de riesgo para la salud.

Los estudiantes de la carrera de Enfermería de la UNDAV son el capital humano ideal para instalar un nuevo enfoque de cuidado y de la salud pública como estrategias que impacten en la calidad de vida de las niñas, niños, familias, adultos y adultos mayores hacia trayectorias de vida menos violentas. Los estudiantes de Enfermería, futuros profesionales de salud, progresivamente participan en políticas públicas en las que se debaten los modelos patriarcales de crianza deshumanizada, y donde aparecen las EAN y se desconocen las prácticas de FFN.

La presente investigación busca conocer la realidad de la población de estudiantes de Enfermería con nuevos conocimientos específicos, que permitan la planificación de intervenciones que los ayuden a concretar su proyecto de vida como licenciados en Enfermería, para ofrecer cuidados profesionales a las comunidades, grupos poblacionales, familias y sujetos de atención.

Definición operacional de términos

- Experiencias Adversas durante la Niñez (EAN): vivencias frecuentes o muy frecuentes de abuso físico, psicológico, y sexual, y/o negligencia física y afectiva y/o disfunción familiar; convivir con familiar químico-dependiente, que sufriera de enfermedad mental o intento suicida, que hubiera sido encarcelado, sufrido violencia de género, o abandonado la relación con niños o niñas, durante los primeros 18 años de vida de una persona.
- Fortalezas Familiares en la Niñez (FFN): vivencias familiares, frecuentes o muy frecuentes, que generaron en los niños y niñas menores de 18 años, el sentido de cercanía relacional, ser amados, protegidos, cuidados, personas especiales/valoradas, contar con un adulto que les era leal y tener sus necesidades de salud atendidas.
- Estudiante regular de la carrera de Enfermería: Persona que acredita el ingreso a la universidad y carrera aprobando como mínimo dos materias por año.
- Riesgos para la salud: toda circunstancia o situación adversa experimentada durante los primeros 18 años de vida, que aumente las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.
- Puntaje de EAN: para cada una de las diez categorías de EAN se le atribuye un punto. El puntaje EAN va desde 0 cuando no se reportan EAN hasta 10 que es la puntuación máxima.

- Sin EAN: cada unidad de análisis declara no haber experimentado ninguna de las experiencias adversas durante la niñez (antes de los 18 años de vida).
- Con EAN: cada unidad de análisis declara haber experimentado al menos una de las experiencias adversas durante la niñez (antes de los 18 años de vida).
- Puntaje de FFN: cantidad de fortalezas familiares experimentadas durante la niñez (antes de los 18 años de vida) declarada por cada unidad de análisis. El puntaje FFN va desde 0 cuando no se reportan FFN hasta 7 que es la puntuación máxima.
- Puntaje de FFN Protectoras (FFN 6 a 7): fortalezas familiares durante la niñez que sumen en un total de 6 a 7 y declaradas por cada unidad de análisis.

Metodología

La metodología de la investigación fue cualitativa, cuantitativa, descriptiva de corte transversal y retrospectiva. Las variables cualitativas estudiadas fueron las EAN, FFN, y factores de riesgo vinculados al estilo de vida de cada unidad de análisis participante. Para el análisis de los datos cualitativos se utilizaron herramientas cuantitativas para ser presentadas de manera nominal y porcentual. La presentación de las EAN y FFN se agrupan en diferentes categorías, que se relacionan con los factores de riesgo de la salud estudiados.

- Unidad de análisis: estudiantes del Ciclo de Complementación Curricular (CCC) y Licenciatura de Enfermería de UNDAV.
- Criterios de inclusión: que respondieron voluntariamente y estaban presentes el día de la aplicación del instrumento de recolección de datos.
- Criterios de exclusión: los que no deseaban diligenciar el instrumento o se encontraban ausentes cuando se aplicó el instrumento de recolección de datos.
- Instrumento de recolección de datos: encuesta auto administrada, modificada de estudio EAN y FFN (ver Anexo 1).

El cuestionario de la investigación consta de preguntas:

- Vinculadas a las 10 categorías de experiencias adversas durante la niñez (EAN): Abuso (psicológico, físico y sexual); Negligencia (física y afectiva) y Disfunción familiar (haber convivido con algún familiar que haya sido químico-dependiente, portador de enfermedad mental o intento suicida, encarcelado, ejercido violencia de género en contra de la madre o haber perdido la madre/padre biológico debido a divorcio o abandono), tomadas del cuestionario original de las investigaciones descritas anteriormente.

- Vinculadas a las 7 categorías de fortalezas de la familia durante la niñez (FFN): cercanía, apoyo, lealtad/ cuidado mutuo, protección, amado, importancia/especial y necesidades de salud atendidas.

Las categorías de respuesta de las FFN se clasificaron en: muy frecuente, frecuentemente, raramente y nunca, siendo las dos primeras consideradas como fortalezas familiares con posible protección (Hillis SD, 2010).

Datos demográficos: sexo, edad, estado civil, nacionalidad, hijos a cargo y nivel educativo de madres y padres de los estudiantes.

Factores de riesgo para la salud vinculados al estudio de Felitti (alcoholismo, químico-dependencia y tabaquismo) (Felitti, 1998).

Por interés del equipo investigador se agregaron los siguientes factores de riesgo para la salud: violencia de género, violencia en las prácticas de crianza, maltrato en la escuela primaria y secundaria por docente y/o compañeros, iniciación sexual antes de los 15 años, y maternidad/ paternidad adolescente.

Validación de instrumento de recolección de datos: se llevó a cabo en la Universidad Nacional de Lanús, con la población de estudiantes de Enfermería.

Selección de muestra: representativa aleatoria. Para el cálculo del tamaño de la muestra se aplicó la Ecuación Estadística para Muestras Poblacionales cuya fórmula es:

$$n = \frac{\lambda^2 PQN}{\epsilon^2 (N - 1) + PQ \lambda^2}$$

En donde:

n: corresponde al tamaño de la muestra

N: es el tamaño de la población representado por 1199 alumnos (cantidad de alumnos inscriptos para rendir la asignatura en el primer turno de examen del cursado presencial de las Licenciatura y CCC en Enfermería).

P y Q: son desconocidos y, por lo tanto, se consideró el caso de máxima variabilidad, $P = Q = 0,5$.

λ : es el valor de la distribución normal para un nivel de significación (α) prefijado, para un $\alpha = 0,05$ que supone un nivel de confianza del 95%, $\lambda = 1,96$.

ϵ : es el error permitido, manejándose un valor del 5%.

El tamaño mínimo aplicado la fórmula corresponde a 292 estudiantes para un margen de error aplicado de 5% y un nivel de confianza de 95%, según ecuación estadística para proporciones poblacionales.

Esto corresponde a la población total de estudiantes regulares que actualmente cursan la Licenciatura en Enfermería y el Ciclo de Complementación Curricular de la Licenciatura en Enfermería (CCC). Correspondiendo: 85% mujeres y 15% varones. El instrumento de recolección de datos se aplicó en los tres turnos que cursan los estudiantes: mañana, tarde y noche.

El número total de encuestas tomadas a estudiantes de enfermería fue de 720. El 27% (194) de las mismas se eliminaron por estar incompletas en algunas de las dimensiones estudiadas. Quedó un número total de 526 encuestas que superan ampliamente el valor mínimo (292, según aplicación de dicha fórmula). La tasa de respuesta fue del 44% sobre el total de la población. El período en el cual se aplicó la encuesta auto administrada fue entre los meses de septiembre a noviembre de 2016.

Resultados

En la encuesta participaron 49 (9.3%) hombres (H) y 477 mujeres (M) (90.7%), lo que refleja la distribución de hombres y mujeres del colectivo estudiado. Con respecto a la prevalencia de EAN reportadas según género no se registran diferencias estadísticamente significativas: 65.3% de H y 64.1% de M presentaron EAN. Con respecto a las FFN, el 79.6% de los H y 68.3% M presentaron entre 6 y 7 FFN, correspondiendo entre 0 a 5 FFN el valor de 18.3% H y 31.0% M (ver Tabla 1).

Las edades se presentan en cuatro intervalos, siendo el rango 18-28 años el más frecuente (57.2%). El rango de edad que presentó mayor frecuencia de EAN corresponde al de 29-39 años de edad (83.1%). En orden decreciente le continúan los rangos etarios de 51 años o más (74.2%), entre 40 y 50 años (62.5%) y entre 18 y 28 años (58.8%). El rango de 51 años o más se registró con el mayor porcentaje de FFN entre 6 y 7 (84%), siendo el de menor frecuencia las edades de 29 a 39 años (55.1%). Agrupadas las FFN de 0 a 5, el de mayor porcentaje corresponde al 29-39 años de edad (44.9%) (ver Tabla 1).

Con respecto al estado civil de los encuestados, la mayoría se reporta como soltero (56.3%), seguido de casados (20.9%), unión libre (15.8%), divorciados (4.4%) y viudos/as (1.5%). El estado civil que más reporta EAN corresponde a los viudos/as (100%), en orden decreciente le continúan los divorciados (69.5%), unión libre (68.6%), casados (66.3%) y solteros (62.1%). Con respecto a las FFN entre 6 y 7, se registraron en la población casada (70.0%) y los que presentaron mayor frecuencia de FFN de 0 a 5 corresponden a los viudos/as (37.5%) (ver Tabla 1).

Los estudiantes reportaron nacionalidad argentina en un 78.9%, siendo la menor población la de los ciudadanos uruguayos (2.3%). Los estudiantes de nacionalidad boliviana registraron la mayor frecuencia de EAN (94.4%), y los que menos registraron EAN son los

de nacionalidad paraguaya (47.8%). En relación a FFN entre 6 y 7, llega al 100% en las personas de nacionalidad uruguaya, registrándose la menor frecuencia en la población boliviana (55.6%). Para las FFN entre 0 a 5, la frecuencia con mayor valor corresponde a los de nacionalidad boliviana (44.4%) (ver Tabla 1).

El 51.7% de los estudiantes de Enfermería responde tener hijos a cargo. En su mayoría tienen 1 a 2 hijos a cargo (38.2%). Al relacionarse la variable de hijos a cargo con las EAN, se registra con el mayor porcentaje aquellos que tienen 5 o más hijos a cargo (90%). Es importante destacar que el grupo sin hijos a cargo posee el mayor porcentaje de FFN 6 a 7 (73.1%) (ver Tabla 1).

Con respecto a la relación de madres de los estudiantes y su nivel educativo, la categoría más frecuentemente reportada fue primaria completa para la madre (25.7%), coincidiendo el mismo nivel educativo para el padre (26.6%). Al analizarse el nivel universitario completo, se registró para las madres el 4.4% y para los padres 2.3%. Las EAN se encuentran de manera más frecuente para las madres de los estudiantes agrupadas en universitario incompleto (76.1%), superior no universitario completo (72.7%) y primario incompleto (71.8%). Para el padre de estudiantes que reportan EAN, las frecuencias más reportadas fueron: universitario completo (83.3%), igual porcentaje para el nivel superior no universitario incompleto, seguido del primario incompleto (71.1%). Sin embargo para la distribución de la variable de nivel educativo y FFN entre 6 y 7, para las madres de los estudiantes lo que se reporta de manera más frecuente es el nivel universitario completo (100%), seguido por el secundario incompleto (84.4%), superior no universitario completo (72.8%) y secundario completo (70.9%). En el caso de los padres, la variable FFN entre 6 y 7, el nivel educativo más frecuentemente reportado es el superior no universitario incompleto (100%), seguido de universitario completo (83.3%), primario completo (74.2%), superior no universitario completo (66.7%) y secundario completo (66.1%) (ver Tabla 1).

El 64% de estudiantes de Enfermería padecieron por lo menos una EAN; el 8% no tuvo ninguna FFN y el 70% ha gozado de alta

protección familiar porque reportan entre 6 y 7 FFN (ver Anexos 2 y 5).

La distribución de EAN y FFN no es uniforme. Las mujeres no sólo sufren más EAN sino que también han tenido menos FFN en su crianza. Las mujeres reportan haber padecido hasta 10 EAN mientras que los hombres este valor llega hasta 6. El rango de puntaje EAN positivo más frecuentemente reportado entre las mujeres es entre 1 a 4, mientras que para los varones es entre 1 y 2 (ver Gráficos 1 y 2). A continuación se reportan resultados significativos con respecto a la vivencia de EAN según género:

- En haber padecido abuso sexual las mujeres triplican a los hombres.
- En haber sufrido abuso físico las mujeres casi triplican a los hombres.
- En haber sido víctima de abuso psicológico las mujeres duplican a los hombres.
- En haber soportado negligencia afectiva las mujeres duplican a los hombres.
- Una cuarta parte de las mujeres y de los hombres reportan haber padecido abandono.
- En haber sufrido violencia de género las mujeres casi duplican el número de varones.
- Es un 10% mayor el número de las mujeres que conviven con droga-dependientes respecto de los hombres, pero mucho menor la convivencia de las mujeres con algún familiar que hubiera sido encarcelado.
- Respecto de haber convivido con un familiar que padeciera alguna enfermedad mental no hay diferencias entre mujeres y hombres.

Las personas que han sufrido abuso físico en la infancia y que no han contado con los suficientes factores de protección familiar (FFN) tienen más posibilidades de padecer riesgos en su salud (ver Tabla 4).

Independientemente del género, los que han revelado más EAN son las/los estudiantes que están en la franja de los 29-39 años, o que tienen más de 50 años; los que están viudos, divorciados o en unión libre, si son de nacionalidad boliviana, peruana o argentina, los que tienen hijos a cargo, y los que tienen padres con estudios terciarios o universitarios incompletos (ver Tabla 1).

Las FFN tampoco se distribuyen homogéneamente entre hombres y mujeres. Efectivamente las mujeres han recibido menor FFN en las categorías 6 y 7. La mayor protección se da cuando se han tenido entre 6 y 7 FFN, y el 69% de las mujeres lo ha disfrutado mientras que para los varones el guarismo asciende al 81%. Incluso es importante destacar que el 9% de las mujeres no recibieron ninguna FFN y sólo el 2% de los hombres no recibieron ninguna FFN (ver Anexo 5).

Respecto de la edad, los mayores de 51 años reconocen haber recibido mayor protección familiar. Es notable que las personas de origen paraguayo y uruguayo declaran haber gozado de muy buen cuidado en su hogar y también lo indican las personas que tienen más de 5 hijos (ver Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas según EAN y FFN.

	Total de Participantes	Con EAN	Sin EAN	Con 6 a 7 FFN	Con 0 a 5 FFN
Género					
Hombre	49 (9.3 %)	32(65.3 %)	17 (34.7 %)	39 (79.6 %)	9 (18.3 %)
Mujer	477 (90.7 %)	306 (64.1 %)	171 (35.8 %)	326 (68.3 %)	148 (31.0 %)
No contesta	0				
Total	526				
Edad					
18-28 años	301 (57.2 %)	177 (58.8 %)	124 (41.2 %)	222 (73.7 %)	79 (26.2 %)

29-39 años	107 (20.1 %)	89 (83.1 %)	18(16.7 %)	59 (55.1 %)	48 (44.9 %)
40-50 años	88 (16.7 %)	55 (62.5 %)	33(37.5 %)	62 (70.4 %)	26 (29.5 %)
51 años o más	25 (4.8 %)	26 (74.2 %)	9 (25.7 %)	21 (84 %)	4 (16 %)
No contesto	5 (1.0 %)				
Total	526				
Estado Civil					
Soltero	296 (56.3 %)	184 (62.1 %)	112 (37.8 %)	207 (69.9 %)	89 (30.0 %)
Casado	110 (20.9 %)	73 (66.3 %)	37(33.6 %)	77 (70.0 %)	33 (30.0 %)
Unión Libre	83 (15.8 %)	57 (68.6 %)	26 (31.3 %)	58 (69.9 %)	25 (30.1 %)
Divorciado	23 (4.4 %)	16 (69.5 %)	7 (30.4 %)	16 (69.5 %)	7 (30.4 %)
Viudo/a	8 (1.5 %)	8 (100 %)	0 (0 %)	5 (62.5 %)	3 (37.5 %)
No contestó	6 (1.1 %)	-	-		
Total	526				
Nacionalidad					
Argentina	415 (78.9 %)	269 (64.8 %)	146 (35.1 %)	282 (67.9 %)	133 (32.1 %)
Perú	38 (7.2 %)	32 (84.2 %)	6 (15.7 %)	25 (65.7 %)	13 (34.2 %)
Paraguay	23 (4.4 %)	11 (47.8 %)	12 (52.1 %)	21 (91.3 %)	2 (8.6 %)
Bolivia	18 (3.4 %)	17 (94.4 %)	1 (5.5 %)	10 (55.6 %)	8 (44.4 %)
Uruguay	12 (2.3 %)	7 (58.3 %)	5 (41.7 %)	12 (100 %)	0 (0 %)
Otras	13 (2.5 %)	2 (15.3 %)	11 (84.6 %)	12 (92.3 %)	1 (7.7 %)
No Contestó	7 (1.3 %)				
Total	526				
Hijos					
Con hijos a cargo	272 (51.7%)	208 (76.4 %)	64 (23.5 %)	181 (66.5 %)	91 (33.4 %)

Sin hijos a cargo	245 (46.5 %)	125 (51.0 %)	120 (48.9 %)	179 (73.1 %)	36 (14.6 %)
No contesto	9	5	4		
Total	526				
Número de hijos/as a cargo					
1 a 2 hijos	201 (38.2 %)	152 (75.6 %)	49 (24.3 %)	126 (62.6 %)	75 (37.3 %)
3 a 4 hijos	59 (11.2 %)	45 (76.2 %)	14 (23.8 %)	43 (72.8 %)	16 (27.1 %)
5 o más hijos	10 (1.9 %)	9 (90 %)	1 (10 %)	10 (100 %)	-
No contestó	2				
Total	272				
Nivel Educativo					
Madre					
Primario Incompleto	103 (19.6 %)	74 (71.8 %)	29 (28.1 %)	62 (60.1 %)	41 (39.9 %)
Primario Completo	135 (25.7 %)	82 (60.7 %)	53 (39.2 %)	92 (68.1 %)	43 (31.9 %)
Secundario Incompleto	90 (17.1 %)	53 (58.9 %)	37 (41.1 %)	76 (84.4 %)	14 (15.6 %)
Secundario Completo	110 (20.9 %)	73 (66.3 %)	37 (33.6 %)	78 (70.9%)	32 (29.1 %)
Superior No universitario Incompleto	11 (2.1 %)	7 (63.6 %)	4 (36.3 %)	6 (54.6 %)	5 (45.4 %)
Superior No Universitario Completo	22 (4.2 %)	16 (72.7 %)	6 (27.2 %)	16 (72.8 %)	6 (27.2 %)
Universitario Incompleto	21 (4.0 %)	16 (76.1 %)	5 (23.9 %)	6 (28.6 %)	15 (71.4 %)
Universitario Completo	23 (4.4 %)	10 (43.4 %)	13 (56.6 %)	23 (100 %)	0 (0 %)
No Contestó	11 (2.1 %)	7 (63.6 %)	4 (36.3 %)		
Total	526				
Padre					

Primario Incompleto	118 (22.4 %)	84 (71.1 %)	34 (28.9 %)	78 (66.1 %)	40 (33.9 %)
Primario Completo	140 (26.6 %)	87(62.1 %)	53 (37.9 %)	104 (74.2 %)	36 (25.8 %)
Secundario Incompleto	60 (11.4 %)	39 (65 %)	22 (35 %)	41 (68.3 %)	19 (31.7 %)
Secundario Completo	127 (24.1 %)	82 (64.6 %)	45 (35.4 %)	84 (66.1 %)	43 (33.9 %)
Superior No Universitario Incompleto	12 (2.3 %)	10 (83.3 %)	2 (16.7 %)	12 (100 %)	0 (0 %)
Superior No Universitario Completo	12 (2.3 %)	5 (41.7 %)	7 (58.3 %)	8 (66.7 %)	4 (33.3 %)
Universitario Incompleto	22 (4.2 %)	7 (31.9 %)	15 (68.1 %)	13 (59.1 %)	9 (40.9 %)
Universitario Completo	12 (2.3 %)	10 (83.3 %)	2 (16.7 %)	10 (83.3 %)	2 (16.7 %)
No Contestó	23 (4.4 %)	18 (78.2 %)	5 (21.8 %)	15 (78.9 %)	4 (21.1 %)
Total	526			Fuente: Encuesta auto administrada	

Categoría EAN según FFN

Al confrontar las FFN entre 6 y 7 con cada una de las categorías de EAN todas revelan menores porcentajes de ocurrencia de EAN, excepto en las categorías de abuso sexual y disfunción familiar-abandono y disfunción familiar-encarcelamiento. Los estudiantes que reportaron abuso sexual y disfunción familiar, la frecuencia de FFN entre 6 y 7 fue 59.5%, 59,2% y 60.4%, respectivamente (ver Tabla 2). Solo cuatro estudiantes reportaron haber convivido con algún familiar químico-dependiente (0.8%), y ninguno de ellos presentó FFN entre 6 y 7.

En cambio al analizar las carencias de FFN, clasificadas como FFN de 0 a 5, se registra que para las categorías EAN, de abuso psicológico y negligencia afectiva, valores similares correspondiendo

a 77.0% y 76.6% respectivamente. El 69.6% de los estudiantes de enfermería que tenían FFN entre 0 y 5, reportaron haber tenido negligencia física durante la niñez. El 63.8 % refiere haber tenido abuso físico, 55.4%, disfunción familiar con violencia de género y el 40.7% disfunción familiar por abandono.

Tabla 2: Categorías de EAN según FFN.

EAN/FFN	FFN 0-5 (%)	FFN 6-7 (%)	Categoría EAN (%)	Categoría EAN (N)	FFN 0 (N)	FFN 0-5 (N)	FFN 6-7 (N)
AP	77.0	22.8	26.6	140	43	108	32
AF	63.8	36.1	26.8	141	33	90	51
AS	40.4	59.5	16.9	89	15	36	53
NA	76.6	23.3	26.0	137	29	105	32
NF	69.6	30.3	6.3	33	12	23	10
DF-A	40.7	59.2	26.6	140	14	57	83
DF-VG	55.4	44.5	17.5	92	14	51	41
DF-QD	100	0	0.8	4	0	4	0
DF-SM	56.6	43.3	21.5	113	32	64	49
DF-E	39.5	60.4	16.3	86	13	34	52

Fuente: Encuesta auto administrada

Frecuencia de categorías de EAN según sexo

La frecuencia de EAN en el total de estudiantes es de 64%, no hay diferencia estadística significativa en el análisis según sexo (M 64%, y H 65%) (ver Tabla 2 y Gráfico 1).

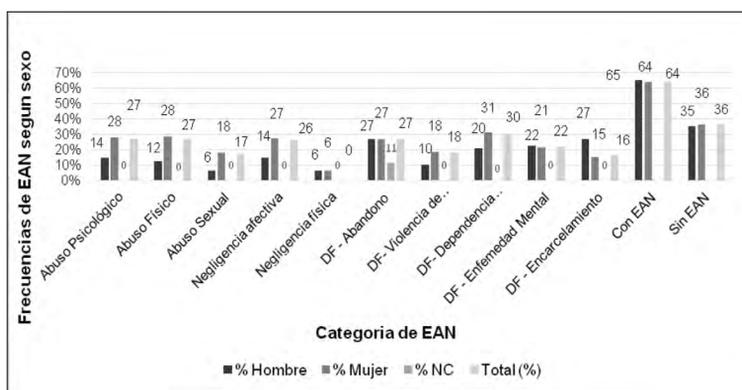
Las categorías de EAN más frecuentemente reportadas por las mujeres son: disfunción familiar–dependencia química (31%), seguida de abandono (27%), y abuso psicológico y físico (28%) respectivamente. Las mujeres reportan el doble de experiencias de adversidad durante la niñez, con respecto a: AP, AF, NA, VG y DQ, y tres veces más abuso sexual respecto de los varones.

La categoría de EAN más reportada por los hombres corresponde a la disfunción familiar-abandono y encarcelamiento (27%) respectivamente.

Con porcentajes similares para hombres y mujeres se reportan disfunción familiar- enfermedad mental (M 21% y H 22%).

La frecuencia de menor ocurrencia para mujeres como para hombres es la de negligencia física (6%) (ver Anexo 2).

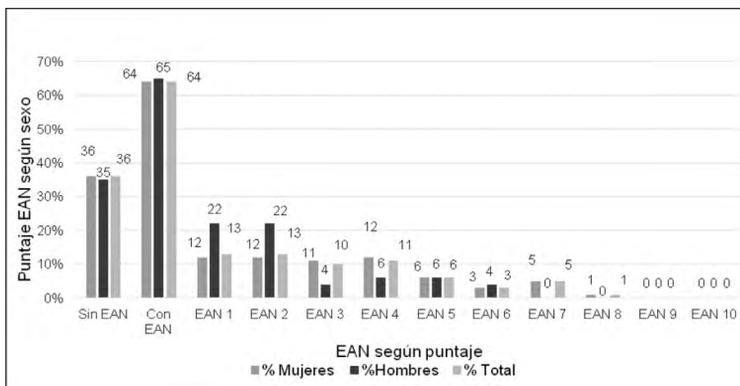
Gráfico 1: Categoría de EAN sexo



Frecuencia de puntaje EAN según sexo

Considerando la distribución de EAN según puntaje y sexo, las mujeres no reportan diferencia significativa para los puntajes 1, 2, 3 y 4 (12%). Sin embargo, el puntaje EAN para los hombres no presenta diferencia estadísticamente significativa sólo para los puntajes 1 y 2 (22%), puesto que los puntajes EAN 3 y 4 reportan 4% y 6% respectivamente. Las mujeres reportan presencia de EAN incluso en el puntaje 10 (0.4%), en cambio los hombres sólo registran hasta el puntaje EAN 6 inclusive (4%) (ver Anexo 3 y Gráfico 2).

Gráfico 2: EAN según sexo



Frecuencia de FFN según sexo

Con respecto a la frecuencia de FFN entre 6 y 7, el 69% de las mujeres presentan alguna fortaleza familiar y los hombres 81%.

La categoría de FFN más frecuentemente reportada tanto por mujeres como hombres es haber sido cuidado en su salud (llevado al control médico) (M 82% y H 94% respectivamente). Para las mujeres siguen las categorías de: haber tenido protección de los familiares (81%) y haber sido amada por algún familiar (79%). En caso de los hombres las categorías que siguen en frecuencia son la de haber tenido apoyo familiar (92%) y con igual porcentaje haber sido protegido y amado (88%) (ver Anexo 4).

El estudio de FFN de Susan Hillis (2000) indica que 5 o menos FFN no generan una protección significativa contra los factores de riesgo de la salud, cuando las personas no reportan haber vivido EAN. En ese sentido, el 31% de las mujeres reportan entre 0 a 5 FFN. En relación a los hombres, este porcentaje es del 19%.

El 9% de las mujeres y 2% de los hombres no reportan haber tenido fortalezas familiares durante la niñez (ver Gráfico N° 4).

Gráfico 3: FNN según categoría y sexo

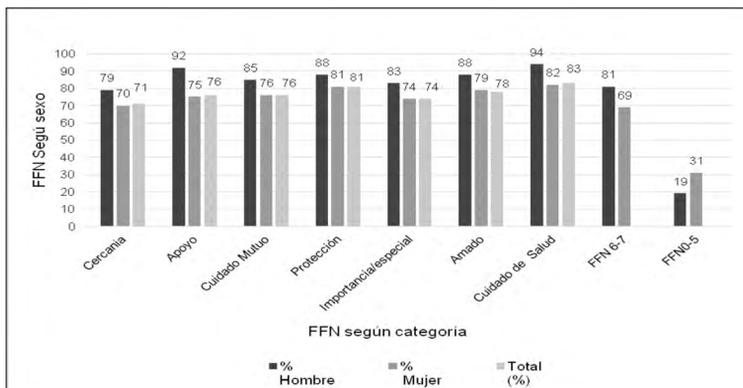
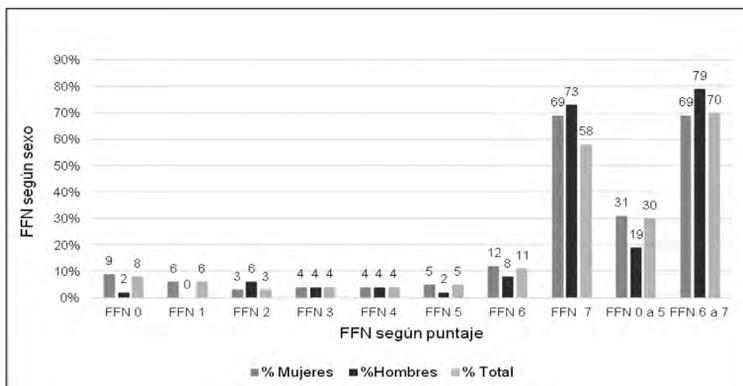


Gráfico 4: FNN según puntaje y sexo



Factores de riesgo para la salud y EAN y FFN

Todos los factores de riesgo para la salud reflejan mayor frecuencia de ocurrencia cuando los estudiantes reportaron experiencias adversas de la niñez, excepto por alcoholismo. Sólo en el factor de riesgo del alcoholismo, no se observa un incremento de este factor cuando los estudiantes refieren haber tenido EAN (35.7%)

comparado con los que no expresan EAN (64,2%) (ver Tabla 3).

El registro de 6 a 7 FFN implica una protección de factores de riesgos de la salud para aquellas personas que padecieron EAN (ver Tablas 3 y 4). Cuando las FFN que no se comparan con reportes de EAN, no se evidencia la protección sobre factores de riesgos, salvo en el caso de violencia en las prácticas de crianza.

Actualmente, los estudiantes que declaran que sus parejas ejercen violencia en contra de sus hijos/as, el 100% reportan EAN y FFN entre 0 y 5 (puntaje no protector).

El factor de riesgo de maternidad o paternidad adolescente, es el que reporta mayor frecuencia de ocurrencia cuando los estudiantes refieren haber tenido EAN (91.7%) y asimismo tampoco parecen ser efectivos los altos FFN recibidos.

La frecuencia del factor de riesgo de maltrato en la escuela primaria es de 41.3%, aumentando 82.4% cuando se presenta EAN, no existiendo relación de protección cuando además se ha manifestado FFN entre 6 y 7 (57.1%). Cuando reportaron haber experimentado maltrato por parte de docentes y compañeros, la prevalencia del factor del riesgo es del 14.6% sin EAN y aumenta al 85.3% con EAN. Un comportamiento similar se observa con respecto a la ocurrencia del maltrato en la escuela secundaria (20.0%) ya que sin EAN (20.9%) y aumenta (79.0%) con EAN.

El 23% de la población reportó haber padecido violencia de género y ésta incrementa al 76% con EAN. Al relacionarse con las FFN entre 6 y 7 (50.8%) no se deduce relación de protección directa, o sea que esta violencia es cultural y se padece más allá del amor recibido en la infancia.

En relación con el tabaquismo se registra prevalencia de 14.6%, este factor de riesgo es del 36.3% sin EAN y aumenta a 63.6% con EAN. Igual tendencia presenta el factor de riesgo de químico dependiente siendo la prevalencia de 1.7%, siendo la ocurrencia sin EAN del 33.3% y aumentando con EAN al 66.6%; a pesar que ambos factores de riesgo se han dado en personas que tenían altos FFN. Los resultados muestran el aumento riesgo significativo cuando los estudiantes reportan haber experimentado EAN.

Tabla 3: Factores de riesgo a la salud según EAN y FFN.

Indicadores	N	%	Sin EAN	Con EAN	FFN 6-7	FFN0-5
Edad de primera relación sexual menor de 15	126	25	50 (39.6)	76 (60.3)	82 (65.0)	44 (35.0)
Madre/Padre Adolescente	60	11.4	5 (8.3)	55 (91.7)	55 (91.7)	5 (8.3)
Tabaquismo	77	14.6	28 (36.4)	49 (63.6)	55 (71.4)	22 (28.6)
Alcoholismo	14	2.7	9 (64.2)	5 (35.7)	10 (71.4)	4 (28.5)
Químico-dependencia	9	1.7	3 (33.3)	6 (66.6)	9 (100)	0 (0)
Violencia de género	124	23.6	30 (24.0)	94 (76.0)	63 (50.8)	61 (49.2)
Violencia contra la niñez en prácticas de crianza	8	1.5	0	8 (100)	0	8 (100)
Maltrato en la escuela primaria	217	41.3	38 (17.5)	179 (82.4)	124 (57.1)	93 (42.9)
Maltrato docente	74	14.1	19 (25.7)	55 (74.3)	40 (54.1)	34 (45.9)
Maltrato de pares	167	31.7	23 (13.7)	144 (86.2)	100 (59.8)	67 (40.1)
Maltrato por pares y docentes	51	8	6 (14.6)	35 (85.3)	29 (56.9)	22 (43.1)
Maltrato en la Secundaria	105	20.0	22 (20.9)	83 (79.0)	64 (60.9)	41(39.0)
Fuente: Encuesta auto administrada						

Factores de Riesgo para la Salud, Abuso Físico y Abuso Psicológico, relacionado con FFN

Al conformar la variable compleja de factores de riesgo para la salud y abuso psicológico durante la niñez (EAN), y confrontarlas con la variable FFN entre 6 y 7 (protectoras), se revela una menor ocurrencia de los mismos (ver Tablas 4 y 5). La mayoría de la población de estudiantes de enfermería que reportaron abuso físico o psicológico fue protegida de los factores de riesgo a la salud, cuando a la vez reportaban haber contado con FFN 6-7 durante su niñez.

De igual manera, al confrontarse con FFN 0 a 5, las ocurrencias presentan mayor valor porcentual. La iniciación sexual antes de los 15 años con abuso físico durante la niñez se presentaron en 95.5% ante la FFN de 0 a 5. Con valor similar se observa la maternidad/paternidad adolescente con abuso físico, ante las FFN de 0 a 5 (95%).

El 100% de los estudiantes que presentaron tabaquismo y alcoholismo con abuso físico se registran FFN 0 a 5.

El 92% de la población estudiada que expresó violencia de género con abuso físico, también presentó FFN de 0 a 5. El maltrato en la escuela primaria y secundaria con abuso físico, presenta FFN 0 a 5 con valores porcentuales 61.3% y 82.6% respectivamente.

Tabla 4: Factores de Riesgo para la Salud y Abuso Físico según FFN.

FR y AF según FFN	(N)	%	FFN 6 a 7 (N)	FFN 6 a 7 (%)	FFN 0 a 5 (N)	FFN 0 a 5 (%)
Edad de primera relación sexual menor de 15 y AF	111	21.1	5	4.5	106	95.5
Maternidad/Paternidad Adolescente y AF	60	11.4	3	5	57	95
Tabaquismo y AF	77	14.6	0	0	77	100
Alcoholismo y AF	4	0.76	0	0	4	100
Químico-Dependencia y AF	0	0	0	0	0	0
Violencia de Género y AF	124	23	10	8	114	92
Maltrato en la escuela primaria y AF	80	15.7	31	38.7	49	61.3
Maltrato docente y AF	29	5.5	9	31.0	20	69.0

Maltrato de pares y AF	56	10.6	22	39.2	34	60.7
Maltrato en la Secundaria y AF	23	4.4	4	17.3	19	82.6
Fuente: Encuesta auto administrada						

Tabla 5: Factores de Riesgo para la Salud y Abuso Psicológico según FFN.

FR y AF según FFN	(N)	%	FFN 6 a 7 (N)	FFN 6 a 7 (%)	FFN 0 a 5 (N)	FFN 0 a 5 (%)
Edad de primera relación sexual menor de 15 y AP	36	6.8	9	25.0	27	75.0
Maternidad/Paternidad Adolescente y AP	24	4.5	3	12.5	21	87.5
Tabaquismo y AP	21	3.9	6	28.5	15	71.4
Alcoholismo y AP	4	0.76	0	0	4	100
Químico-Dependencia y AP	0	0	0	0	0	0
Violencia de Género y AP	61	11.6	10	16.3	51	83.7
Maltrato en la escuela primaria y AP	86	17.0	23	26.7	63	73.2
Maltrato docente y AP	39	7.4	9	23.1	30	77.0
Maltrato de pares y AP	62	11.2	19	30.6	43	69.3
Maltrato en la Secundaria y AP	28	5.3	6	21.4	22	78.6
Fuente: Encuesta auto administrada						

Discusión

Las características demográficas de la población estudiada reflejan el predominio de mujeres, dato que coincide con la distribución por sexo del colectivo de enfermería de la UNDAV (M 85% y H 15%) y del contexto argentino y a nivel mundial, que se caracteriza por ser una disciplina feminizada.

Para las madres y padres de los estudiantes, el nivel educativo formal más frecuentemente reportado es el primario completo (M 25.7% y H 26.1%) y en su mayoría no presentan historia de haber realizado una trayectoria universitaria (ver Tabla 1), por lo cual se desprende que esta población se transforma en la primera generación universitaria de su familia, convirtiéndose el proyecto universitario en un espacio tanto para la formación académica, como de cultura aprendiente (Carlino, 2005) y proyecto de vida profesionalizante. Es ese sentido es importante señalar que la UNDAV pertenece a la red de universidades recientemente fundadas en el Conurbano Bonaerense dentro del Plan de Universidades del Bicentenario que buscan ofrecer y mejorar la accesibilidad de los estudios universitarios a la población de Avellaneda.

La mayoría de los estudiantes reportan tener hijos/as a cargo (51.7%), con 1 o 2 hijos/as (38.2%). Ante esta situación, la UNDAV ofrece una ludoteca, que funciona mañana y tarde, que fortalece la posibilidad de estudio y previene el abandono del proyecto educativo. Por otro lado, también ofrecen tutorías enfocando la calidad educativa con el propósito de disminuir la deserción. Dado que la mayoría de los estudiantes refieren tener hijos a cargo, cobra relevancia generar espacios de restauración de las EAN, previniendo la transmisión intergeneracional de la violencia.

Más allá de ser padres, es adecuado para todo el universo de estudiantes ofrecer espacios de restauración a fin de contribuir a la protección de la salud mental integral; es decir favorecer a los que tienen y no tienen hijos en que puedan empoderarse hacia una experiencia de crianza con ternura como un factor interviniente de calidad de vida.

Los estudiantes de enfermería de la UNDAV reportaron la presencia de EAN en todas las categorías demográficas, indicando que la adversidad durante la niñez trasciende las fronteras de género, nacionalidad, estado civil, y nivel educativo de madres y padres.

La experiencia de adversidad vividas durante la niñez de las mujeres revela el doble y hasta el triple de carga de violencia comparado con los hombres, revelando una marcada vulnerabilidad de las niñas con respecto al abuso, negligencia y disfunción familiar, lo que implica que la Crianza con Ternura debe seguir manteniendo sus esfuerzos de transformación de la cultura patriarcal deshumanizante como principal problema a resolver.

Aun cuando los varones reportan menores cargas de EAN que las mujeres, todavía ellos evidencian haber experimentado una violencia importante durante su niñez, que necesita ser atendida, restaurada y prevenida. Por otro lado, debido a que las experiencias de socialización son diferenciadas por género, puede ser que la manera de categorizar las EAN no capture las experiencias de violencia de niños varones, que pueden estar vinculadas a la experiencia en los espacios públicos, más allá del doméstico. Se recomendaría la inclusión de variables sensibles a la experiencia de adversidad de niños en el espacio público, como haber pertenecido a una mara o pandilla, tener un/a amigo/a que haya sido asesinado, haber huido de la casa, ser obligado al trabajo infantil, entre otros.

El problema social de la crianza sin ternura se ha ido instalando en la agenda internacional y nacional (UNDP e IADH) con diferentes abordajes, todos haciendo hincapié en la importancia de garantizar una ciudadanía plena para la niñez y la adolescencia. En efecto, se ha avanzado en la construcción de una nueva relación jurídica entre el Estado y la sociedad con la infancia, en la que el niño, niña o adolescente es considerado sujeto de derecho, con los mismos derechos que todas las personas y con derechos especiales por su condición particular de desarrollo.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002) ha señalado que las bases fundamentales para el desarrollo humano de la persona se constituyen desde la gestación, traspasan el nacimiento

y florecen en el seno familiar, con especial importancia en la formación inicial y el trayecto por la escuela primaria. En igual sentido, las investigaciones de organismos internacionales (UNDP, 2014) coinciden en señalar que el sostenimiento de la vida y el desarrollo infantil requieren contar con un conjunto integrado de factores económicos, sociales y culturales favorables, que adquiere especial importancia cuando se trata de proteger el derecho a vivir una niñez plena en términos de desarrollo de capacidades humanas. Este derecho supone, entre muchas obligaciones del Estado y la sociedad, el cuidar y atender no solo las condiciones materiales, sino muy especialmente las formativas y emocionales de la niñez.

Siendo la infancia y la adolescencia un grupo poblacional estratégico que los países deben priorizar si quieren apostar al desarrollo integral, la República Argentina desde el advenimiento de la democracia, ha abordado esta cuestión desde el Estado.

Efectivamente, nuestro país ha sido muy fructífero en la producción legislativa referida a la cuestión social de la situación de la infancia y adolescencia, y muy someramente se puede señalar que lo ha ido construyendo con las Leyes 26061 de Protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes; 25673 por la que se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud; la 26150 que establece que todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la 26892 para la Promoción de la Convivencia y el Abordaje de la Conflictividad Social en las Instituciones Educativas, o Ley contra el “Bullying”. Son principios orientadores —en el marco de lo estipulado por las Leyes 23849 Convención sobre los Derechos del Niño, 26061 de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes y 26206 de Educación Nacional— el respeto irrestricto a la dignidad e intimidad de las personas, el reconocimiento de los valores, creencias e identidades culturales de todos, el respeto y la aceptación de las diferencias, el rechazo a toda forma de discriminación, hostigamiento, violencia

y exclusión en las interacciones entre los integrantes de la comunidad educativa, incluyendo las que se produzcan mediante entornos virtuales y otras tecnologías de la información y comunicación, el derecho a participar de diferentes ámbitos y asuntos de la vida de las instituciones educativas, la resolución no violenta de conflictos, la utilización del diálogo como metodología para la identificación y resolución de los problemas de convivencia.

Incluso durante el período considerado, un número muy importante de iniciativas legislativas han estado orientadas a la modificación de la legislación vigente para adecuarla a la concepción integral de derechos. En estas leyes y compromisos el Estado nacional reconoce que el sostenimiento de la vida y el desarrollo infantil requieren contar con un conjunto integrado de factores económicos, sociales, emocionales y culturales favorables como el derecho a un medio ambiente adecuado para la vida, el derecho a la alimentación, a una vivienda digna, a la atención de la salud, a una educación de calidad, el derecho a poder vivir con su familia, a poder comer, compartir juegos y acceder a estímulos emocionales e intelectuales en condiciones socialmente adecuadas.

Sin embargo, en nuestro país todavía debe mejorarse la calidad institucional de las políticas públicas ya que los resultados están aún lejos de ser óptimos. Las investigaciones sobre Desarrollo Humano del Senado de la Nación argentino así lo han aseverado en las publicaciones realizadas en el decenio 1995-2005 y por las realizadas desde 2005 por la Universidad Católica Argentina, quienes desarrollaron una línea de investigación particular denominada “Barómetro de la Deuda Social de la Infancia” en la que se definieron tres dimensiones de “capacidades y necesidades” que atraviesan los distintos ciclos de vida de la niñez y que han denominado: (1) Condiciones materiales de vida; (2) Procesos de crianza y socialización; y (3) Procesos de formación. Cada una de estas dimensiones contempla indicadores específicos estrechamente relacionados con alguno o varios de los derechos y protecciones fundamentales que corresponden al desarrollo humano de la niñez y adolescencia. Consideran que cuando alguno o muchos miembros de una sociedad, en este caso los niños, las niñas

y adolescentes, son privados o impedidos del acceso a crianza con ternura aparecerán los perfiles del déficit de desarrollo humano de la niñez y adolescencia y que ello impactará definitivamente en los resultados del desarrollo humano global de esa sociedad.

Conocer las dimensiones del padecimiento humano de la infancia de un país, región, municipio o comunidad constituye una fuente importante de información para el gobierno, la dirigencia política y social y la opinión pública en general sobre los problemas que enfrenta la niñez, y en este sentido puede contribuir al diseño de políticas públicas y favorecer múltiples acciones de la sociedad.

Por ello cobra relevancia esta investigación Crianza con Ternura, sobre las EAN y FFN y su relación con Factores de Riesgo de la Salud ya que constituye un novedoso aporte que permite otorgar mayor claridad conceptual sobre los significados de la crianza y su articulación con los derechos sociales y la identificación de las acciones concurrentes, políticas, sociales, educativas, sanitarias, que contribuyan a erradicar aquellas prácticas de crianza y educativas violentas y deshumanizantes, que aún hoy persisten en nuestra sociedad.

Aunque son multidimensionales los factores que afectan el desarrollo de niños y niñas, es importante identificar la influencia de los estilos de crianza de la familia, ya que para la mayoría de las personas, constituye el núcleo de factores protectores más importante. Ello es así porque dan el fundamento para el desarrollo personal, emocional y afectivo y son la base de la construcción de la personalidad y del carácter, así como de la autoestima. La socialización de la infancia se produce mediante las prácticas de crianza que son las acciones llevadas a cabo no sólo por los padres sino también por todas aquellas personas responsables del cuidado del niño/a para dar respuesta cotidianamente a sus necesidades. La violencia ejercida en la crianza ya sea en el hogar o en la escuela hipoteca la salud física, emocional y social de las personas. Se impone la necesidad de que no sólo en el ámbito familiar sino también en el sistema escolar se desarrollen mecanismos protectores a través de la sensibilización de los padres y cuidadores sobre su rol y responsabilidad en la optimización del desarrollo de la infancia. Es importante ofrecer reparación a los adultos que reconocen que han

padecido violencia para contribuir a interrumpir la reproducción intergeneracional.

Sin bien la familia es la principal proveedora de Crianza con Ternura, se esperaría que también los espacios de educación formal e informal garanticen el derecho al cuidado y educación responsable de los niñas/os previniendo situaciones de violencia y maltrato. a pesar de las leyes vigentes, ni la familia ni la escuela, fueron para esta población espacios de sanación y educación libres de violencia y plenos de ternura, generando así una doble vulnerabilidad. Pero no todo está perdido, ya que por otro lado esto revela además una doble resiliencia: hoy son estudiantes universitarios con proyectos de vida diferentes en un intento de romper con el modelo patriarcal de crianza intergeneracional.

El otro resultado revelador de la presente investigación es que un factor que incide fuertemente para la aparición de EAN es la violencia de género. La República Argentina cuenta con la ley 26171 de ratificación del protocolo facultativo de la convención sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la ley 26485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en todos los ámbitos. Es importante destacar cómo define esta ley la violencia contra las mujeres: es

toda conducta, acción u omisión que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, así como también su seguridad personal.

La ley contempla la violencia de género en sus diversas formas: física, sexual, simbólica, económica y patrimonial y psicológica. Y define que el logro de la igualdad y la no discriminación es la forma de prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres. Remarca la necesidad de invertir recursos desde el Estado, con la garantía de una atención integral y oportuna de quienes padecen y a quienes la ejercen. En los fundamentos se resalta que la violencia de género

es “parte de una cultura patriarcal” arraigada “en las sociedades de todo el mundo”, que hace que “el lugar más peligroso para muchas mujeres no sea la calle sino la habitación conyugal”.

A pesar de las leyes, los Informes sobre Desarrollo Humano por Género de nuestro país, revelan que el Índice de Desarrollo Humano de las Mujeres es comparativamente inferior al de los varones, siguiendo la tendencia mundial por la que los hombres obtienen siempre mejores resultados en los indicadores de los informes elaborados a escala internacional. Como se ha confirmado en esta investigación, a pesar de la vanguardia legislativa en la protección de las mujeres con las que cuenta nuestro país, persiste una gravísima situación ya que las estudiantes encuestadas han confesado mucho más que los varones, los diferentes tipos de padecimiento por abuso, violencia, negligencia y/o abandono que han sufrido desde su más tierna infancia.

El 23.6% de los estudiantes reportaron violencia de género, y el 1.5% de violencia en las prácticas de crianza de hijos/as. Al considerar la vivencia de EAN, este porcentaje se incrementa a 76% y 100% respectivamente. Los resultados evidencian que la presencia de EAN tiene relación directa con la violencia de género y en las prácticas de crianza en la vida adulta, afectando así la siguiente generación de niños y niñas. Eso debido a que la violencia de género y el abuso son dos categorías de EAN que hijos/as de los estudiantes ya están enfrentando. Esto resalta la importancia de que la Crianza con Ternura, logre prevenir las EAN, para interrumpir la transmisión intergeneracional de la violencia. La prevención de la violencia de género requiere compromisos de Crianza con Ternura, de familias con fortalezas para el cuidado de las niñas/os como a su vez la participación del estado fortaleciendo políticas públicas que promuevan la salud integral de los ciudadanos.

Los adultos responsables de la crianza de una niña/o requieren contar con las condiciones emocionales, sociales y económicas para ofrecer un cuidado que prevenga las EAN, y así promueva la salud integral de las generaciones emergentes. Sin embargo, el estudio revela que los estudiantes, tuvieron condiciones de vulnerabilidad

significativas en la crianza, durante su niñez. Tanto por lo que reportan en términos de EAN, como por el nivel educativo de los padres y madres.

Analizando la vivencia de las EAN reportadas por los estudiantes, y confrontándolas con las FFN, se identifica una inconsistencia de los datos obtenidos, sobre su capacidad de protección en función de los factores de riesgo. Por un lado, el 65% de los estudiantes reportan haber tenido EAN, y por otro lado 70% también reportan haber tenido FFN entre 6 y 7, durante su crianza (ver Anexos 2 y 5). Estos datos obtenidos evidencian que la familia es el mismo espacio de vulnerabilidad y a la vez de ternura. Sin embargo, esta ternura, en el grupo estudiado, no logra protegerlos de los efectos de las experiencias adversas debido a que posiblemente se dieron dentro de una lógica patriarcal deshumanizante (ver Tabla 2). Implica, en futuros estudios, discernir los atributos más precisos de la Crianza con Ternura que reflejen, dentro de cada cultura, la dimensión protectora de la ternura, dentro de una lógica democrática: resolución pacífica de conflictos, diálogo empático, construcción de acuerdos de convivencias, dinámicas relaciones simétricas y recíprocas, entre otras. Además, como el estudio es retrospectivo, mediante una encuesta auto administrada, es posible que los recuerdos sobre las EAN, durante la crianza, sean de más fácil reporte que admitir la ausencia de amor, cuidado, protección por parte de la familia. En Argentina, el concepto de familia es muy amplio, y podrían estar incluyendo personas tanto de la familia extendida como de la comunidad, en cuanto que en Estados Unidos los participantes del estudio de Hillis, puedan haberse quedado con concepto de familia nuclear (Hillis SD, 2010).

Analizadas las categorías de EAN en función de las FFN de 6 a 7 (protectoras) y FFN 0 a 5 (no protectoras), se encontró que las FFN entre 6 y 7 protegen contra todas las EAN, salvo en el abuso sexual y disfunción familiar con abandono o encarcelamiento (ver Tabla 2). La hipótesis que se desprende de estos resultados es que cuando el abuso sexual no es identificado como tal, las víctimas tienden a confundirlo como una fortaleza familiar. A la medida que generan con-

ciencia del abuso sexual, podrán identificarlo como EAN y no como FFN. Para el caso de disfunción familiar con abandono del niño/a o encarcelamiento de algún familiar durante la crianza, el sistema de protección formal o informal podría haber ubicado el niño/a en un espacio familiar extendido más saludable, generando experiencias tiernas en el cuidado, y por ello registrarse dicho resultado.

Al construir la variable compleja integrando el factor de riesgo para la salud y abuso psicológico, confrontándola con las fortalezas familiares protectoras durante la niñez (FFN 6 a 7), se observó una menor prevalencia de su ocurrencia. Por consiguiente, es importante considerar las EAN y la carencia de FFN al definir el real riesgo de un factor de la salud. Los factores de riesgo de la salud, se si indagán sin tener en cuenta el contexto de la crianza del sujeto de atención, con dinámicas familiares protectoras, pueden no revelar o más bien ocultar el real riesgo de una enfermedad crónica como el infarto de miocardio, cáncer, diabetes entre otros. Es decir que estos resultados tensionan una vez más los modelos biologicistas de atención en el sistema de salud, donde se reporta como único riesgo cardiovascular el valor de colesterol. Este estudio plantea entonces la necesidad de un nuevo modelo de planificación de salud pública que considere las experiencias de crianza, tanto EAN como FFN, para poder definir los reales riesgos de las ocurrencias de enfermedades crónicas y abordarlas de manera holística.

Como el estudio de las EAN liderado por Felitti, definen las EAN como factores de riesgo a la salud, además de prevenirlas es indispensable la promoción de la Crianza con Ternura, en el ámbito familiar y espacios sociales de educación y salud pública (Felitti, 1998).

Al diseñar una variable compuesta, integrada por la EAN, abuso físico, y cada uno de los riesgos para la salud y luego confrontarlos con las FFN de 6 a 7 (protectoras) y de 0 a 5 (no protectoras), se revela la dimensión protectora de las fortalezas familiares durante la niñez para todos los factores de riesgo. Para el factor de riesgo maternidad y paternidad adolescente con abuso físico, la población de estudiantes de enfermería manifestaron en un 5% tener FFN entre 6 y 7, y 95.0% tener FFN 0 a 5, por lo cual se deduce que el cuidado

con fortalezas familiares durante la niñez protege para disminuir el embarazo adolescente.

Con relación al factor de riesgo tabaquismo y alcoholismo, el 100% de la población de estudiantes revelaron tener FFN de 0 a 5, es decir que poseían ausencia de cuidados protectores durante su niñez.

La variable compleja de violencia de género con abuso físico registra la frecuencia de 92% en las FFN de 0 a 5, por lo cual al tener escasa protección durante la niñez (FFN 6 a 7 de 8%) se sostiene una cultura patriarcal que continúa poniendo en riesgo la vida de las mujeres de la población de estudiantes de enfermería en la Universidad Nacional de Avellaneda. Una aproximación a la magnitud del problema social puede apreciarse en las estadísticas de la Oficina de Violencia Doméstica (OVD) de la Corte Suprema de Justicia, ya que desde su creación hace 8 años, de 2008 a 2016, se han atendido 68.363 casos de violencia doméstica solamente de personas que viven en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, siendo el 89,9% mujeres afectadas por el flagelo. De ellas, el 87% de las denuncias fue porque las mujeres reportaron haber sido víctimas de violencia doméstica por parte de sus parejas actuales o ex parejas (Rilova Salazar). En 2012 se sancionó en la República Argentina la Ley 26791 por la cual en el Código Penal se crea la figura de femicidio como agravante del homicidio, aumentando la pena a reclusión perpetua, por ser una forma extrema de violencia contra las mujeres. Sin embargo la cifra no baja de 300 femicidios anuales, cifra altísima que —como se observa— la ley penal no soluciona por sí sola, es un instrumento imprescindible pero que llega tarde, cuando ya la muerte sucedió. En 2015, 31% de los femicidios de la República de Argentina se reportaron en la provincia de Buenos Aires. La mayoría son mujeres entre 20 y 30 años de edad, y el 70% fueron cometidos por la pareja y el 15% por familiares (Suprema Corte de la Justicia de Buenos Aires, 2016). Implica que la prevención de los femicidios requiere políticas públicas que en el marco de cambios culturales, fortalezcan las capacidades de las familias para la Crianza con Ternura y la prevención de EAN y modifiquen las instituciones que están involucradas en las denuncias de las mujeres: las policiales, la Justicia y los hospitales.

Las FFN entre 0 y 5, se entrecruza con maltrato en la escuela primaria y secundaria con abuso físico, el porcentaje corresponde de 61.3% y 82.6% respectivamente. Por lo cual, durante la niñez los estudiantes refirieron que además de no haber contado con fortalezas protectoras familias (FFN entre 6 y 7), el espacio educativo tampoco lo protege, sino más bien lo vulnera a mayor violencia. En ese sentido, el sistema educativo requiere no sólo de la ley anti *bullying* sino también de planteles docentes que identifiquen de manera oportuna las EAN y carencias de FFN de los niños y niñas, a fin no solo de prevenir, sino también restaurar las historias de vida marcada por las EAN, tanto de los niños y niñas y sus familiares así como de los mismos docentes. El sistema educativo se convierte así en un espacio de educación holística e integral, donde los niños y niñas desarrollan sus saberes académicos, pero también se preparan para una convivencia pacífica, tierna, solidaria y justa.

Con respecto a la salud sexual y reproductiva, 25% de los estudiantes reportaron haber tenido su iniciación sexual antes de los 15 años, y 11.4% de ellos reportaron haber sido madres/padres durante la adolescencia. Este dato es similar al reportado por el Censo Nacional de 2001; del total de la población, el 16% de las adolescentes cursaban un embarazo (FEIM, 2013). Sin embargo, cuando los estudiantes reportaron EAN, estas proporciones incrementaron a 60.3% para la iniciación sexual y a 91.7% para la maternidad/paternidad adolescente. El hecho de tener EAN aumenta los riesgos vinculados a la salud sexual, y sus posibles efectos como el abandono del proyecto educativo. El embarazo adolescente en Argentina es la cuarta causa del abandono de la escuela, representando el 14.1% en el Gran Buenos Aires (MINSAL, 2014). Por esta razón, en la República Argentina, específicamente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, inaugurarán 120 colegios secundarios con guardería para evitar la deserción escolar. Sin embargo, la reducción de la tasa de embarazo de los y las adolescentes requerirán políticas públicas que prevengan y restauren las EAN y fortalezcan las FFN (Crianza con Ternura).

Las EAN y su impacto en los factores de riesgo a la salud de la población estudiada generan implicaciones importantes tanto para

el sistema educativo de la UNDAV como para la salud pública. Una de las razones por las cuales las tasas de prevalencia de enfermedades aumentan en las personas que manifiestan EAN, es porque existe un importante lapso entre la vivencia de las EAN (niñez) y su detección en la edad adulta. Una vez que este estudio, accede a una población juvenil, y en gran mayoría de los casos, también padres/madres, se brinda la posibilidad de plantear procesos de restauración en un tiempo más oportuno, y ciertamente prevenir las EAN en las generaciones emergentes. Además, la población son estudiantes de enfermería, que en su futura praxis profesional deberán ofrecer cuidados con calidad a personas, familias, grupos y comunidades. Esto invita a promover espacios de restauración en la universidad para que las/os enfermeras/os adquieran competencias en el cuidado con ternura de sus propias vidas y familias, así como de los sujetos de atención.

La enfermería puede tener un rol muy novedoso y eficaz apoyando a programas que brinden a los padres pautas de crianza y cuidado de la salud, que permitan prevenir patologías en la infancia y fortalecer la generación de factores protectores en la familia y en las instituciones formativas. También es muy importante el rol que puede desempeñar en la problemática de la violencia de género, por la cercanía con la paciente y la posibilidad de propiciar un espacio de intimidad apropiado para verbalizar lo que, generalmente, con vergüenza desconocen y/u ocultan.

El sistema de salud requiere una sensibilización de todos los profesionales que en él participan, para la detección precoz y oportuna de EAN y desarrollo de FFN a nivel familiar y comunitario. Si bien el cuestionario EAN presenta preguntas sensibles y del ámbito privado de las personas, se considera necesario enfocar una nueva manera de detectar factores de riesgo poniendo en tensión el actual modelo médico biologicista. Es decir, un nuevo modelo de la salud pública donde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades procuren la calidad de vida de los sujetos, la ausencia de la violencia y la presencia de la ternura.

Concluyendo, esta investigación confirma la complejidad y variedad de dimensiones que enfrenta el sistema de salud público si

quiere dar respuesta holística a los factores de riesgo de la salud. La predictibilidad de los efectos de las EAN sobre conductas sociales y estado de salud, exige paradigmas de salud intergeneracionales y sistémicos.

Para avanzar se debe tomar cuenta que aún persiste en muchas familias la cultura patriarcal deshumanizante, que genera riesgos para la salud y la supervivencia de infantes, adolescentes y adultos.

Asimismo se debe tomar nota de que a pesar del esfuerzo de organismos internacionales y nacionales para develar la importancia que los efectos adversos en la crianza tienen sobre la salud presente y futura de las generaciones, los resultados a nivel de prevención y restauración son magros.

A pesar del avance en la legislación protectora de derechos, de su creciente instalación en la agenda pública y su reconocimiento como problema social, ello tampoco es suficiente por sí solo para lograr cambiar conductas violentas y/o discriminadoras. Es necesario generar nuevos espacios de reflexión y de compromiso en las autoridades, en las instituciones y en la sociedad para contribuir a erradicar la cultura patriarcal deshumanizante. Crianza con Ternura ofrece un camino con potencialidad para revertirlo, representando la base de la transformación humana y social que exige este problema socio-sanitario. Esto resalta la importancia de que la Crianza con Ternura logre prevenir las EAN para interrumpir la transmisión intergeneracional de la violencia.

Las mujeres no sólo han revelado haber padecido más experiencias adversas en su niñez y adolescencia que los varones, sino que también han contado con menos factores protectores en su crianza que ellos. Sin embargo los hombres, aun cuando reportan menos EAN que las mujeres, no son inmunes a éstas y requerimos: discernir la manera de capturar las EAN siendo sensibles a las diferencias de género. Por ejemplo, incluir EAN que reflejen la violencia en los espacios públicos (maras, pandillas, asesinatos de amigos, trabajo infantil, entre otros) y proponer procesos de restauración que logren reconciliar las relaciones entre hombres y mujeres que sean más simétricas, tiernas y menos violentas.

Los mayores riesgos de padecer EAN provienen de la violencia en crianza y maltrato en la escuela primaria, o sea cuando las personas transcurren su primera infancia. Adquiere entonces máxima relevancia el problema central que Crianza con Ternura busca resolver: la cultura patriarcal deshumanizante. La violencia ejercida en la crianza ya sea en el hogar o en la escuela hipoteca la salud física, emocional y social de las personas. Se impone la necesidad de que no sólo en el ámbito familiar sino también en el sistema escolar se desarrollen mecanismos protectores a través de la sensibilización a los padres y cuidadores sobre su rol y su responsabilidad en la optimización del desarrollo de la infancia. Si el sistema educativo es insensible al trauma de la violencia y no genera espacios de restauración, puede ser un mecanismo potenciador de la misma. Es importante ofrecer reparación a los adultos que reconocen que han padecido violencia para prevenir su transmisión intergeneracional.

Por su naturaleza de tipo cultural, o sea asentada en los valores y praxis de toda sociedad, es importante destacar que un factor que incide fuertemente para la aparición de EAN es la violencia de género, que atraviesa todas las edades y ámbitos donde se desenvuelve la vida cotidiana de las mujeres y es lamentablemente una dimensión cultural machista difícil de erradicar con perversos efectos en la salud ya que aumenta las EAN y aminora las FFN.

Es digno de señalar que tomando la clasificación por edades de los encuestados, las personas que evaluaron que tienen mayor riesgo en su salud, se relacionan con las que crecieron durante los peores períodos antidemocráticos y de violencia institucional de nuestro país (1976-1983) y que estas dictaduras llevaron políticas económicas que empobrecieron a sus ciudadanos y les quitaron sus derechos civiles, económicos y políticos. Este aspecto revalúa la importancia de contar con valores socio-políticos e institucionales de respeto a la democracia, resolución pacífica de conflictos y los derechos humanos en el país en el que se crece.

La enfermería puede tener un rol muy novedoso y eficaz apoyando a programas que brinden a los padres pautas de crianza y

cuidado de la salud, que permitan prevenir patologías en la infancia y fortalecer la generación de factores protectores en la familia. Sería muy conveniente que se multiplicaran espacios de trabajo conjunto entre instituciones educativas y de salud donde la enfermería pudiera desplegar nuevos roles formativos y preventivos de la violencia en las escuelas y otras instituciones. También en la problemática de la violencia contra las mujeres es muy importante el rol que puede desempeñar la enfermería al estar cerca de la paciente todo el día y poder ayudarla a decodificar los indicios de dicho padecimiento.

Aportes y conclusiones

En conclusión, el presente estudio revela una vez más la importancia de la Crianza con Ternura como un mecanismo fundamental para construir y sostener sociedades más saludables, solidarias y justas y con mayor calidad de vida. Sin embargo, según revela este estudio, las familias de los y las estudiantes están profundamente heridas, tanto por las experiencias adversas que reprodujeron en la vidas de sus hijos e hijas, como también de las tensiones producidas por la cultura patriarcal deshumanizante. Esta adversidad genera cambios epigenéticos importantes, que enferman el cuerpo y las relaciones, de generación en generación. En ese sentido urge un sistema de salud pública más holístico que logre no solo diagnosticar las EAN, sino también restaurarlas y fortalecer las capacidades de las familias para asumir nuevas prácticas de ternura en la convivencia y socialización con los niños y niñas.

La carga de EAN que enfrentaron los y las estudiantes de enfermería revela no solamente la falla de los sistemas de protección (promoción, prevención, atención y restauración), sino también la urgente necesidad de que el sistema educativo sea, además de un espacio de formación, uno de restauración. Implica un sistema educativo que sea sensible al trauma y que comprenda que la formación humana, sin restauración, puede ser un mecanismo potenciador de la violencia. Este estudio reveló que la familia y el sistema de protección han fallado en la detección oportuna y respuesta a las EAN, y que también ha fallado el sistema de educación. Para un número importante de niños y niñas, mientras sufrían la violencia en la familia, la escuela no representaba un oasis de ternura para ellos, sino un espacio de violencia, tanto por parte de los sus pares como de sus maestros. Ello es indicativo de que, además de las familias, padres y madres, también las/os educadoras/es y educandos requieren procesos de restauración.

El estudio revela implicaciones importantes para el sistema de salud. Los factores de riesgo a enfermedades crónicas responsables de

baja calidad de vida y alta morbi/mortalidad, son potenciados por las experiencias adversas de la niñez, principalmente cuando éstas no son acompañadas por fortalezas familiares durante este periodo vital. En ese sentido el enfoque biologicista es insuficiente para determinar el real riesgo a las enfermedades prevalentes, la planificación y presupuestos de la salud pública, y para los estándares de práctica de tratamiento y cuidado. Espacios de salud de la mujer, madre, niños y niñas son centrales para generar la detección oportuna y restauración familiar para prevenir la transmisión intergeneracional de la violencia. Sin embargo, la alta prevalencia de las EAN revela la necesidad urgente de una respuesta con la magnitud de salud pública.

Finalmente, queda una vez más confirmada la importancia del problema central que Crianza con Ternura busca resolver: la cultura patriarcal deshumanizante. Hombres y mujeres sufren EAN, y ambos requieren ser restaurados, para cultivar relaciones más simétricas, solidarias y placenteras. Sin embargo, las mujeres sufren una carga de violencia mucho más profunda. Implica que los procesos de restauración tendrán que ser libertadores no solo del dolor y la enfermedad, sino también de la opresión. Aun cuando exista ternura, si no es empoderante no logrará realizar su máximo impacto en la prevención de los factores de riesgo a la salud. Aun cuando niños y niñas puedan sentirse amados, protegidos y cuidados, si estas experiencias no se desarrollan en un espacio de empoderamiento, desde relaciones dialógicas, simétricas y recíprocas, el efecto potenciador de la salud, que se le atribuye a la ternura, no alcanzará todo su potencial.

Por otro lado, queda pendiente de discernir las variables que logren capturar la experiencia de adversidad en los espacios públicos, más allá del doméstico, para mejor caracterizar la experiencia de violencia de los niños y así poder prevenirlas y restaurarlas, desde realidades concretas.

Este estudio plantea entonces la necesidad de un nuevo modelo de planificación de salud pública que considere las experiencias de crianza, tanto EAN como FFN, para poder definir los reales riesgos de las ocurrencias de enfermedades crónicas y abordarlas de manera holística.

Propuestas

- Difundir los hallazgos científicos encontrados, en congresos, jornadas y eventos científicos. Socializar los resultados en diferentes eventos científicos permite dar a conocer los nuevos enfoques de Salud Pública.
- Planificar procesos y talleres con herramientas de Restauración de los EAN en la población de estudiantes de la Licenciatura en Enfermería.
- Proponer la presente línea de investigación a diferentes instituciones educativas y de salud a modo de registrar datos que fundamenten políticas específicas de promoción de la salud y prevención de riesgos a través de oferta de talleres de restauración.
- Proponer talleres educativos al personal de salud y en especial a los profesionales que realizan entrevistas a los sujetos de atención, a manera de introducir paulatinamente la valoración y recolección de datos cualitativos que por existir evidencias científicas son válidos para planificar la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

Anexos

Anexo 1

Instrumento de recolección de datos.

Encuesta auto administrada.

La Universidad Nacional de Avellaneda fue convocada a ser parte de un Proyecto de Investigación Internacional por World Visión, organización cristiana de ayuda humanitaria, desarrollo e incidencia pública que desde hace más de 65 años trabaja con los niños y niñas, sus familias y sus comunidades en más de 100 países.

Orientados hacia “una niñez tiernamente protegida promotora de una sociedad más justa y segura”, World Visión ha desarrollado Crianza con Ternura como un enfoque desarrollo integral de la niñez que propone la ternura como mediador del cuidado, socialización y crianza de los niños, niñas adolescentes y jóvenes. Crianza con Ternura propone:

- el fortalecimiento de las relaciones entre niños y sus padres, madres, cuidadores y educadores,
- el fortalecimiento de las capacidades de los padres y mentores para acompañar la vida de los niños y niñas,
- y la transformación de las condiciones políticas que impiden la realización del derecho al cuidado libre de violencia y pleno de ternura.

La UNDAV, el Hospital Materno Infantil Ana Goitia y World-Vision - Iniciativa Argentina se unen para desarrollar un proyecto investigativo pionero en Argentina, buscando implementar un diagnóstico epidemiológico de las EAN y de las FFN.

Como estudiante de Enfermería de la UNDAV te invitamos a ser parte de este proyecto pionero en Argentina, que tiene como objetivo

- a) la necesidad de crear espacios psicosociales para la resignificación y transcendencia de las EAN y
- b) el fortalecimiento de las capacidades de los estudiantes de enfermería para reproducir FFN en las dinámicas y espacios familiares, con la intención de prevenir la transmisión intergeneracional de las EAN y promover su salud mental, emocional y física de los estudiantes.

La encuesta anónima que te proponemos completar ahora es fundamental para que podamos definir juntos.

Experiencias adversas de la niñez – EAN

Carrera que cursa: Licenciatura CCC Turno:

Sexo: Mujer Hombre

Marcar con una cruz en el casillero que corresponda por **Sí** o por **No**

Antes de cumplir tus 18 años...	SÍ	NO
1- <i>Alguno de tus padres u otros adultos en la familia con frecuencia o mucha frecuencia:</i> Te ofendían, insultaban, menospreciaban o humillaban? O actuaban de tal forma que temías que fueran a lastimarte físicamente?		
2- <i>Alguno de tus padres u otros adultos en la familia con frecuencia o mucha frecuencia:</i> Te empujaban, tironeaban, cacheteaban, o te lanzaban cosas? O alguna vez te golpearon con tanta fuerza que te dejaron marcas o te lastimaron?		
3- <i>Algún adulto o alguna persona por lo menos 5 años mayor:</i> Te tocó alguna vez, o te acarició indebidamente o te pidió que tocaras su cuerpo de alguna forma sexual? O intentó relaciones sexuales orales, anales o vaginales contigo?		

<p>4- <i>Sentías con frecuencia o mucha frecuencia:</i> Que nadie en su familia te quería o pensaba que eras especial o importante? O que en tu familia no se cuidaban unos a los otros, sentías que no tenían una relación cercana, o no se apoyaban unos a los otros?</p>		
<p>5- <i>Con frecuencia o mucha frecuencia:</i> No tenías suficiente comida, tenías la ropa sucia, o no tenías a nadie que te protegiera? Tus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarte o llevarte al médico si es que lo necesitabas?</p>		
<p>6- Alguna vez perdiste a tu padre o madre biológico debido al divorcio, abandono, a alguna otra razón?</p>		
<p>7a- <i>Fue tu madre o madrastra:</i> Con frecuencia o mucha frecuencia empujada, tironeada, golpeada? Le pegaron, mordían, le daban puñetazos, o la golpeaban con un objeto duro?</p>		
<p>7b- Alguna vez la golpearon durante varios minutos seguidos o la amenazaron con una pistola o un cuchillo? Fue asesinada? ²</p>		
<p>8- Conviviste con alguien en tu familia que era alcohólico, o que usaba drogas?</p>		
<p>9- Algún miembro de tu familia sufría de depresión o enfermedad mental, o alguien de tu familia trató de suicidarse?</p>		
<p>10- Algún miembro de tu familia fue a la cárcel?</p>		

Fortalezas de la familia durante la niñez – FFN

Marcar con una cruz en el casillero que corresponda

Durante los primeros 18 años de tu vida	Muy Frecuentemente	Frecuentemente	Raramente	Nunca
Los miembros de tu familia se sentían cercanos entre sí (es decir: había armonía entre todos los miembros)				
Tu familia era una fuente de apoyo en tu vida				
Los miembros de tu familia se cuidaban mutuamente				

Sabías que contabas con alguien en tu familia que te protegía y te cuidaba?				
Existía alguien en tu familia que te hacía sentir importante y especial?				
Te sentías amada/ amado?				
Había alguien en tu familia que te llevaba al médico cuando lo necesitabas?				

Por último te pedimos que completes los siguientes datos:

Edad:..... Nacionalidad:.....

Marcar con una x: Sexo: Mujer Hombre

Estado Civil: soltero/a casado/a unión libre

divorciado/a viudo / a

Hijos a cargo: SÍ ¿Cuántos? NO

Nivel de estudios de tu madre:

Primario completo Primario incompleto

Secundario completo Secundario incompleto

Terciario completo Terciario incompleto

Universitario completo Universitario incompleto

Nivel de estudios de tu padre:

Primario completo Primario incompleto

Secundario completo Secundario incompleto

Terciario completo Terciario incompleto

Universitario completo Universitario incompleto

¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

menor de 10 años entre 10 y 12 años

entre 13 y 15 años mayor de 15 años

Fuiste madre/ padre en tu adolescencia (10 a 18 años):

NO SÍ ¿A qué edad? _____

¿Te consideras fumador/a?

NO SÍ ¿Cuántos cigarrillos por día? _____

¿Te consideras alcohólico/a? NO SÍ

¿Te consideras químico-dependiente? NO SÍ

¿Recuerdas situaciones de mal trato o violencia en la escuela Primaria?

NO SÍ.

Si es Positiva, ¿con Docentes? NO SÍ

¿con compañeros? NO SÍ

¿Recuerdas situaciones de mal trato o violencia en la escuela Secundaria?

NO SÍ

Si es Positiva, ¿con Docentes? NO SÍ

¿con compañeros? NO SÍ

Actualmente experimentas violencia de género:

¿Tu pareja, te empuja, te tironea o te golpea? NO SÍ

¿Tu pareja te pega, te muerde, te da puñetazos, o te golpea con un objeto duro? NO SÍ

¿Tu pareja alguna vez te golpeó durante varios minutos seguidos o te amenazó con una pistola o un cuchillo? NO SÍ

¿Tu pareja se muestra violento/a con tus hijas o hijos?
 NO SÍ

¿Tu pareja te ha sometido a actos de violencia sexual?
 NO SÍ

¿Tu pareja te pide explicaciones continuamente de los gastos?
 NO SÍ

¿Tu pareja te pide explicaciones continuamente sobre lo que haces y/o en el lugar en que te encuentras? NO SÍ

¿Tu pareja te produce temor a por tu vida?
 NO SÍ

¡Muchas gracias por tu tiempo y dedicación!

Anexo 2

EAN según categoría y sexo										
Categoría EAN	% Hombre	% Mujer	% NC	Total (%)	Hombre (N)	Hombre No Contesta (N)	Mujer (N)	Mujer No contesta (N)	N Total de EAN específica	Total no contesta (N)
Abuso Psicológico	14%	28%	1.5%	27%	7	0	133	8	140	8
Abuso Físico	12%	28%	0.4%	27%	6	0	135	2	141	2
Abuso Sexual	6%	18%	1.1%	17%	3	1	86	5	89	6
Negligencia afectiva	14%	27%	2.0%	26%	7	1	130	10	137	11
Negligencia física	6%	6%	1.3%	6.3%	3	1	30	6	33	7
DF - Abandono	27%	27%	11%	27%	13	8	127	51	140	59
DF- Violencia de Género	10%	18%	0.7%	18%	5	1	87	4	92	4
DF- Dependencia Química	20%	31%	1.7%	30%	10	4	149	5	159	9
DF - Enfermedad Mental	22%	21%	1.5%	22%	11	1	102	8	113	8
DF - Encarcelamiento	27%	15%	0.9%	16%	13	1	73	4	86	5
Con EAN	65%	64%		64%	32		306		338	
Sin EAN	35%	36%		36%	17		171		188	
Fuente: Encuesta auto administrada										

Anexo 3

Puntaje EAN según sexo												
	Sin EAN (N)	Con EAN (N)	EAN 1 (N)	EAN 2 (N)	EAN 3 (N)	EAN 4 (N)	EAN 5 (N)	EAN 6 (N)	EAN 7 (N)	EAN 8 (N)	EAN 9 (N)	EAN 10 (N)
Mujeres (n=477)	171	306	59	59	51	56	30	15	25	6	3	2
Hombres (n=49)	17	32	11	11	2	3	3	2	0	0	0	0
Total	188	338	70	70	53	59	33	17	25	6	3	2
	Sin EAN	Con EAN	EAN 1	EAN 2	EAN 3	EAN 4	EAN 5	EAN 6	EAN 7	EAN 8	EAN 9	EAN 10
% Mujeres	36%	64%	12%	12%	11%	12%	6%	3%	5%	1%	0.6%	0.4%
% Hombres	35%	65%	22%	22%	4%	6%	6%	4%	0%	0%	0%	0%
% Total	36%	64%	13%	13%	10%	11%	6%	3%	5%	1%	0.5%	0.3%
Fuente: Encuesta auto administrada												

Anexo 4

FFN según categoría y sexo										
	% Hombre	% Mujer	Total (%)	% NC	Hombre (N)	Hombre No Contesta (N)	Mujer (N)	Mujer No contesta (N)	Nº Total de FFN específica	Total No contesta (N)
Cercanía	79	70	71	0.9	38	1	333	4	371	5
Apoyo	92	75	76	0.7	44	1	354	3	398	4
Cuidado Mutuo	85	76	76	0.9	41	1	361	4	402	5
Protección	88	81	81	0.7	42	1	383	3	425	4
Importancia/especial	83	74	74	0.7	40	1	349	3	389	4
Amado	88	79	78	1.3	42	1	370	6	412	7
Cuidado de Salud	94	82	83	0.7	45	1	390	3	435	4
FFN 6-7	81	69			39	1	326	3		4
FFN0-5	19	31			9	1	148	3		
Fuente: Encuesta auto administrada										

Anexo 5

Puntaje FFN según sexo												
	FFN 0 (N)	FFN 1 (N)	FFN 2 (N)	FFN 3 (N)	FFN 4 (N)	FFN 5 (N)	FFN 6 (N)	FFN 7 (N)	FFN 0-5 (N)	FFN 6-7 (N)	NC	Total
Mujeres (n=477)	43	28	16	9	18	24	56	270	148	326	3	74
Hombres (n=49)	1	3	0	2	2	1	4	35	9	38	1	48
Total	44	31	16	11	20	25	60	305	157	364	4	22
	FFN 0	FFN 1	FFN 2	FFN 3	FFN 4	FFN 5	FFN 6	FFN 7	FFN 0 - 5	FFN 6-7	NC	Total
% Mujeres	9%	6%	3%	4%	4%	5%	12%	69%	31%	69%		
% Hombres	2%	0%	6%	4%	4%	2%	8%	73%	19%	79%		
% Total	8%	6%	3%	4%	4%	5%	11%	58%	30%	70%		
Fuente: Encuesta auto administrada												

Bibliografía

- Center on the Developing Child (2010): Center on the Developing Child - Harvard University. Obtenido de Working Paper 9 - Persistent fear and anxiety can affect young children's learning and development: http://developingchild.harvard.edu/index.php/resources/reports_and_working_papers/working_papers/wp9/
- Carlino P. (2005): *Escribir, leer y aprender en la universidad: una introducción a la alfabetización académica*, Editorial S.L. Fondo de Cultura.
- FEIM (2013): Datos embarazos de adolescentes. Actualizado julio 2013. Obtenido de Fundación para Estudios e Investigación de la Mujer: <http://feim.org.ar/pdf>
- Fellitti V.J. et. al. (1998): Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med.* 1998; 14:245–258.
- Grellert, A. C. (2016): “Crianza con Ternura”, en A.C. Grellert, *Crianza con Ternura*, Mexico D.F.: CUPSA.
- Heckman, J. (2008): Schools, Skills and Synapses. *Econ Ing*, 289.
- Hillis S.D. et. al. (2010): HYPERLINK <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20844701> \t “_blank” The protective effect of family strengths in childhood against adolescent pregnancy and its long-term psychosocial consequences . *Perm J.* 2010; 14 (3):18-27.
- MINSAL (2014): [ellitoral.com.ar.sociedad/educación](http://www.ellitoral.com.ar/sociedad/educación). Obtenido de <http://www.ellitoral.com.ar/319255/El-embarazo-adolescente-es-la-cuarta-causa-de-abandono-de-la-escuela>
- NSCDV (2004): Center on the Developing Child Harvard University. Obtenido de Youn Children Develop in an Environment of Relationships: http://developingchild.harvard.edu/index.php/resources/reports_and_working_papers/working_papers/wp1/
- OPS. (2010): La salud pública en las Américas. www1.paho.org/hq/dm-documents/2010. FESP

- Rilova Salazar, Felipe (2017): *La violencia doméstica. Causas, sentido y secuelas de un problema humano complejo*, Editorial Ad-Hoc, Buenos Aires.
- Tuñón, Ianina, Salvia, Agustín (2014): Apuntes sobre la construcción de indicadores de desarrollo humano de la infancia. HYPERLINK “<http://www.uca.edu.ar/uca/co>” <http://www.uca.edu.ar/uca/co> .
- Tuñón, Ianina (2009): Argentina 2004-2008: Condiciones de vida de la niñez y adolescencia. Barómetro de la Deuda Social de la Infancia, Observatorio de la Deuda Social Argentina. Fundación UCA.
- Senado de la Nación IADH (1998): Informe Argentino sobre Desarrollo Humano 1995, 1996, 1997, 1998. Impresiones Senado de la Nación Argentina.
- Senado de la Nación IADH (2003): Informe sobre Desarrollo Humano Provincia de Buenos Aires. 2000, 2001, 2002, 2003. Impresiones Senado de la Nación Argentina.
- Suprema Corte de la Justicia de Buenos Aires (2016): *Infobae*, obtenido de www.infobae.com (17/5/2016).
- UNICEF (2004): Derechos de los niños, niñas y adolescentes. Buenos Aires.
- UNDP (2014): Informe sobre Desarrollo Humano 2014. www.undp.org/content/dam

Páginas Web consultadas

- www.undav.edu.ar/ (PIU)
- www.worldvisionargentina.org
- www.msal.gob.ar/
- www.buenosaires.gob.ar/salud
- Heckman. <https://heckmanequation.org/resource/schools-skills-synapses/>
- Sacks, Murphy and Brown – Consultada en https://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2014/07/Brief-adverse-childhood-experiences_FINAL.pdf
- www.infoleg.gob.ar

Autoras y autor

Anna Christine Grellert. Médica Pediatra, salubrista Pública. Especializada en efectos de la violencia en el Desarrollo de la Niñez Latinoamericana. Asesora Regional de Niñez en Desarrollo de World Vision para América Latina y el Caribe. Creadora del Modelo teórico-práctico de Crianza con Ternura como respuesta a la violencia e injusticia. Autora del libro *Crianza con Ternura*.

Miriam del Tránsito Galván. Enfermera (UNSE). Licenciada en Enfermería UBA. Especialista en Educación con Orientación en Investigación Educativa (UNLa). Magister en Servicios de Salud y Seguridad Social (UNLZ). Actualmente directora de Carrera de Licenciatura en Enfermería (UNDAV). Docente e Investigadora categorizada en UNLa. Doctoranda en Educación (UNTREF/UNLa/UNSAM).

Ana Cafiero. Licenciada Sociología. Especialista en Administración Hospitalaria (ISALUD). Consejera Ejecutiva Consejo Provincial de la Mujer Buenos Aires. Coordinadora del Programa de Desarrollo Humano del Senado de la Nación. Asesora en Comisión Población y Desarrollo Humano del Senado de la Nación. Directora General Cooperación Internacional en Cancillería Argentina. Presidente del Consejo de Administración del Hospital Ana Goitia.

Griselda Adriana Paiva. Médica (UBA). Residente de Pediatría (MSPBA). Especialista en Neonatología Distrito II y UBA. Instructora de residentes de Neonatología del MSPBA. Instructora de RCP (SAP). Capacitación en Salud Social y Comunitaria (UBA). Jefa de Docencia e Investigación del H.S.E.M.I. “Ana Goitia” Avellaneda.

Carolina Tocalli. Licenciada en Administración, consultora en Impacto e Innovación Social y artista. Coordina la Iniciativa de World Vision en Argentina. Gracias a su formación estratégica en

desarrollo comunitario diseña, implementa y evalúa diversos modelos sociales. Publica y expone su trabajo en foros académicos, empresarios y sociales, nacionales e internacionales. Vive en Buenos Aires con su marido y sus tres hijos.

Patricia Elizabeth Buffoni. Licenciada en Enfermería (UNR). Magister en Educación (USAL). Miembro del Consejo Superior de UNDAV. Docente de la Carrera de Licenciatura en Enfermería. Miembro del Comité de Pares Evaluadores Expertos de CONEAU.

Lorena Paola Albamonte. Licenciada en Enfermería. Se desempeña en el campo de la Salud Mental en el área de Gestión de los Servicios de Salud. Docente ordinaria de la Universidad Nacional de Avellaneda. Maestranda en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Secretaria del Consejo Departamental de Salud y Actividad Física.

Mariana del Carmen Altuzarra. Licenciada en Enfermera (Universidad Maimónides). Magister en Gerenciamiento Integral de Servicios de Enfermería. Especialista en Enfermería Legal. Docente concursada en Farmacología en Enfermería. Docente Investigadora Categorizada. Integrante de Comités Científicos (UNDAV). Directora de tesis de Grado. Evaluadora de Tesis de Grado.

Carlos Alberto Herrera. Licenciado en Enfermería. Se desempeña en el campo de la Salud Mental en el área de Gestión de los Servicios de Salud. Docente interino de la Universidad Nacional de Avellaneda. Actualmente maestrando en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Miembro electo como par evaluador de la comisión nacional de evaluación y acreditación universitaria.

Griselda Noelia Meneses. Licenciada en Enfermería (Universidad Maimónides). Área Asistencial y Gestión en Salud Mental y Psiquiatría. Hospital Moyano. Docente Interina (UNDAV). Integrante de Comisión Curricular (UNDAV). Directora de tesis de Grado. Maestrando en Salud Mental Comunitaria (UNLa).

Martha Cecilia Ortiz. Licenciada en Enfermería (Universidad Maimónides). Profesora Universitaria (UISALUD). Salud Social y Comunitaria (Universidad Maimónides). Estudiante de Abogacía (UNLZ). Área Asistencial en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital de Alta Complejidad El Cruce. Médico Comunitario. Área Docente, Profesora en UNDAV y UNAJ.

Sandra Jesica Romero. Licenciada en Enfermera (Universidad Maimónides). Maestranda en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Área Asistencial y de Gestión en Salud Mental y Psiquiatría. Hospital Moyano. Jefa del Servicio de Enfermería en Sector de Guardia. Directora de tesis de Grado. Evaluadora de Tesis de Grado. Docente JTP (UNDAV).

María José Salguero. Personal No Docente de UNDAV en Departamento de Salud y Actividad Física. Integrante de UNDACYT. Organizadora de Eventos. Integrante de Programa de Voluntariado Universitario. Capacitadora de cursos internos de manejo del SIU y CVaR. Integrante de Proyecto PRICA II. Cursa actualmente la Tecnicatura en Gestión Universitaria (UNDAV).

Magali Noelia Terzi. Licenciada en Enfermería (UNDAV). Ayudante en la Licenciatura en Enfermería (UNDAV) en Enfermería Materno Infantil II y en Farmacología. Maestranda en Metodología de la Investigación Científica (UNLa).

Liliana Remogna. Licenciada en Enfermería. Egresada de UNDAV. Actualmente es ayudante de Primera en el Área Materno Infantil.

La Universidad Nacional de Avellaneda y World Visión Iniciativa Argentina se unen para desarrollar el primer proyecto de investigación en América latina con el fin de implementar un diagnóstico epidemiológico de las Experiencias Adversas de la Niñez, de las Fortalezas Familiares durante la Niñez y su relación con Factores de Riesgo para la Salud. La población que participó del estudio fue el alumnado de la carrera de Enfermería de la UNDAV. La investigación revela implicancias importantes para el sistema de salud ya que los factores de riesgo de padecer enfermedades crónicas son potenciados por experiencias adversas sufridas en la infancia. Por ello *Crianza con Ternura* se presenta como un camino de transformación y restauración para construir vínculos más saludables, solidarios y justos que contribuirán a mejorar la calidad de vida de la sociedad.

World Vision

Por los niños

