



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Relación entre las experiencias adversas y benevolentes tempranas con la sintomatología depresiva de mujeres y hombres.

Por Alicia Belén Candia Roa

Profesora Guía: María Pía Santelices Álvarez

Trabajo de Grado presentado a la Escuela de Psicología de la
Pontificia Universidad Católica de Chile, como requisito para
optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica.

Marzo 2023

Santiago, Chile



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Relación entre las experiencias adversas y benevolentes tempranas con la sintomatología depresiva de mujeres y hombres.

Por Alicia Belén Candia Roa

Profesora Guía: María Pía Santelices Álvarez

Trabajo de Grado presentado a la Escuela de Psicología de la
Pontificia Universidad Católica de Chile, como requisito para
optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica.

Marzo 2023

Santiago, Chile

AGRADECIMIENTOS

Quisiera comenzar agradeciendo el apoyo de mi profesora guía María Pía Santelices, por su ayuda y compromiso brindado durante la elaboración de mi tesis, pues gracias a su enseñanza y dedicación fue posible llevar a cabo este trabajo. Asimismo, quiero reconocer a la profesora María Carolina Velasco y el profesor José Andrés Murillo por el apoyo y aprendizaje compartido en la realización de mi trabajo de grado. A la vez me gustaría agradecer a Eduardo Franco por su ayuda y enseñanza en relación a la metodología y con el modelo de análisis de mi investigación.

Finalmente, me gustaría agradecer a mi familia, especialmente a mis padres María Alicia Roa y Rolando Candía, junto con mi hermano Juan Candía, por ser parte en este proceso y por su apoyo incondicional en mi formación personal y profesional.

Índice:

- I. Resumen
- II. Introducción
- III. Antecedentes teóricos y empíricos
 - 3.1. Experiencias adversas tempranas
 - 3.2. Experiencias benevolentes intra y extra familiar de la infancia
 - 3.3. Sintomatología depresiva
 - 3.4. Relación de las experiencias adversas tempranas con sintomatología depresiva.
 - 3.5. Relación de las experiencias benevolentes tempranas con sintomatología depresiva.
- IV. Objetivos general y específicos
- V. Hipótesis
- VI. Metodología
 - 6.1. Diseño
 - 6.2. Participantes
 - 6.3. Procedimiento
 - 6.4. Instrumentos de recolección de información
 - 6.5. Análisis de datos
- VII. Resultados
- VIII. Conclusiones y discusión
- IX. Implicancias y Limitaciones
- X. Referencias bibliográficas
- XI. Anexos

1. Resumen

Las experiencias adversas en la niñez (ACEs) de acuerdo con Felitti y colaboradores, (1998), son consideradas un factor de riesgo importante. Dado que, implica una elevada exposición a eventos estresantes vivenciados en la temprana infancia, y que trae como consecuencia efectos en la salud mental de la población adulta, siendo la depresión, una de las presentaciones de psicopatología clínica con mayor prevalencia (Merry, McDowell, Hetrick, Bir & Muller, 2004). Frente a este escenario, es que también surgen factores protectores denominadas experiencias benevolentes en la infancia (BCEs) de Narayan y su equipo (2018) a nivel intra y extra familiar, que ponen el acento en los factores protectores a temprana infancia. El objetivo del presente trabajo de grado es describir y analizar la relación que tienen las experiencias adversas tempranas y las experiencias benevolentes tempranas con la sintomatología depresiva de adultos según su sexo.

Para la metodología se ocupan los datos secundarios del Piloto de la Encuesta Nacional de Adversidad y Abuso sexual en la niñez (2020), realizado por el Centro CUIDA UC, la cual corresponde a una investigación cuantitativa, de diseño transversal no experimental. La encuesta fue aplicada a una muestra de 2101 participantes entre los 18 a 65 años. Los instrumentos usados en la recolección de información fueron los módulos de clasificación personal, Experiencias Adversas en la Niñez, abuso sexual, Experiencias positivas tempranas y el cuestionario de Adversidades tardías donde se ocuparon los datos del cuestionario para la depresión (PHQ9). Se construye el puntaje total de las variables ACEs y BCE, a partir de la sumatoria de los puntajes binarios de cada ítem, para analizar las relaciones y su efecto en la sintomatología depresiva. Para el análisis de los datos se utilizan correlaciones de Spearman.

Los resultados, revelan una alta prevalencia de las ACEs, habiendo diferencias en la muestra según sexo, puesto a que se observa en los hombres un mayor reporte de violencia comunitaria y en las mujeres de negligencia emocional. En relación con los tipos de BCE se observan algunas diferencias en la muestra en mujeres y hombres, pues hay un mayor reporte por parte de los hombres. Respecto a la presencia de síntomas depresivos se encuentra más presente en mujeres que en hombres. En esta misma línea, se evidencia una asociación entre nivel educativo y depresión, donde mientras más bajo sea el nivel de educación alcanzado, se reportan mayores niveles de depresión. En esta línea, se revela que existen correlaciones positivas y significativas entre la asociación de las ACEs y la sintomatología depresiva. Por último, se observan correlaciones negativas y significativas entre las BCE intra y extra familiares y la presencia de sintomatología depresiva.

Palabras claves: Experiencia adversa temprana, Influencia positiva en la infancia, Experiencia benevolente en la infancia, Sintomatología depresiva.

2. Introducción

Uno de los factores de riesgo que ha tenido un gran impacto en la salud mental de la población adulta en Chile, son las llamadas experiencias adversas en la niñez (ACEs), término que alude a una constelación de eventos negativos estresantes experimentados antes de los 18 años, y que se relaciona con una falta de recursos individuales, familiares o ambientales para poder enfrentarlos de forma satisfactoria (Vega & Nuñez, 2017). De tal forma, acontecimientos negativos que se enmarcan en las experiencias adversas en la niñez pueden llegar a provocar importantes efectos psicológicos negativos, tanto a corto como a largo plazo (Pereda, 2010). En esta línea y considerando lo propuesto por Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss y Marks, (1998), se podría determinar que una exposición continua de las ACEs puede tener efectos duraderos y dañinos en la salud y el bienestar de las personas.

En el estudio realizado por Crandall, Miller, Cheung, Novilla, Glade, Novilla, Magnusson, Leavitt, Barnes & Hanson, (2019) se sugirió que las ACEs como el abuso sexual y físico, la negligencia, presenciar violencia doméstica, convivir con padres que tuvieran una enfermedad mental y el divorcio de los padres, a menudo se asocian con angustia psicológica y con el posterior desarrollo de trastornos del estado de ánimo. Lo anterior representa, por ejemplo, que las personas con angustia psicológica y trastornos del estado de ánimo que se encuentran expuestas a un tipo de disfunción a nivel familiar, como la enfermedad mental de alguno de los cuidadores principales en la infancia, tienden a tener un inicio temprano de depresión y/o más episodios depresivos, acompañado de síntomas más severos, persistentes, y mayor número de intentos de suicidio (Crandall, et. al. 2019). Por consiguiente, dicha exposición a temprana edad revela un factor de riesgo en sí mismo al estar frente a un estresor significativo para el desarrollo integral de cada niño, niña y adolescente (NNA).

A partir de la evidencia emergente que ha buscado responder sobre las diferencias entre hombres y mujeres en los efectos que pueden tener las distintas adversidades tempranas, es que se han estado promoviendo estudios que den cuenta de las diferencias de sexo en el reporte de ACEs (Hanson et al., 2008), y sus consecuencias en salud mental (Mandelli, Petrelli, & Serretti, 2015; Adams, Mrug & Knight, 2018). De esta manera, el escenario estaría cambiando a raíz de las investigaciones pioneras. Algunas han sido las llevadas a cabo por Crandall, et. al. (2019) y Strine, et. al., (2012), donde en ambos estudios se encontraron diferencias de acuerdo con el sexo, constatando que las mujeres son significativamente más propensas que los hombres a reportar experiencias infantiles de abuso emocional, negligencia emocional, abuso sexual, exposición a presenciar violencia doméstica, separación o divorcio de los padres, enfermedades mentales en el hogar y exposición a un miembro del hogar encarcelado. Mientras que los hombres tienen más probabilidades de informar experiencias infantiles de abuso y negligencia física. Cabe destacar, que las mujeres tuvieron una mayor predisposición en comparación a los hombres a informar la presencia de adversidades tempranas, donde dicho grupo reportó en promedio 4 o más ACEs a diferencia de los hombres (Narayan, Rivera, Bernstein, Harris & Lieberman, 2018).

Además de la adversidad infantil, existen otros tipos de experiencias a temprana edad que tienen asociaciones con resultados de salud mental positivos a largo plazo (Narayan, Lieberman y Masten, 2021). Estas reciben el nombre de experiencias benevolentes en la infancia (BCEs), donde las vivencias protectoras que predicen una mejor salud mental en la edad adulta incluyen crecer con al menos un cuidador seguro, tener uno o más amigos cercanos y tener una rutina predecible en el hogar (Crandall et al., 2020; Narayan et al., 2018). En esta línea, las BCE destacan por ser recursos, es decir, corresponde a todos aquellos factores protectores que ocurren en el marco de las experiencias infantiles positivas (Merrick &

Narayan, 2020). El concepto de BCE abarca las experiencias positivas en la infancia tanto con las relaciones interpersonales a nivel extra familiar, como también una buena relación a nivel intra familiar con los cuidadores principales u otras figuras significativas al interior de la familia. Estas experiencias benevolentes promueven un funcionamiento saludable, estando relacionadas a bajas exposiciones de eventos traumáticos y problemas de salud mental en la edad adulta (Narayan, et. al., 2018). Si bien los niveles más altos de experiencias positivas en la infancia son un indicador de recursos, los niveles más bajos de experiencias infantiles positivas reportadas pueden ser un indicador de riesgo (Narayan, et al., 2018).

En la actualidad, los problemas de salud mental son la principal causa de enfermedad en Chile para la población adulta entre los 20 y 44 años, (MINSAL, 2017). Dentro de estos trastornos mentales, se constituye a la depresión como una de las más predominantes, debido a que se asocia con una disminución de la calidad de vida y bienestar psicosocial. La depresión es una enfermedad prevalente y discapacitante (Vitriol V, Cancino A, Leiva-Bianchi M, Serrano C, Ballesteros S, Potthoff S, et al., 2017), cuyas cifras se sitúan, internacionalmente, dentro de los rangos más altos. Según los datos entregados por la Encuesta Nacional de Salud (2016-2017) realizada por el Ministerio de Salud, un 15,8 % de la población general mayor de 18 reporta haber experimentado en el último año síntomas depresivos; esto es, sentimientos de tristeza y pérdida de interés o de capacidad de disfrute. Por su parte, un 6,2 % de los chilenos y chilenas encuestados fueron diagnosticados con esta patología, cifras más altas que el promedio mundial que se estima alrededor del 5 %.

La depresión tiende a aparecer con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres, siendo independiente de la severidad con que se presente esta condición (Cassano & Fava, 2002). La prevalencia a nivel nacional entre mujeres y hombres; muestra que las primeras tienen una prevalencia de 10,1 % y los hombres de 2,1 %, es decir, las mujeres sufren casi cinco veces más que los hombres de depresión. En el Estudio Longitudinal Social de Chile (ELSOC, 2018), se da cuenta de como esta desproporción afecta a las mujeres de menores ingresos, quienes presentan porcentajes de depresión que doblan los porcentajes del grupo de mujeres de altos ingresos. Este impacto del nivel socioeconómico también tiene una relación con el nivel educacional alcanzado, pues en el análisis realizado por Pérez y Urquijo (2001) se revela que la población que muestra una tendencia marcada hacia puntuaciones superiores e indicadores más fuertes de depresión es aquella que considera a los sujetos que recibieron menos educación y en contextos públicos.

En concordancia con estas cifras nacionales entre un 50% a 80% de los consultantes por depresión recuerdan haber experimentado al menos una ACE (Vitriol V, Cancino A, Weil K, Salgado C, Asenjo M, Potthoff S., 2014). Según los hallazgos empíricos, dentro de las experiencias adversas, la negligencia y el abuso emocional se configuran como factores de riesgo que predicen fuertemente el desarrollo y persistencia (cronicidad) de síntomas depresivos. Esto concuerda con los resultados de Hovens, Giltay, Wiersma, Spinhoven, Penninx, Zitman, (2012) en un estudio longitudinal (N=1209), donde además de la negligencia y abuso emocional se agrega el abuso físico, los cuales se configuran como factores asociados a la comorbilidad entre trastornos depresivos y trastornos ansiosos en la adultez. Asimismo, Mandelli, et al. (2015) encontraron fuertes asociaciones entre la experiencia de abuso emocional, negligencia y abuso sexual en la infancia y el riesgo de desarrollar depresión en la adultez en muestras clínicas y no clínicas, así como también, una asociación significativa, aunque menor, entre las experiencias de abuso físico y violencia intrafamiliar con el desarrollo de un trastorno depresivo en la edad adulta.

La última encuesta longitudinal de protección social en Chile (EPS, 2020), dio a conocer un importante resultado respecto a la presencia de depresión de la población chilena, usando como instrumento el test internacional “Patient Health Questionnaire” (PHQ-9). En este se encontró que la depresión habría aumentado en la población, de un 6,9% en 2015 a 16,32% en 2020. Considerando estos antecedentes en el país, se podría evidenciar el impacto que estarían teniendo ante los problemas de salud mental y comportamientos de riesgo en la calidad de vida de la población.

El presente trabajo de grado considera los resultados arrojados por la Primera Encuesta Nacional de Adversidad y Abuso Sexual en la niñez realizado por el Centro Cuida UC (Centro de investigación del abuso y la adversidad temprana). El objetivo es describir y analizar la relación entre las experiencias adversas tempranas con la sintomatología depresiva de la población adulta chilena entre los 18 a 65 años. Asimismo, se busca identificar la relación entre las experiencias benevolentes tempranas y la sintomatología depresiva.

A continuación, se presenta una revisión empírico-teórica sobre las tres principales variables a trabajar, que corresponden a experiencias adversas tempranas, experiencias benevolentes tempranas en los niveles intra y extra familiar y la depresión. En este mismo apartado, se estudia el impacto de las ACEs en sintomatología depresiva de los adultos, como también la asociación de las BCE y ACE en relación con la sintomatología depresiva. De forma posterior, se da cuenta del objetivo general de la investigación, los objetivos específicos e hipótesis. Después se expone la metodología utilizada de tipo cuantitativo, junto con la descripción de los participantes, el procedimiento, los instrumentos de recolección de información y el procedimiento de análisis de datos. Para finalmente, mostrar los resultados y los análisis de las correlaciones, además de presentar las conclusiones y discutir las implicancias y limitaciones.

Una vez puntualizada la estructura de trabajo a seguir, es relevante mencionar la necesidad de masificar esta investigación y llevarla al contexto chileno, para trabajar desde el sistema de salud nacional en la prevención de la exposición a experiencias adversas en la niñez, y en la promoción de las experiencias benevolentes tempranas. Dado esto, es importante identificar las adversidades de la primera infancia y la presencia de depresión de los adultos en los programas que se enfocan en reducir los síntomas de este trastorno. Desde esta perspectiva, se espera que esta investigación constituya un aporte a la base de los estudios que recientemente se están realizando sobre las ACE y BCE, permitiendo reducir el impacto en el desarrollo de sintomatología depresiva, y también promover las experiencias positivas como efectos protectores de la temprana infancia.

Marco teórico

3.a. Experiencias adversas tempranas

La denominación de Experiencias Adversas en la niñez (ACEs), refiere a vivencias de maltrato o adversidad, las cuales ocasionan un elevado nivel de intensidad al tener un impacto considerable en la salud mental y física, de cada NNA, por lo que pueden llegar a ser traumáticas (Felitti, et al., 1998). En la actualidad, estas experiencias se clasifican en un total de 13 tipos considerados por la Organización Mundial de la Salud a través del instrumento Adverse Childhood Experiences International Questionnaire [ACE-IQ]. Estas corresponden a: abuso físico, emocional y sexual, negligencia física y emocional, violencia contra algún miembro del hogar, ausencia/separación o divorcio de los padres, problemas de consumo dentro del hogar, encarcelamiento de algún miembro del hogar, haber vivido con alguien con problemas de salud mental, haber sido víctima de bullying, violencia comunitaria, y violencia colectiva (WHO, 2018).

Una de las investigaciones pioneras en torno a las temáticas vinculadas con las ACE, es la realizada por Felitti y colaboradores (1998), al ser el primer estudio que abarcó de manera directa la relación entre las experiencias adversas en la niñez y la presencia de múltiples factores de riesgo en la adultez. En esta línea, a partir de dicha investigación se comprobó un importante hallazgo a considerar sobre una fuerte correlación entre haber experimentado múltiples ACE y la mayor presencia de indicadores negativos tanto de salud física como psicológica para adultos. En comparación con aquellos sin ACE, los participantes con cuatro o más ACE (es decir, experimentaron múltiples tipos de abuso y/o adversidades) demostraron un aumento de 4 a 12 veces en los resultados negativos para la salud mental y física en adultos, donde se incluyeron problemáticas como el alcoholismo, abuso de drogas, depresión, intentos de suicidio y enfermedades crónicas (Felitti et al., 1998). Asimismo, se puede observar que el impacto negativo de algunas experiencias adversas es debido a la exposición prolongada de los conflictos de estos, más que a la vivencia en sí misma.

En un comienzo sólo eran considerados como parte constitutiva de las ACE un total de 10 categorías que correspondían a: abuso físico, emocional y sexual, negligencia física y emocional, violencia contra algún miembro del hogar, ausencia, separación o divorcio de los padres, problemas de consumo dentro del hogar, encarcelamiento de algún miembro del hogar y haber vivido con alguien con problemas de salud mental severos (Dube, Anda, Felitti, Croft, Edwards, & Giles, 2001). Posteriormente, la investigación llevada a cabo por Cronholm, Forke, Wade, et. al (2015), permitió ampliar la conceptualización que se tenía hasta ese momento sobre las ACEs, por lo cual, se incorporaron tres nuevas categorías al listado original que hasta ese momento comprendía un total de 10 adversidades tempranas. Sumado a esto, y de acuerdo con Finkelhor, Shattuck, Turner y Hamby (2012; 2015), los nombres de las tres categorías agregadas fueron violencia comunitaria, aislamiento/rechazo de pares o bullying y violencia colectiva. Cabe destacar que, con los aportes contribuidos por Finkelhor et al., (2015) surge una nueva argumentación respecto a la existencia de más experiencias adversas que tienen efectos negativos a lo largo del desarrollo, y que se encuentran estrechamente vinculados a los contextos en los que se vive, como los de pobreza y de marginación social.

Considerando lo expuesto, aparece la pertinencia de dar lugar al desarrollo de las investigaciones sobre las ACE ampliadas, donde se ha encontrado, por ejemplo, a través de la primera Encuesta Nacional de Polivictimización en NNA chilenos (2017), que la exposición a la violencia en la comunidad o violencia comunitaria según Finkelhor et al. (2012, 2015),

corresponde a la victimización más prevalente, dado que un 82% de la muestra reportó victimización indirecta, es decir, presenciar situaciones de violencia como peleas, consumo o venta de drogas y ver situaciones de exclusión social o discriminación a otros. Del mismo modo, un 73% reportó ser víctima de delitos comunes (robo, ataques físicos) y un 62% reportó haber sido víctima de maltrato por parte de pares (Consejo Nacional de Infancia, 2018).

De acuerdo con el estudio llevado a cabo por Kalmakis y Chandler (2014), se logró caracterizar a las ACE como experiencias perjudiciales, crónicas y recurrentes, con efectos acumulativos, diferente nivel de gravedad y consecuencias para la salud. Lo anterior confirma el hallazgo en la investigación de Vega-Arce & Núñez-Ulloa (2017), donde en base al parámetro de las ACE se obtiene que las consecuencias desfavorables se relacionan con la acumulación de múltiples factores de riesgo, en consecuencia, las secuelas de este tipo de vivencias se manifiestan claramente durante la adultez (Thompson, Flaherty, English, Litrownik, Dubowitz, Kotch, & Runyan, 2015). Así, una de las características que se deben tener en cuenta cuando se estudia las ACE es el interés que surge por evaluar la influencia acumulativa de varias categorías de adversidades, con el objetivo de evitar el sesgo de atribuir los efectos a largo plazo sólo a una de ellas (Felitti, et al., 1998).

Cuando un niño/a ha vivido experiencias adversas se ve afectado en las etiquetas que influyen en su autoconcepto, autoestima, creencias sobre sí mismo, expectativas de comportamientos, reacciones futuras e identidad. En este sentido, el modelo del Estudio ACE se basa en la idea de que las experiencias infantiles adversas crean una carga de estrés psicológico de tal magnitud, que cambia el comportamiento, las cogniciones, las emociones y las funciones físicas, por ende, provocan problemas de salud y enfermedades posteriores (Shonkoff, Boyce, McEwen, 2009). En la actualidad, existen dos explicaciones aceptadas y que han sido formuladas respecto a por qué las ACE tienen un gran impacto sobre la salud y el comportamiento maladaptativo durante la adultez. El primero es la idea de que la sobreexposición a eventos adversos genera “estrés tóxico” —esto es, niveles de estrés elevados, prolongados, impredecibles y con ausencia de apoyo suficiente de un otro—, lo cual induce estados permanentes de vigilancia, excitación y miedo, sin poder reducir la reacción al estrés (Meaney, 2001). La segunda explicación está relacionada a lo fisiológico y neurológico, el cual postula que las ACE hacen que el sistema de alarma esté encendido permanentemente, lo cual trae consigo un desgaste fisiológico en niños/as que puede comprometer su éxito futuro como personas y miembros de la sociedad (Meaney, 2001).

La presencia de acontecimientos estresantes tiene implicaciones en la salud física y emocional de las personas (Thabrew, de Sylva y Romans, 2012). Durante la infancia dichas experiencias pueden tener un impacto aún más significativo, puesto a que afectan en mayor medida a un ser humano biológica, psicológica y socialmente inmaduro y que se encuentra en una fase de desarrollo que requiere ciertas condiciones externas de estabilidad y protección (López-Soler, 2008). Por ende, el hecho de que el cerebro humano siga desarrollándose durante la infancia y adolescencia, conlleva a que sea especialmente vulnerable ante situaciones desfavorables o de estrés crónico, lo cual, puede producir daños, en ocasiones irreversibles, de tipo físico, emocional y cognitivo (Mesa-Gresa y Moya-Abiol, 2011).

El impacto de la experiencia adversa va a depender de la percepción del niño sobre lo ocurrido y sumado a esto se considerarán una multiplicidad de factores, tales como: edad, etapa del desarrollo, relación con la persona que agrede, fuentes externas de apoyo físico, emocional y social, mecanismos aprendidos para sobrellevar las situaciones difíciles, riesgos acumulativos, entre otros. En definitiva, la presencia de experiencias adversas en la infancia y

adolescencia se ha asociado con una mayor vulnerabilidad a la psicopatología y a un peor estado físico en la edad adulta (Shonkoff et al. 2012). Frente a este contexto, se han encontrado datos desalentadores respecto a la mayor frecuencia en la ocurrencia de las ACE durante la infancia temprana, es decir, desde el nacimiento hasta los 6 años aproximadamente (Thompson, et. al 2015).

Desde una perspectiva que tenga en cuenta a las Experiencias adversas tempranas según sexo, se evidenció con el estudio realizado por Lacey, Howe, Kelly-Irving, Bartley y Kelly, (2020) en una cohorte de 8.572 participantes nacidos entre 1991 y 1992 al sudeste de Inglaterra, que no existen diferencias de sexo al considerar el puntaje total de las ACE, pero si hay diferencias al revisar el reporte individual por cada una de las experiencias adversas consideradas en el estudio. Entonces, acorde a los resultados se encontró que la experiencia de abuso sexual tiende a ser más reportada por mujeres que hombres y que el abuso físico tiende a ser más reportado por hombres que por mujeres. Asimismo, fueron significativos los hallazgos que apuntaron a cómo los tipos de ACE de ausencia/separación de los padres, violencia intrafamiliar y uso de sustancias por un familiar no difieren por sexo, por ello se pone énfasis en que dichas experiencias adversas tienen la particularidad de ser centradas en los padres/cuidadores en lugar de la relación padre-hijo, por lo que es probable que las características particulares que posee cada niño/a no influyan fuertemente en este tipo de adversidades tempranas (Lacey et al., 2020).

Continuando con esta línea, Leban y Gibson (2020), confirman lo hallado respecto a que si bien no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en la presencia de ACE en su conjunto, si se pueden observar diferencias de forma particular por cada una de las experiencias adversas. En esta línea, la adversidad del abuso físico, en promedio, fue más reportada por varones (Leban y Gibson, 2020). Además, de este aporte, se ha puntualizado que las mujeres tendrían mayor tendencia a reportar experiencias de abuso emocional y sexual, negligencia emocional, divorcio o separación de los padres, ser testigo de violencia doméstica, haber tenido algún familiar con enfermedad mental y encarcelado, a diferencia de los hombres, quienes tendrían más tendencia a reportar experiencias de abuso y negligencia físicos (Strine et al., 2012).

A propósito de la relevancia que se les ha adjudicado a las investigaciones recientes, las cuales se han centrado en resaltar tanto los efectos y limitaciones de las ACE como instrumento. Es que ha surgido el interés de promover una nueva mirada que no sólo da cuenta de las dificultades, sino que además busca entregar prioridad al bienestar infanto- juvenil. Para lograr este punto, se vuelve crucial enfatizar en aquellos métodos que pretenden mitigar el efecto de la adversidad, el estrés crónico y los problemas emocionales y de comportamiento asociados con la exposición a las ACE (Bethell, Carle, Hudziak, Gombojav, Powers, Wade, Braveman, 2017). Tras considerar lo expuesto, se puede puntualizar la emergencia de constantes críticas sobre las ACE, debido a que enfatiza demasiado los riesgos, teniendo poco espacio para el abordaje de los factores de protección, por ende, no rinde suficiente responsabilidad sobre los factores ambientales, ni tampoco a la adecuación de los recursos provenientes del entorno. En este sentido, es que se confirma la pertinencia de dar un lugar prioritario de intervención a las experiencias infantiles benevolentes, con el objetivo de poder identificar aquellas experiencias infantiles positivas protectoras (Crandall, et al, 2019), que con su presencia pueden contrarrestar el impacto negativo de las ACE.

3.b. Experiencias benevolentes intra y extra familiar de la infancia

En la actualidad, a diferencia de la gran cantidad de evidencia que se tenía sobre las ACE, se ha observado un menor conocimiento respecto a la exposición de las experiencias infantiles benevolentes y la medida en que dichos eventos proporcionan importantes factores de protección y recursos para la vida de cada NNA. Es así, como las nuevas investigaciones encaminadas a resaltar las experiencias positivas, han tenido como punto en común el demostrar que las experiencias ventajosas de la infancia pueden mejorar el contexto psicosocial y promover relaciones saludables (Narayan, et al. 2018). Específicamente, se ha identificado una variedad de factores en distintos niveles, dentro de los cuales se incluyen el individual, familiar, de pares y de la comunidad, los cuales tienden a proteger contra situaciones desfavorables o de riesgo para el desarrollo esperado (Hillis, Anda, Dube, Felitti, Marchbanks, Macaluso, Marks, 2010). Dentro de estos niveles, se vuelve fundamental poner foco de atención en dos de ellos que corresponden a los niveles intra y extra familiares. En primer lugar, desde el contexto intra familiar, es posible evidenciar cómo la crianza por figuras cuidadoras significativas protege ante situaciones desfavorables, (Chung, Mathew, Elo, Coyne, & Culhane, 2008). El segundo nivel para considerar es el extra familiar, el cual abarca un tipo de relación positiva entre el individuo y actores sociales que forman parte activa de su contexto fuera de la familia, como recursos individuales, presencia de pares y de la comunidad (Narayan et. al., 2018).

Tomando lo planteado, se puede ejemplificar a través de distintas investigaciones que han buscado examinar la manera en cómo las experiencias de la infancia que consideran tanto la calidez al interior de la familia como también el apoyo extrafamiliar, tienen un efecto en los roles y el tipo de funcionamiento que serán ocupados en la edad adulta. Es así, como Masten y Cicchetti (2016), señalan que existen distintos caminos que pueden llevar a vivenciar tanto situaciones de riesgos, como también experimentar factores protectores que contrarrestan este impacto. Uno de estos estudios fue el realizado por Chung y colaboradores (2008), quienes desarrollaron el concepto de influencias positivas en la infancia (PICs), que consideraba sólo aquellas experiencias positivas a nivel intrafamiliar, dónde la presencia de dichas influencias positivas tenía un efecto protector. Asimismo, se llevó a cabo la inclusión de medidas de fortalezas familiares, cuyo propósito era proteger contra estos resultados desfavorables. Dentro de la escala del PICs, se utilizaron siete preguntas para evaluar las fortalezas familiares durante la niñez, siendo enmarcadas en la cercanía familiar, apoyo, lealtad y protección; Sentirse amado e importante; y capacidad de respuesta a las necesidades para el cuidado de la salud (Chung et. al., 2008).

Cabe señalar, que los factores protectores que están presentes al interior de la familia, desempeñan un tipo de funcionamiento más adaptativo, por lo cual, se ha encontrado que los individuos que reportaron mayores influencias familiares han sido significativamente menos propensos a reportar consecuencias adversas (Dube, Anda, Felitti, Edwards y Williamson, 2002). Dentro de los factores protectores intra familiares identificados contra los comportamientos de riesgo, se incluyeron relaciones familiares positivas, un sentido de apego seguro y autoestima (Dube, et.al, 2002). Por ejemplo, aquellos niños que se vieron expuestos a algún tipo de vivencia positivas, reportaron niveles más altos de sensibilidad de los padres, acompañado de interacciones más consistentes y de mayor calidad con los segundos cuidadores y los parientes extensos, incluso hubieron menores problemas de comportamiento al ingresar a la escuela, un mejor rendimiento académico, un mayor logro educativo y niveles más bajos de psicopatología en la edad adulta (Appleyard, van Dulmen, Egeland y Sroufe, 2005; Collishaw, Pickles, Messer, Rutter, Shearer y Maughan, 2007).

A través de los aportes otorgados en el estudio que fue realizado por Narayan, Ghosh Ippen, Rivera, & Lieberman, (2015) se logró construir la escala Benevolent Childhood Experiences (BCEs), que se centró en medir la presencia de relaciones interpersonales positivas, seguras y protegidas en distintos niveles que abarca a la persona. Este nuevo instrumento evalúa las experiencias favorables en los primeros años de vida, puesto que abarca entre el nacimiento y los 18 años. Se vuelve relevante precisar que esta escala recibe el nombre de experiencias benevolentes de la infancia, porque refiere a aquellas vivencias favorables caracterizadas por brindar seguridad, protección, apoyos tanto internos como externos percibidos; junto con trayectorias y cualidades de vida más favorables (Wright, Masten, & Narayan, 2013). Además, una de las distinciones que se efectúa por este instrumento, son los mecanismos de resiliencia, los cuales pueden operar a través de los factores de promoción frente a los de protección. Los factores de promoción son evidentes por efectos directos y están asociados con resultados favorables para los individuos en contextos de bajo y alto riesgo, mientras que los factores de protección contribuyen a reducir la probabilidad de daño a medida que aumenta el riesgo (Masten y Cicchetti, 2016; Narayan, 2015; Wright et al., 2013).

Bajo esta perspectiva, se otorgó un lugar prioritario para la nueva consideración del nivel extra familiar, el cual se centró en el entorno en que se desenvuelve cada niño/a, incluyendo las relaciones de apoyo con figuras significativas que no fueran familiares, un sentido agradable de sí mismo y una calidad de vida predecible (Narayan et al., 2018). Por lo tanto, ya no sólo se pone énfasis en el nivel familiar, sino que comienza a tener protagonismo un nuevo enfoque basado en los recursos extra familiares, donde se destacan aquellas experiencias benévolas de la infancia, tales como la conexión interpersonal y el compromiso escolar, siendo ambos aspectos predictores de una productividad y responsabilidad significativamente mejores en la edad adulta (Kosterman, Mason, Haggerty, Hawkins, Spoth, & Redmond, 2011). Es decir, los hallazgos muestran la importancia de las experiencias infantiles favorables como predictoras para el funcionamiento positivo en la edad adulta (Kosterman et al. 2011). También se ha notado en los últimos grados de la escuela primaria como un momento en el que los padres, los maestros y otras personas pueden tener una gran influencia en la provisión proactiva de oportunidades para niños y niñas. (Kosterman et al. 2011). Este hecho muestra que las relaciones positivas entre pares y maestros y el apoyo comunitario percibido benefician a las personas que se hayan visto expuestas a distintos tipos de adversidades (Appleyard, et al., 2005).

Durante la primera infancia los niños son particularmente vulnerables a los efectos físicos y psicológicos de las experiencias traumáticas. Por lo tanto, si hay presencia de adultos contenedores, que crean un ambiente seguro y que acompañan a los niños a regularse, y a raíz de ese momento, estos niños pueden recuperarse y aprender herramientas para sobreponerse a las experiencias de adversidad. Es así como el estudio de las BCE tiene como principal objetivo evaluar las experiencias positivas de la vida temprana en adultos con antecedentes de adversidades o maltrato infantil (Narayan et al. 2018). De acuerdo con Lieberman, Padrón, Van Horn y Harris (2005), las primeras experiencias benévolas con los cuidadores pueden funcionar como fuerzas protectoras frente a experiencias adversas como también frente a un posible trauma. Esto daría cuenta de cómo las experiencias benévolas vividas con alguna figura cuidadora en la infancia temprana, actuarían como un factor protector frente a eventos adversos.

Se ha constatado que las experiencias benevolentes son necesarias de estudiar, pues su presencia contribuye al desarrollo de relaciones positivas entre cuidadores y niños/as frente a la adversidad, al encargarse de respaldar un sentido de autoestima y facilitar un compromiso

sin interferencias en las interacciones de cuidado (Lieberman, Padrón, Van Horn y Harris, 2005). En contextos de adversidad, los vínculos afectivos pueden proteger a los niños y garantizar su correcto desarrollo cognitivo y emocional, por lo tanto, adquieren importancia las relaciones cercanas con adultos competentes, prosociales y que brindan apoyo en la comunidad (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). Esto también es confirmado por los resultados arrojados en el estudio realizado por Kosterman et.al (2011), los cuales demuestran la importancia de darle continuidad a las experiencias infantiles benévolas, puesto a que predicen un funcionamiento positivo en la edad adulta temprana.

En definitiva, las experiencias benevolentes se encuentran determinadas por la percepción interna y externa de seguridad, protección y apoyo; y a la vez induce a una mejora en la calidad de vida positiva y predecible (Narayan et al. 2018). En este sentido, se debe recalcar la forma en que la investigación se ha centrado en comprender cómo las experiencias positivas de la niñez protegen en el contexto de la adversidad. Por consiguiente, las características como calidez, el apoyo y las relaciones sólidas fuera de la familia también pueden ser importantes, así como aquéllas que se desarrollan con los cuidadores en centros abiertos o con docentes en las escuelas (Vio, Larraguibel, Montt, Pi, Aldunate y Halpern 2022). Además, uno de los temas principales que trasciende a las diversas circunstancias de riesgo, tiene que ver con la presencia de una relación sólida y protectora con al menos un adulto, por ejemplo, en el caso de niños que tienen uno de sus padres o conviviente con algún problema de salud mental, se ha comprobado que contar con una estrecha relación con un abuelo u otro familiar puede ser considerablemente beneficioso para su historia vital (Luthar, 2006).

3.c. Sintomatología depresiva

En la actualidad, la sintomatología desencadenada ante la exposición de situaciones adversas puede derivar en el desarrollo de diversos trastornos de salud mental, tales como la depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, intentos de suicidio, suicidio consumado, estrés postraumático, poli consumo de sustancias, comportamientos agresivos, entre otros. En esta línea, es pertinente destacar, los aportes entregados por la evidencia empírica desde un enfoque neurocientífico, cuya perspectiva ha propiciado una nueva orientación destinada a comprender el conjunto de eventos ambientales que influyen en el desarrollo del cerebro (Brietzke, Kauer-Sant'anna, Jackowski, Grassi-Oliveira, Bucker, Zugman, Barbachan y Affonseca, 2012). De esta manera, dichos descubrimientos han sido planteados con el fin de respaldar los efectos a nivel neurobiológico de las experiencias adversas en la niñez, como el abuso y situaciones de disfunción familiar que conlleva al desarrollo de estrés y posteriormente la aparición de sintomatología en la infancia (Brietzke, et al., 2012). Así, lo expuesto anteriormente significa que los eventos desfavorables han causado una alteración cerebral prolongada que impacta en la calidad de vida y salud a lo largo del desarrollo vital de las personas (Anda, Felitti, Bremner, Walker, Whitfield, Perry, Giles, 2005).

Teniendo en cuenta esto, surge la necesidad de reconocer los tipos de situaciones de adversidad experimentados durante la infancia y que dada su intensidad se asocia a funcionamiento insuficiente, déficits cognitivos y una serie de condiciones psiquiátricas en la edad adulta (Brietzke, et. al, 2012). Para efectos de esta investigación, es fundamental detenerse en el trastorno de depresión, pues representa uno de los problemas más prevalente en salud mental, al ser una de las principales causas de morbilidad en la población tanto joven como adulta, por lo cual, a menudo puede tomar un curso crónico, recurrente o episódico (Merry, et. al, 2004). El plano a nivel nacional muestra que la depresión es una enfermedad prevalente y discapacitante, y se incluye desde el año 2006 en las Garantías Explícitas de Salud (GES)

(Vitriol et al., 2017). Cabe destacar, que dentro del 90% de las depresiones diagnosticadas son tratadas en la atención primaria de salud (APS), siendo referidas a la especialidad sólo las depresiones psicóticas, refractarias o con intento de suicidio actual (MINSAL, 2017).

De acuerdo con esto, los instrumentos de tamizaje para la depresión en este período son de suma relevancia. Además, si estos instrumentos son de fácil acceso, de aplicación breve y confiables, resultan ser herramientas útiles que aportan en la labor de detección temprana y tratamiento oportuno (Borghero, Martínez, Zitko, Vöhringer, Cavada y Rojas, 2018). Uno de los instrumentos claves, es el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ), puesto a que contribuye a la realización de diagnósticos basados en la sintomatología acorde al trastorno de depresión, siendo destacado como uno de los instrumentos autoaplicado con mejor desempeño en cuanto a sensibilidad y especificidad para detección de la depresión en la atención primaria (Kroenke, Spitzer, Williams, 2001). En la investigación realizada por Borghero, et al. (2018), para la detección de la depresión, mediante la validación del instrumento PHQ-9 en el contexto chileno de atención primaria de salud, se define la manera en que los trastornos depresivos son considerados una enfermedad que afecta a la sociedad, debido a los elevados costos individuales, familiares, sociales y económicos. De igual modo, se ha comprobado que con la ayuda de este instrumento es posible calificar las medidas continuas de la gravedad de la depresión y también permite prestar atención a los puntos de corte establecidos, lo cual implica que la probabilidad de que surja el trastorno de depresión mayor aumenta (Kroenke, Spitzer, Williams, 2001).

Considerando estos antecedentes a nivel país, se puede vislumbrar el énfasis que se ha estado poniendo en el impacto que tienen los problemas de salud mental, puesto a que conlleva comportamientos de riesgo en la calidad de vida de la población. Es por ello, que específicamente se vuelve relevante estudiar y dar cuenta de la implicación de factores que estarían afectando en el desarrollo de la sintomatología depresiva en la adultez. Además, está relevancia en el estudio de la depresión se explica por el hecho de que posee una de las cifras más altas de depresión en Chile, mayor que el promedio a nivel mundial, aumentando el reporte de problemas de salud mental durante la actual pandemia (Encuesta Nacional Bicentenario UC, 2020). Por ende, la detección e intervención precoz de la depresión durante la infancia y adolescencia tienen un impacto favorable en la calidad de la salud mental de la adultez (Johnson, Harris, Spitzer, Williams, 2002).

En general, las adversidades y trauma infantil se asocian con síntomas depresivos recurrentes en la edad adulta, junto con niveles funcionales premórbidos más bajos y una peor adherencia al tratamiento. (Brietzke, et. al, 2012). De acuerdo con esto, se afirma que mientras más temprana sea la edad de exposición a una experiencia traumática se asocia con peores resultados (Brietzke, et. al, 2012). Esto refleja que los síntomas depresivos severos son más altos entre aquellos individuos que hayan sufrido algún tipo de adversidad como el abuso, ya sea emocional, físico o sexual antes de los 12 años que entre aquellos que sufrieron un abuso después de esa edad (Schoedl, Costa, Mari, Mello, Tyrka, Carpenter et al., 2010). En consecuencia, los hallazgos han confirmado que el diagnóstico de depresión a edades tempranas, y sin adecuado tratamiento tiende a tener un efecto debilitante y crónico, posibilitando su persistencia y recurrencia en la adultez (Borghero, et al., 2018).

3.d. Relación de las experiencias adversas tempranas con sintomatología depresiva.

Se ha demostrado con la evidencia empírica, el efecto que trae consigo la exposición a los distintos tipos de contextos adversos tempranos, pues se ha sostenido que dichas

experiencias conllevan a consecuencias negativas y persistentes, hecho que demuestra importantes efectos en la relación entre las adversidades ocurridas durante la infancia y los resultados negativos para la salud mental de la adultez (Felitti, 2002). En otras palabras, estos resultados se encargaron de reflejar la manera en cómo el número de eventos adversos que tienen ocurrencia durante los primeros años de vida predijeron consistentemente la probabilidad de que una persona sufra como adulto problemas de salud mental. En consecuencia, dichos problemas van a generar impactos negativos sobre el desempeño escolar, el éxito laboral, las conductas prosociales, el estado de salud físico y mental, entre otras dimensiones (Barker, 1998). Por ende, los niveles más altos de ACE se asocian con niveles más altos de estrés en adultos (Manyema et al., 2018), lo cual en sí mismo es parte de una vía intermedia que vincula la adversidad infantil con los problemas de salud mental en la edad adulta (Jones et al., 2018).

Ahora bien, se ha encontrado que los efectos negativos en la salud tanto física como mental están directamente asociados con la cantidad de eventos adversos experimentados, es decir, estos problemas aumentan en la medida que aumenta la cantidad de eventos adversos tempranos (Dube et al., 2002; Narayan et al., 2015; Hughes, Bellis, Hardcastle, Sethi, Butchart, Mikton y Dunne, 2017). En relación con la frecuencia de las adversidades tempranas, diversos hallazgos indican que cuando las ACE llegan a sumar más de tres, emerge en mayor magnitud un conjunto de problemáticas que afectan transversalmente el desarrollo general, cognitivo y socioemocional, así como también la salud infantil y la trayectoria escolar de niños y niñas (Clarkson, 2014). Incluso, Finkelhor (2015), sostiene que existe una gran probabilidad de que los síntomas conductuales y emocionales presentes durante la niñez se vinculen a las ACE y los problemas relacionados con la salud física y mental a largo plazo.

Considerando lo expuesto, otros autores también han encontrado hallazgos relevantes en las exploraciones más recientes, basadas de forma específica en el impacto negativo que han tenido las ACE en la salud mental de aquellas personas que se han visto expuestas a este tipo de sucesos. Es decir, se ha establecido un nexo entre las distintas experiencias tempranas de maltrato y/o violencia, junto con su impacto en la salud mental de la población adulta. (Bellis, Lowey, Leckenby, Hughes y Harrison, 2013). Para evaluar esto, se incluyeron como adversidades tempranas el abuso físico, psicológico y sexual, la negligencia física y psicológica y las disfunciones en el hogar tales como la violencia intrafamiliar, abuso de sustancias al interior de la familia, enfermedad mental en uno de los miembros del hogar, encarcelamiento en uno de los miembros del hogar y separación de los padres. Así, se encontró que la presencia de ACE trae consigo la ocurrencia subsecuente de trastornos de salud mental y comportamientos de riesgo para la adultez (Sege y Harper Browne, 2017).

En una investigación llevada a cabo por Adams, Mrugs y Knight, (2018), fue determinante el hallazgo sobre como el abuso físico ocurrido en la niñez media, es decir, entre los 6 a 12 años, y también el abuso sexual ocurrido en la infancia temprana, y/o adolescencia se asocian con el desarrollo de TEPT, al mismo tiempo que son un predictor robusto para el desarrollo de depresión y ansiedad en la adultez. Asimismo, otro resultado significativo tuvo que ver con cómo aquellos niños y niñas que han sido víctima de maltrato físico tienen más riesgo de ser víctimas de abuso sexual en la misma etapa del desarrollo (Adams, Mrugs y Knight, 2018). Cabe señalar, que Brietzke y colaboradores, (2012), para comprender el impacto que tiene el maltrato, especialmente la negligencia, en la vida de niños/as, ocupó una estrategia basada en observar el desarrollo de los niños/as que crecieron en instituciones. Un descubrimiento relevante en base a este estudio fue que los niños/as que fueron privados del cuidado de sus padres y criados en las instituciones mostraron un crecimiento conjuntamente

reprimido. En esta línea, también existe evidencia de que los niños/as que son retirados de un entorno adverso después de haber sufrido negligencia y/o abuso demuestran una mejora en el desarrollo (Johnson et. al, 2002).

Se ha constatado que las ACE representan un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión, situación que ha estado asociada a mayor comorbilidad psiquiátrica, suicidalidad, recurrencia y refractariedad terapéutica (Salvo, 2014). Frente al resultado de dicha asociación, Felitti y su equipo (1998), han planteado que existe una correlación entre el número de categorías de experiencias adversas tempranas y variables como el estado de ánimo deprimido o intentos de suicidio. Esta vulnerabilidad cognitiva se convierte en un factor de riesgo para la ocurrencia de depresión y es responsable también de una mayor susceptibilidad al efecto depresógeno de las adversidades que se presentan en la adultez y de un estilo interpersonal generador de dificultades en la adaptación social y de respuestas depresivas ante conflictos interpersonales (Liu, 2017).

Sumado a esto, también se ha determinado que algunos factores como la indiferencia de los padres, la falta de respuesta de figuras significativas y el ambiente en el hogar frío causan varios problemas emocionales en los niños que afectan la estructura del cerebro y pueden más adelante ser causa de psicopatologías como la depresión y el trastorno de estrés postraumático (Satici, Uysal y Akin, 2015). En esta línea, Chapman, Whitfield, Felitti, Dube, Edwards, y Anda, (2004), consideraron el efecto acumulativo de las ACE para estudiar la asociación entre el número de categorías y el posterior riesgo de desarrollar depresión, por ende, con dicha investigación, los autores demostraron que la asociación entre la vivencia de una situación adversa trae consigo una mayor probabilidad de presentar sintomatología en la línea depresiva cuando se llega a la adultez. En definitiva, se ha confirmado que las ACE son más frecuentes en pacientes con trastornos depresivos que en pacientes sin diagnósticos de depresión, reafirmando su vigencia como factores psicosociales de riesgo (Machado, & Mukamutara, 2021).

Además, otra de las evidencias valiosas respecto a los individuos que han experimentado situaciones adversas tempranas, ha sido el hecho de una elevada respuesta inflamatoria a estresores, siendo probablemente personas más susceptibles para desarrollar depresión (De Punder, Entringer, Heim, Deuter, Otte, Wingenfeld, 2018). Este efecto estresor según Cánepa, (2016), proviene de situaciones graves y de larga duración, dentro de las cuales no le permite al niño expuesto a algún tipo de ACE disponer de un soporte parental que amortigüe dichas vivencias marcadas por la adversidad. En consecuencia, las distintas situaciones estresantes, se van integrando al desarrollo del cerebro, aumentando la probabilidad de aparición de dificultades en el aprendizaje y también el posterior desarrollo de trastornos físicos y mentales (Cánepa, 2016).

Evidentemente, los mecanismos psicológicos y psicosociales que contribuyen a los trastornos mentales se ven afectados después de haber experimentado una ACE, puesto a que comprende alteraciones en el procesamiento cognitivo y afectivo como, por ejemplo, una mayor atención hacia los estímulos amenazantes (Anda, et. al, 2005). En la actualidad, Herzog y Schmahl, (2018), han sido algunos de los autores pioneros en demostrar el hecho de que las ACE y los trastornos relacionados con las ACE se encuentran asociados con efectos duraderos en la estructura y función de los circuitos neurales reguladores del estrés como, por ejemplo, el hipocampo y la amígdala, los cuales promueven alteraciones en la sensibilidad al estrés y la regulación emocional. Es decir, estos hechos se reflejan en alteraciones funcionales que se encuentran ubicadas en regiones del cerebro asociadas con el estrés y las emociones.

En esta línea, aproximadamente un cuarto de los niños maltratados va a reunir criterios para un trastorno depresivo mayor (TDM) cuando alcancen el final de la segunda década de sus vidas (Juruena, Von Werne Baes, Castro Menezes, Graeff, 2015). De acuerdo con lo demostrado es posible determinar que existe una fuerte relación entre el número de ACE detectadas y el desarrollo de los trastornos depresivos a lo largo de la vida, donde la exposición a eventos estresores que acontecen durante la infancia predisponen a la depresión en la edad adulta. En general, una edad más temprana de exposición a una experiencia traumática se asocia con peores resultados. Por ende, los síntomas depresivos severos son más altos entre quienes fueron abusados antes de los 12 años a diferencia de los que fueron abusados después de esa edad (Brietzke, et al., 2012).

Bajo esta perspectiva, las dificultades psicopatológicas que presentan los adultos con antecedentes de ACE se comprende a partir de los hallazgos biológicos que deja la exposición a estrés severo en un período de gran vulnerabilidad para el desarrollo mental (Vitriol et al., 2017). Entonces, el haber experimentado vivencias adversas tempranas incrementó en 5 veces la probabilidad de padecer depresión en la edad adulta. Los pacientes que experimentaron 2 ACE tuvieron 6,62% más probabilidades de estar deprimidos, la que se incrementó a 43,38% cuando la cantidad de eventos eran 3 o más (Vazquez, A. y Mukamutara, J., 2021). En consecuencia, algunos de los resultados negativos asociados con la depresión incluyen rendimiento disminuido, la disfunción familiar y social, la anhedonia, labilidad emocional, sentimientos de ineficacia, falta de sueño y de apetito, intentos de suicidio y suicidio consumado (Merry et al., 2004).

A partir de un estudio centrado en la depresión adulta y experiencias infantiles adversas en población consultante de atención primaria en Chile, que fue llevada a cabo por Vitriol y colaboradores (2017), se observaron diferencias significativas en torno a las características sociodemográficas y clínicas de la muestra. En relación con el sexo de sus participantes, se encontró un reporte mayoritario que indicó el comienzo del primer episodio depresivo en la tercera década de vida de mujeres (86,8%), quienes se encontraban transitando por la edad media de la vida, la mitad con pareja y sin actividad remunerada, presentando cuadros crónicos y recurrentes, donde un tercio de ellas tenía antecedentes de intento de suicidio. Asimismo, el 82% de dicha muestra refirió al menos una ACE, sin diferencias de género respecto a ninguno de los eventos estudiados. De igual modo, en la Encuesta Nacional Bicentenario UC (2020), las mujeres de menores recursos son quienes declaran sentir una mayor sensación de soledad (12%).

Sumado a este punto, se vuelve relevante detenerse en la incidencia que tiene el nivel socioeconómico, pues existe una relación entre los bajos ingresos personales y familiares de pacientes con depresión frente a aquellos sujetos sin depresión (Ford et al., 2010), siendo estas diferencias un factor de riesgo cuando predomina un contexto de escasos recursos. Esto se puede apreciar en una investigación realizada por Gilman., Kawachi, Fitzmaurice, y Buka (2003), donde la muestra estuvo compuesta por 1089 niños procedentes de familias disfuncionales por separación de progenitores, inestabilidad residencial y bajo nivel socioeconómico, demostrando que estos factores incrementan el riesgo de presentar depresión tanto en la infancia como en la edad adulta, además de mayor riesgo de recurrencia y menor probabilidad de remisión. Por lo tanto, estos corresponden a pacientes que deberían ser tomados con mayor consideración en la atención primaria de salud por el aumento del riesgo y mal pronóstico evolutivo de cuadros depresivos a lo largo de su vida.

A través de esta mirada que entregan Pérez y Urquijo, (2001) se evidencia que las puntuaciones superiores en los niveles de depresión corresponden a estudiantes de escuelas públicas, quienes en su mayoría provienen de sectores socioeconómicos y culturales más desfavorecidos. Desde luego, estos resultados indican que las características depresivas inciden negativamente en la población a medida que aumentan los indicadores de depresión, lo cual se asocia significativamente al rendimiento académico. Esto se puede confirmar, de acuerdo con lo propuesto por Segura, Cardona, Segura, y Garzón (2015), quienes tras analizar los resultados de su investigación observaron que existe una relación en los diferentes niveles de escolaridad alcanzadas por los adultos mayores, donde a menor escolaridad, mayor es la probabilidad de riesgo de desarrollar depresión. De acuerdo con lo reportado, bajos niveles de educación se relacionan con la ausencia de motivación, la creencia de que la realidad no podrá ser modificada o la sensación de que la asistencia a establecimientos educativos no generará cambios en las condiciones de vida, comprometiendo así los procesos de aprendizaje de las personas (Pérez y Urquijo, 2001).

3.e. Relación de las experiencias benevolentes tempranas con sintomatología depresiva.

El énfasis puesto en la promoción de cuidados positivos se ha relacionado con la disminución de los problemas de comportamiento, en conjunto con la proporción de mayores habilidades presentes en niños que se han visto expuestos a contextos de maltrato y/o violencia constante (Lieberman, Padrón, Van Horn y Harris, 2005). Frente a esta mirada, se vuelve fundamental, revelar los recursos que se enfocan internamente, como un sentido favorable de sí mismo, dado que cumplen funciones de promoción en medio de la adversidad infantil. Por ejemplo, una autoestima positiva predice directamente el funcionamiento adaptativo de los niños maltratados, representados en una mejor competencia conductual y académica durante los años escolares (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000). Cabe destacar que ambos estudios ilustran la relevancia de las relaciones interpersonales efectivas, junto con el desarrollo de un autoconcepto positivo como factores que promueven una mejor adaptación ante la adversidad.

Uno de los principales exponentes sobre el impacto positivo que genera el haber tenido un vínculo significativo dentro de la familia fue Chung y su equipo (2008), quienes fomentaron la concepción de las experiencias positivas tempranas (PICs), siendo un constructo que principalmente evalúa la presencia de 7 experiencias infantiles positivas medidas a nivel intrafamiliar. Asimismo, otros autores han aportado en esta línea, como, por ejemplo, lo indicado en un estudio de madres realizado por Lieberman, Padrón, Van Horn y Harris, (2005), en el cual los recuerdos positivos de cuidadores se presentaron como factores protectores contra los efectos adversos del maltrato infantil en la ocurrencia de TEPT, la psicopatología comórbida y la exposición al trauma de sus propios hijos (Narayan, Ippen, Harris y Lieberman, 2019). Además, esto es consistente con la evidencia demostrada por Spinazzola, van der Kolk y Ford, (2018), quienes confirmaron que los vínculos relacionales seguros con los cuidadores primarios están asociados con un riesgo reducido de psicopatología en la infancia y en la edad adulta.

Otro de los principales y más actuales referentes sobre la temática de las experiencias tempranas positivas fueron Narayan y colaboradores (2018), quienes describieron una lista de vivencias favorables ocurridas durante la infancia, las cuales abarcan la presencia de 10 experiencias infantiles benevolentes, incluyendo la percepción de 8 aspectos de seguridad proveniente del entorno y 2 situaciones en las que se percibieron vivencias de seguridad a nivel familiar. A partir de ahí se establecieron aspectos de seguridad, (tenía al menos un adulto que lo cuidara con el que se sentía seguro, tenía al menos un buen amigo o amiga), de apoyo

interpersonal (p. ej., un/a profesor/a que se preocupaba por el/ella, tenía buenos/as vecinos/as, tenía un adulto que le dieran apoyo o consejo), de cualidades de vida positivas y predecibles (p. ej., disfrutar de la escuela, comidas regulares, horarios fijos para acostarse y sentirse cómodo/a con usted mismo/a), de creencias que dieron consuelo (religiosas, espirituales, culturales, etc).

De forma específica, se ha demostrado que las experiencias benevolentes en la infancia pueden desempeñar un papel fundamental tanto en la adaptación posterior al contexto de la adversidad infantil, como también en el desarrollo de futuras experiencias sociales positivas y relaciones saludables (Narayan et al. 2018), por ende, las BCE tienen un tipo de relación protectora en el curso de psicopatología como por ejemplo con la presencia de la depresión en la edad adulta. En este sentido, se puede interpretar que las experiencias positivas son protectoras de la infancia, donde aquellas personas que hayan vivenciado una menor cantidad de adversidades tempranas provienen de un ambiente más seguro, lo cual se ve reflejado en una menor probabilidad de estar expuestos a situaciones de abuso o maltrato (Crandall et al., 2019; Narayan et al., 2018). En otros términos, los aportes que han dejado los estudios recientes también han encontrado que las experiencias positivas en la infancia se asocian a una mejor salud en los adultos en torno a los recursos concurrentes de la población adulta, como el apoyo social, familiar, comunitario y otras instituciones de relación directa (Bethell et al., 2019).

Respecto a la cantidad total reportada de BCE, es identificable el efecto acumulativo que tiene este tipo de experiencias, pues con más de cinco BCE se puede representar un nivel más robusto de fortaleza, a diferencia de tener menos BCE, lo cual, puede indicar un riesgo en sí mismo (Narayan et al., 2018). Entonces, un menor reporte de experiencias benevolentes puede implicar limitaciones en la promoción de los recursos y el acceso a experiencias infantiles positivas y, como resultado, pueden ser más susceptibles a los efectos nocivos de la adversidad de su infancia en su sintomatología.

Se debe destacar que este efecto no es lineal, dado que no todas las personas que hayan experimentado una o más ACE van a desarrollar depresión (Poole, Dobson & Pusch, 2017). La evidencia sugiere que una serie de experiencias favorables en la vida temprana tales como vínculos positivos con los cuidadores, crianza efectiva y relaciones positivas con maestros, compañeros y parientes pueden conferir protección, incluso en el contexto de la adversidad (Wright, Masten, & Narayan, 2013), por ende, dichas relaciones y comportamientos favorables, como ser abrazado o halagado con una figura de cuidado, se vinculan a niveles más bajos de depresión (Chung, et al. 2008).

A través de la relación entre las BCE y sintomatología depresiva, se ha determinado que existe un nivel de protección que se puede dar ante la posibilidad de desarrollar algún problema de salud mental. Así, en una investigación, los BCE más altos parecían ser beneficiosos para las mujeres con mayor adversidad infantil, lo que indicó que los BCE también son beneficiosos (Narayan et al., 2018), en contextos de riesgo. Igualmente, en otro estudio se encontró que las experiencias infantiles positivas, que fueron evaluadas más ampliamente que a través de la escala BCE de Narayan et al. (2018), tuvieron un efecto protector sobre los síntomas depresivos para las mujeres que habían sufrido abuso sexual en la infancia (Chung et al., 2008). A partir de lo recopilado, se ha confirmado que los niveles más altos de BCE tienen una asociación con niveles más bajos de problemas de salud mental y exposición al estrés en la edad adulta, incluso en personas con un nivel alto de ACE (Merrick et al. 2019).

Algunos de los estudios que han relacionado las experiencias positivas en la infancia con la sintomatología en la edad adulta, han encontrado que las experiencias positivas de apoyo social y emocional en las relaciones, junto con la demostración de afecto de los cuidadores primarios actúan como protectores de la sintomatología depresiva (Brinker & Cheruvu, 2017). En otras palabras, el desarrollo de un apego positivo, junto con los logros personales en la infancia son factores protectores que actúan en la reducción de problemas de salud mental en la adultez, como la depresión (Brietzke, et al., 2012). En suma, y considerando la evaluación preliminar de la escala de experiencias benevolentes tempranas se ha comprobado que sus puntuaciones totales se correlacionan negativamente con las medidas de experiencias infantiles adversas, estrés, depresión y estrés postraumático (Narayan et al., 2018).

A diferencia de lo que se viene estudiando respecto a la prevalencia de contar con una figura positiva a nivel familiar (Chung, et. al, 2008; Narayan et al., 2018), se ha podido otorgar un nuevo lugar al efecto que tiene el entorno extra familiar. De esta manera, en la actualidad se ha puesto el acento en los diferentes actores sociales y referentes externos que han tenido una influencia significativa en la historia del desarrollo de cada NNA. Específicamente, se han reconocido diversos recursos, que en su mayoría provienen desde lo externo a su propia personalidad, tales como el apoyo de figuras significativas que no son su familia directa o bien de comunidades unidas que funcionen adecuadamente (Luthar, 2006).

En este sentido, con la contribución que hicieron Vio y colaboradores (2022), mediante la estrategia de funcionamiento de los sistemas alternativos de cuidado residencial, cuyo trabajo va dirigido a niños y niñas que viven en una comunidad bajo la protección de personas externas que no forman parte de los miembros directos de sus familias. Se logró observar e identificar en estos casos, la presencia de recursos en estos niños/as, siendo un elemento clave para la superación favorable de los acontecimientos adversos, dado que se comprobaron mejores resultados en su desarrollo futuro (Vio et. al. 2022).

Con los aportes que han sido incluidos en el último tiempo sobre la efectividad que traen aquellas experiencias favorables ocurridas durante la infancia, se han constatado distintos puntos de unión sobre aquellas fuentes de interpretación caracterizadas por sostener que mientras más alto sea el número de experiencias positivas se van a informar un mejor vínculo con los indicadores de salud a nivel cognitivo, mental y social (Crandall et al., 2019). Lo anterior, se puede ver representado en el hecho de que a medida que las personas que obtuvieron puntajes de experiencias positivas en la infancia más altos significan que comenzaron en un nivel de referencia de salud adulta más elevado que sus pares, donde estos últimos recibieron puntajes de experiencias positivas a nivel promedio o bajo.

Por lo tanto, cuando hubo presencia de algún tipo de adversidad temprana, el grupo que presentó niveles más altos de experiencias positivas experimentó un cambio más significativo en la salud (Crandall et al., 2019). Esto es confirmado en un estudio previo en el cual se utilizó este marco, con el propósito de notificar que incluso niños y niñas que reportaron elevados niveles de ACE también experimentaron resultados positivos cuando informaron que habían contado con vivencias benévolas, tales como sentir que su familia los apoyaba en los momentos complicados y que tenían a alguien con quien hablar sobre los sentimientos difíciles (Sege et al., 2017; Crandall et al., 2019).

De esta manera, si bien se reconoce que las ACE provocan un daño inminente a la salud, también se da cabida al planteamiento de cómo la ausencia de experiencias favorables podría ser aún más perjudicial para la salud que la presencia de ACE (Crandall et al., 2019). Según lo

planteado por Sege y colaboradores (2017), dentro de las experiencias positivas claves se incluyen el desarrollo de habilidades en cuatro áreas principales, que corresponden a: relaciones de apoyo, entornos seguros y estables, habilidades sociales y emocionales e interacciones y conexiones sociales positivas. Asimismo, es particularmente importante para los niños/as cuyos padres o cuidadores principales conozcan las actividades e intereses de sus hijos, con la finalidad de que a los menores se les pueda transmitir una sensación de confianza a través de la cual logren hablar sobre temas importantes con sus padres y que a la vez los adultos cuidadores manejen su propio estrés relacionado con la crianza de los hijos (Sege et al., 2017).

Las capacidades dinámicas que brindan las relaciones cercanas para fomentar la historia del desarrollo y proteger a las personas y los grupos sociales frente a la adversidad ha llevado a concluir que las relaciones positivas tempranas son el factor de protección más decisivo para quienes se encuentran en una situación de riesgo (Sege et al., 2017 ; Merrick & Narayan, 2020), puesto a que mientras más protegido se sienta el/ la niño/a tendrá mayores recursos (Masten & Cicchetti, 2016; Poole, Dobson & Pusch, 2017; Crandall et al., 2019). Es así como estos hallazgos reflejan que los factores positivos o protectores tienen un efecto directo e independiente sobre los resultados de los factores de riesgo. Esto quiere decir que una vez que se aplica este modelo, se espera que las experiencias positivas protegerán contra los problemas de salud y promoverán el bienestar, a pesar de que las ACE tengan un efecto negativo en la salud de los adultos (Zimmerman, 2013).

Por último, es relevante precisar que marca una gran diferencia el haber vivido una experiencia protectora a temprana edad que proteja a cada NNA del impacto en la salud mental y bienestar personal ante la exposición de situaciones de adversidad. Así pues, mientras más protegido se sienta el niño/a, podrá desarrollar mayores recursos en un ambiente seguro en el que tiene menos probabilidad de ser víctima de abuso y/o maltrato (Merrick y Narayan, 2020). De esta manera es que surge la pertinencia de continuar promoviendo estas investigaciones desde el trabajo clínico para poder avanzar en intervenciones sobre los factores que pueden conferir protección en la temprana infancia a pesar de haber crecido en un entorno familiar y/o contextual disfuncional.

4. Objetivos

Objetivo general:

Describir y analizar la relación que tienen las experiencias adversas tempranas y las experiencias benevolentes tempranas con la sintomatología depresiva de adultos según su sexo.

Objetivos específicos:

1. Describir las experiencias adversas tempranas, experiencias benevolentes tempranas intra y extra familiares y la sintomatología depresiva.
2. Analizar la asociación entre las experiencias adversas tempranas y la sintomatología depresiva según el sexo.
3. Analizar la asociación entre las experiencias benevolentes intra y extra familiares y la sintomatología depresiva según el sexo.

5. Hipótesis o preguntas directrices

1. Se espera encontrar que a mayor cantidad de experiencias adversas tempranas se observará mayor sintomatología depresiva.
2. Se espera observar que las experiencias benevolentes intra y extra familiares se relacionan con menores puntajes en sintomatología depresiva en adultos.

6. Metodología

La metodología de esta investigación es de tipo cuantitativa, de diseño transversal no experimental, la cual permite el cálculo directo de la prevalencia de las Experiencias Adversas y Benevolentes en la Niñez en la población determinada, en un único periodo de tiempo y sin manipular ninguna variable. En el presente estudio considera los datos secundarios de la Primera Encuesta Nacional de Adversidad y Abuso sexual en la niñez (2020) del Centro CUIDA UC, que ha sido aprobado por el comité Comité Ético Científico de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades de la Pontificia Universidad Católica de Chile. De acuerdo con lo señalado se realiza un análisis mediante correlaciones de Spearman, que serán detallados en el apartado de modelo general de análisis de datos.

a) Participantes:

La Encuesta Piloto fue aplicada en una muestra efectiva de (N=2101) casos, compuesta por 1193 mujeres (57%) y 908 hombres (43%) entre los 18 a 65 años y pertenecientes a 13 regiones del país (excluyendo Tarapacá, Aysén y Magallanes). La elección de la muestra se hizo por medio de un muestreo probabilístico estratificado, en tres etapas de selección aleatoria. Cada encuestadora tuvo como objetivo aplicar seis encuestas en cada manzana seleccionada aleatoriamente, teniendo en consideración el siguiente protocolo: En cada manzana se seleccionaron aleatoriamente seis viviendas, con una distancia de dos puertas entre ellas. Luego se intentaron obtener las encuestas según las siguientes cuotas. La primera fue por sexo, dónde se buscó encuestar máximo 3 mujeres por manzana y mínimo de 2 hombres por manzana, dejando un caso libre. En cambio, la segunda cuota fue por edad, se les dio prioridad a personas de 18 a 35 años, y en particular, hombres. Cabe señalar que el trabajo en terreno fue realizado entre el 20 de diciembre de 2021 al 10 de febrero de 2022.

b) Procedimiento:

La Primera Encuesta Nacional de Adversidad y Abuso sexual en la niñez (CUIDA UC, 2020) fue aplicado sólo por encuestadoras mujeres de forma presencial en los hogares seleccionados, y con la utilización de tablets (Survey to go). También se utilizó una parte Auto-aplicada y privada por sus participantes en aquellas secciones consideradas sensibles (preguntas sobre abuso sexual y victimización sin contacto). Las encuestadoras fueron con carpetas de la Universidad, credencial del DESUC con fotografía y datos personales, e hicieron entrega de una carta de presentación del estudio, el consentimiento informado y un regalo institucional (llavero con semillas para huerto) como retribución de su participación. Se tomaron los resguardos de acuerdo con el contexto de pandemia y se usaron implementos de seguridad personal, y respetando las medidas de distanciamiento social. Se consideró como criterio ético que los ítems sensibles fueran auto-aplicados por los mismos participantes de forma privada.

c) Instrumentos de recolección de información:

La Encuesta Nacional de Adversidad y Abuso sexual en la niñez se compone de diferentes instrumentos de recolección de información. Para efectos de esta investigación se tienen en consideración los siguientes: el cuestionario sobre clasificación personal (sexo y nivel educativo), también los módulos de las Experiencias Adversas en la Niñez (ACEs), el de Abuso Sexual, el de Adversidades Tardías que considera el Cuestionario para la depresión (PHQ9) y el módulo de las Experiencias positivas en la Infancia a nivel intra y extra familiar (Ver Anexo A).

1. Clasificación personal

Las preguntas realizadas son de carácter demográficas relacionadas a la edad, sexo, nacionalidad, nivel de educación, situación laboral/ocupación y zona geográfica comunal, poniendo un especial énfasis en el sexo y nivel de educación.

2. Experiencias adversas en la niñez

El material se basa en el Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ) de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2018), el cual fue construido para medir las experiencias adversas en la niñez. Es una escala de 43 ítem y aborda 13 categorías en total, considerando las 10 categorías del cuestionario original (abuso físico, psicológico, y sexual, negligencia psicológica y física, violencia contra un miembro de la familia, enfermedad mental dentro de miembros del hogar, abuso de sustancias y encarcelamiento de éstos, separación parental, pérdida o divorcio) (Felitti et al., 1998, Dube, Anda, Felitti et al., 2001), más 2 categorías incorporadas a partir de las investigaciones de Filkerhor et al., (2012; 2015) (acoso escolar/bullying y violencia comunitaria) y 1 categoría nueva de violencia colectiva (WHO, 2018), referida a contextos de violencia política y conflictos armados. El ACE-IQ tiene validez concurrente y es un índice confiable y válido, con una consistencia interna de 0,80. Cabe destacar que se utiliza la versión que ha sido validada para población chilena a través del proyecto VRI “Adaptación y validación del Cuestionario Internacional de Experiencias Adversas en la Niñez (Adverse Childhood Experiences- International Questionnaire [ACE_IQ]). Para esta escala además se procedió a construir un índice del puntaje total de las experiencias adversas tempranas. Cada escala de experiencia adversa tiene un puntaje binario (Presencia/Ausencia) que es construido a partir de una recurrencia mínima de la experiencia. A partir de la suma de este puntaje binario se construye el índice total, siendo una sumatoria de todas las experiencias presentes.

3. Cuestionario auto aplicado de Abuso Sexual

El Cuestionario auto-aplicado se encuentra basado en el NIS-3 (Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect) (Sedlak, & Broadhurst, 1996; Stoltenborgh et al., 2011), a través del cual se clasifica el abuso en tres tipos según la transgresión sexual: con contacto físico y penetración/violación con contacto físico y sin penetración y sin contacto físico genital. A partir de este cuestionario se consideran un ítem correspondiente que coinciden con la categoría de abuso sexual del ACE-IQ. Así se tomó la edad como indicador de prevalencia de abuso sexual infantil (a menor de 18 años, por ofensor de 12 años o más), a partir de la pregunta: Alguna vez en su vida, ¿alguien lo(la) ha manoseado, toqueteado o besuqueado, bajo manipulación, engaño, sometimiento u obligación, y/o lo(la)forzó a Ud. a hacerlo? Esta variable fue considerada también en la sumatoria del puntaje total de las experiencias adversas tempranas.

4. Experiencias positivas en la infancia

El primer indicador refiere a los tipos de preguntas sobre fortalezas de la familia en la infancia (Childhood family strengths questions), propuesto por Hillis et al., (2010), que evalúa la presencia de 7 experiencias infantiles positivas a nivel intrafamiliar, vivenciadas durante los primeros 18 años de vida. Dentro de las cuales se consideran: los miembros de su familia se sentían cercanos entre ellos, su familia era una fuente de apoyo, los miembros de su familia se cuidaban entre ellos, Ud. sabía que en su familia había alguien que lo(a) cuidaba y protegía, había alguien en su familia que le ayudaba a Ud. a sentirse importante o especial, se sentía amado(a) y había alguien en su familia que le podía llevar al doctor o médico si es que Ud. lo necesitaba. El puntaje total de esta escala fue considerado como las experiencias benevolentes intrafamiliares.

El segundo cuestionario es sobre las Experiencias Benevolentes en la Niñez (Benevolent Childhood Experiences [BCEs]), fue desarrollado por Nayaran y colaboradores (2018). Las preguntas que forman parte de los ítems se enfocan en las experiencias de la infancia informadas retrospectivamente por los adultos antes de los 18 años, dentro de los que se encuentran los recursos extraídos de la familia y otras relaciones cercanas, aspectos de la identidad personal y una calidad de vida positiva durante la infancia (Narayan et al. 2018). Específicamente la escala de BCEs, evalúa la presencia de 10 experiencias infantiles favorables (tenía al menos un adulto que lo cuidara con el que se sentía seguro, tenía al menos un buen amigo o amiga, tenía creencias (religiosas, espirituales, culturales, etc.) que le dieran consuelo, le gustaba la escuela/colegio, tenía a lo menos una profesor/a que se preocupaba por el/ella, tenía buenos/as vecinos/as, tenía un adulto (aparte de sus padres, mencionados en la primera pregunta) que le dieran apoyo o consejo, tenía la oportunidad de divertirse, se sentía cómodo/a con usted mismo/a, tenía una rutina estable o predecible en casa, como comer con regularidad o tener una hora de ir dormir habitual). Los ítems marcados se suman para obtener una puntuación total de BCEs y cuenta con una consistencia interna de 0,82. Para este estudio se utiliza la versión validada para población chilena a través del proyecto VRI “Adaptación y validación del Cuestionario Internacional de Experiencias Adversas en la Niñez (Adverse Childhood Experiences- International Questionnaire [ACE_IQ]) y de la escala de Experiencias Benevolentes en la Niñez (Benevolent Childhood Experiences [BCEs]): Un estudio en la cohorte MAUCO. El puntaje total de esta escala fue considerado como las experiencias benevolentes extrafamiliares.

5. Cuestionario de Adversidades tardías

Se trabaja con el ítem de salud mental, específicamente con el cuestionario adaptado al español del Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (Kroenke et al., 2001). Éste es uno de los instrumentos que ha alcanzado mayor reconocimiento a nivel internacional debido a su capacidad para identificar la gravedad de los síntomas en personas que presentan un trastorno depresivo, mostrando un comportamiento psicométrico adecuado (Diez-Quevedo, Rangil, Sanchez-Planell, Kroenke & Spitzer, 2001). Este instrumento se mide con un autoinforme, el cual se compone de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-V) experimentados por los pacientes en las últimas 2 semanas previas a la entrevista. Las puntuaciones del PHQ-9 se califican con una escala Likert que incluye 0 (nunca), 1 (varios días), 2 (más de la mitad de los días) y 3 (casi todos los días), dónde el puntaje total va en un rango de 0 a 27. La gravedad de los síntomas puede organizarse en 4 categorías: 0-4 (mínimo), 5-9 (leve), 10-14 (moderado), 15-19 (moderado a grave), 20-27 (grave). Según el puntaje pueden ser clasificadas en: sin depresión aparente, leve, moderada, moderada severa o severa (Baader, Molina, Venezian, Rojas, Farías, Fierro-Freixenet, Backenstrass & Mundt, 2012). En una muestra chilena el instrumento alcanzó buenos niveles

de confiabilidad interna (0,84), siendo de fácil administración, buena aceptación y adecuada potencia para servir como herramienta de tamizaje para la detección del Trastorno Depresivo. Para este análisis la puntuación de corte usada fue de diez puntos (Baader, et. al, 2012), lo cual determina que cuando una persona tiene un puntaje sobre diez tiene presencia de sintomatología depresiva, a diferencia de un puntaje bajo el punto de corte que significa que no hay sintomatología depresiva. Esta escala puede ser categorizada de manera binaria (con sintomatología depresiva y sin sintomatología depresiva), por lo cuál se utilizó el punto de corte 10 (Baader, et. al, 2012) para realizar la categorización.

d) Procedimiento general de análisis de datos:

Como primer paso del análisis, se procedió a realizar una serie de análisis descriptivos de las variables. Posteriormente, se compararon las diferencias en experiencias adversas tempranas y experiencias benevolentes tempranas según el sexo de los participantes. Para todos estos casos se utilizó la prueba de Chi-Cuadrado. Del mismo modo, se procedió a identificar las diferencias en sintomatología depresiva según el sexo con la prueba de Chi-Cuadrado.

En un posterior análisis, se estimaron una serie de correlaciones de Spearman, donde se busca observar el grado de asociación del puntaje total de sintomatología depresiva, con los puntajes individuales y el total en ACEs. Para cumplir con los objetivos de la investigación, se procedió a dividir la base según el sexo de los participantes para estimar las correlaciones de Spearman previamente descritas. De este modo se procedió a describir los patrones diferenciales de las correlaciones según el sexo de los participantes. Además, se realizó una segunda correlación de Spearman para observar la asociación de la matriz entre las variables de experiencias benevolente intra y extra familiar y el total con la sintomatología depresiva.

7. Resultados

Los principales resultados se van a presentar de acuerdo con los objetivos específicos e hipótesis planteadas. Para comenzar, se describirán los datos sociodemográficos de sexo y nivel educativo, con sus respectivas frecuencias y porcentajes obtenidos en cada caso. Luego se mostrarán los estadísticos descriptivos de las medias, desviaciones estándar, mínimos y máximos de las ACEs, BCE intra y extra familiar y sintomatología depresiva. Seguido de ello, se presentarán los tipos reportados para las ACEs y BCEs según hombres y mujeres y de la muestra total. De esta manera, se dará paso al análisis de la presencia y ausencia de sintomatología depresiva según sexo y nivel educativo.

Consecutivamente, se procederá a trabajar con correlaciones de Spearman, dónde la primera correlación muestra las asociaciones encontradas entre cada una y el total de las ACEs y la sintomatología depresiva. De esta manera, con la segunda correlación se llevó a cabo para observar la asociación entre BCE total, intra y extra familiar y la sintomatología depresiva según la muestra total y el sexo.

1. Datos sociodemográficos

La muestra final consistió en un total de 2101 participantes que completaron el cuestionario ACE-IQ. En esta línea, se puede observar en la tabla 1, las frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas que fueron consideradas para el estudio. De acuerdo con esto, se evidencia que en su mayoría participaron 1193 (57%) mujeres y los hombres tuvieron una participación de 908 (43%). Ambos grupos pertenecen a la población adulta entre los 18 y 65 años. De acuerdo con el nivel educativo alcanzado se encontró que 1079 (51%) personas obtuvieron educación media, la educación básica fue recibida por 307 (15%) personas, un 278 (13%) de la muestra indicaron tener el nivel de profesional completo, luego 218 (10%) alcanzaron el nivel técnico completo, el nivel profesional incompleto lo reportaron 163 (7,8%), y los estudios de posgrado fueron reportados por 40 personas (2%). Cabe destacar, que hubo 12 (0,6%) sin Educación y 4 (0,2%) personas indicaron haber recibido educación diferencial.

Tabla 1

Frecuencia y porcentaje de las variables sociodemográficas según sexo y nivel educativo.

Variable	<i>f</i>	%
Sexo		
<i>Masculino</i>	908	43,22
<i>Femenino</i>	1193	56,78
Nivel educacional		
<i>Postgrado</i>	40	1,9
<i>Diferencial</i>	4	0,19
<i>Sin Educación</i>	12	0,57
<i>Básica</i>	307	14,61
<i>Media</i>	1079	51,36
<i>Técnico completo</i>	218	10,38
<i>Profesional incompleto</i>	163	7,76
<i>Profesional completo</i>	278	13,23

2. Estadísticos descriptivos

A partir de los estadísticos descriptivos se pueden contemplar las escalas de sintomatología depresiva, experiencias adversas tempranas y experiencias benevolentes a nivel intra y extra familiar. De estos datos, se demuestra con la Tabla 2 que en general las personas obtuvieron un promedio de 4,05 (DE = 2,60) en la escala de experiencias adversas tempranas, lo cual representa que la población tuvo aproximadamente cinco experiencias adversas tempranas. Además, en la escala de sintomatología depresiva se observó un promedio de 13,4 (DE = 5,13). Por otro lado, se encontró que en el total de las experiencias benevolentes tempranas se reportó un promedio de 13,19 (DE = 3,66). De forma similar, en la escala de experiencias benevolentes intra familiares se encontró un promedio de 6,52 (DE = 1,47) y en la escala de experiencias benevolentes extra familiares se observó un promedio de 8,64 (DE = 1,77).

Tabla 2.

Medias, desviaciones estándar, mínimos y máximos de las ACEs, BCE y sintomatología depresiva.

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
1. Experiencias Adversas Tempranas	4,05	2,60	0	13
2. Sintomatología Depresiva	13,40	5,13	0	27
3. Experiencias Benevolentes Tempranas	13,19	3,66	0	17
4. Experiencias Benevolentes Tempranas Extra Familiares	8,64	1,77	0	10
5. Experiencias Benevolentes Tempranas Intra Familiares	6,52	1,47	0	7

3. Tipos de experiencias adversas tempranas

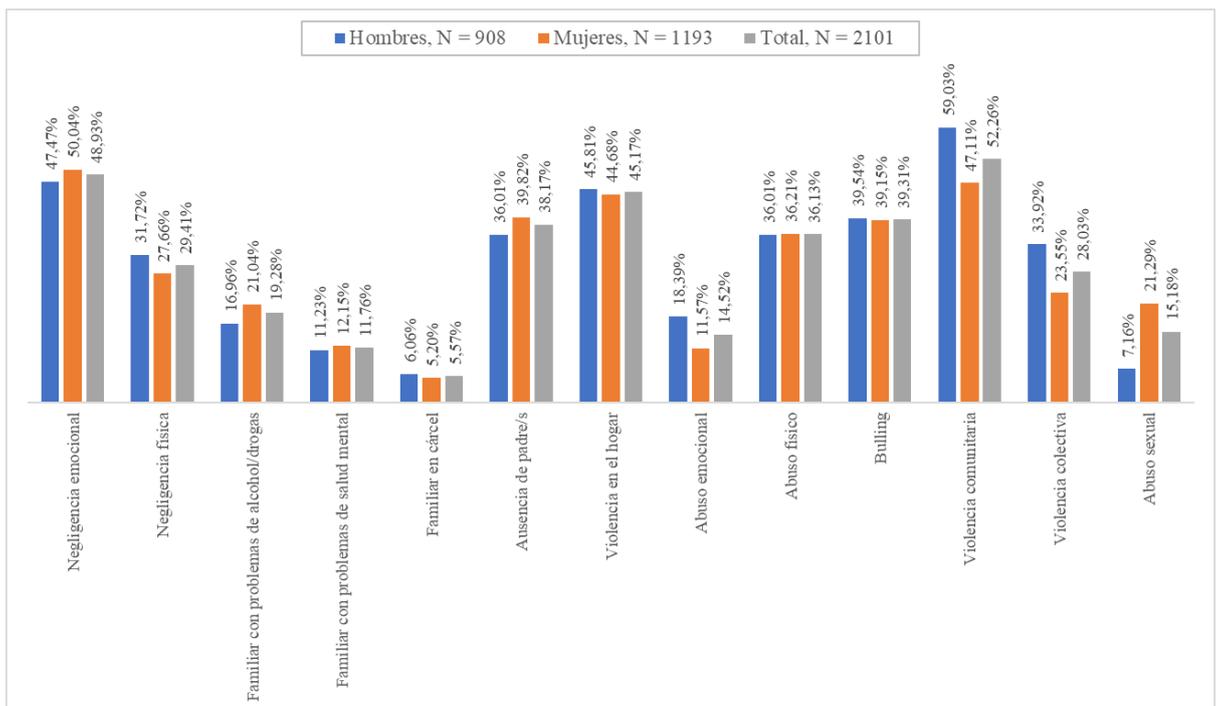
Tras realizar la comparación entre cada una de las ACE con sintomatología depresiva según sexo, se encontraron seis diferencias significativas. En primer lugar, con la negligencia emocional ($x^2 = 7.02$, $gl = 1$, $p = 0.008$) se halló que las mujeres tenían una mayor presencia en comparación a los hombres. Continuando en esta línea, se encontró que las mujeres han estado más expuestas a la presencia de un familiar con problemas de consumo de alcohol y drogas ($x^2 = 6.98$, $gl = 1$, $p = 0.008$), y a la vez se determinó mayores experiencias de abuso sexual en mujeres que en los hombres ($x^2 = 133.16$, $gl = 1$, $p < 0.001$). Por otro lado, con el abuso emocional, se halló que los hombres tuvieron más experiencias de este tipo ($x^2 = 7.67$, $gl = 1$, $p = 0.006$). Similar con violencia comunitaria, donde se encontró que los hombres habían experimentado más esta adversidad que las mujeres ($x^2 = 39.63$, $gl = 1$, $p < 0.001$), ocurriendo lo mismo en la violencia colectiva al ser mayor para los hombres que las mujeres ($x^2 = 33.81$, $gl = 1$, $p < 0.001$).

Dependiendo de la exposición a los tipos de experiencias adversas se pueden observar diferencias en la muestra según mujeres y hombres, lo cual queda representado en la figura 1. En primer lugar, los hombres reportan una mayor cantidad de vivencias adversas donde convivieron con un familiar encarcelado (6,1%), víctima de bullying (39,5%), violencia en el

hogar (45,8%), abuso emocional (18,4%), negligencia física (31,7%), violencia colectiva (33,9%) y violencia comunitaria (59,0%), siendo esta última la que refleja una mayor prevalencia. Por otro lado, las mujeres dan cuenta de más experiencias de negligencia emocional (50,0%), abuso físico (36,2%), convivir con un familiar con problemas alcohol y drogas (21,0%), convivir con familiar con problemas de salud mental (12,2%), ausencia/separación de padres (39,8%), y finalmente el abuso sexual (21,3%), el cual demuestra una mayor prevalencia.

Figura 1

Tipos de experiencias adversas tempranas en mujeres y hombres



4. Tipo de experiencias benevolentes tempranas según sexo

En referencia a los tipos de BCE se logra observar una gran ocurrencia de este tipo de experiencias favorables, que provienen tanto del nivel extra familiar como también intra familiar. De forma particular y según el tipo y cantidad de experiencias benevolentes se perciben diferencias en la muestra en mujeres y hombres. Respecto a los reportes de BCE intra familiar (figura 2) se encontró una mayor prevalencia de experiencias benevolentes en los hombres, teniendo un porcentaje de 26,0% cuando reportaba entre 0-2 BCE, y un 48,5% de presencia luego de haber experimentado 6-7, por otro lado, quienes reportaron entre 3-5 BCE más fueron las mujeres con un 17,4%. Con las BCE extra familiares (figura 3) se identificó una mayor presencia en mujeres cuando se reportaron 0-2 y 3-5 con un 3,3% y un 17,4% respectivamente. Además, en lo reportado entre 9-10 experiencias benevolentes estuvo más presente los hombres con un 65,0%. En síntesis, se puede estimar que hay un mayor reporte de BCE por parte de los hombres que las mujeres y que a medida que aumenta la cantidad de estas experiencias, también se incrementa su presencia.

En cuanto a los promedios de cantidad de experiencias benevolentes tempranas intrafamiliares (figura 2) se halló que el promedio de hombres es igual al promedio de mujeres según la prueba de rangos de wilcoxon ($p = 0.41$). Por otra parte, en cuanto a las diferencias de promedio de las experiencias benevolentes extrafamiliares (figura 3) se hallaron diferencias significativas ($p = 0.004$), donde los hombres reportan mayor cantidad de experiencias tempranas benevolentes que las mujeres.

Figura 2

Tipos de experiencias benevolentes tempranas intra familiares en mujeres y hombres

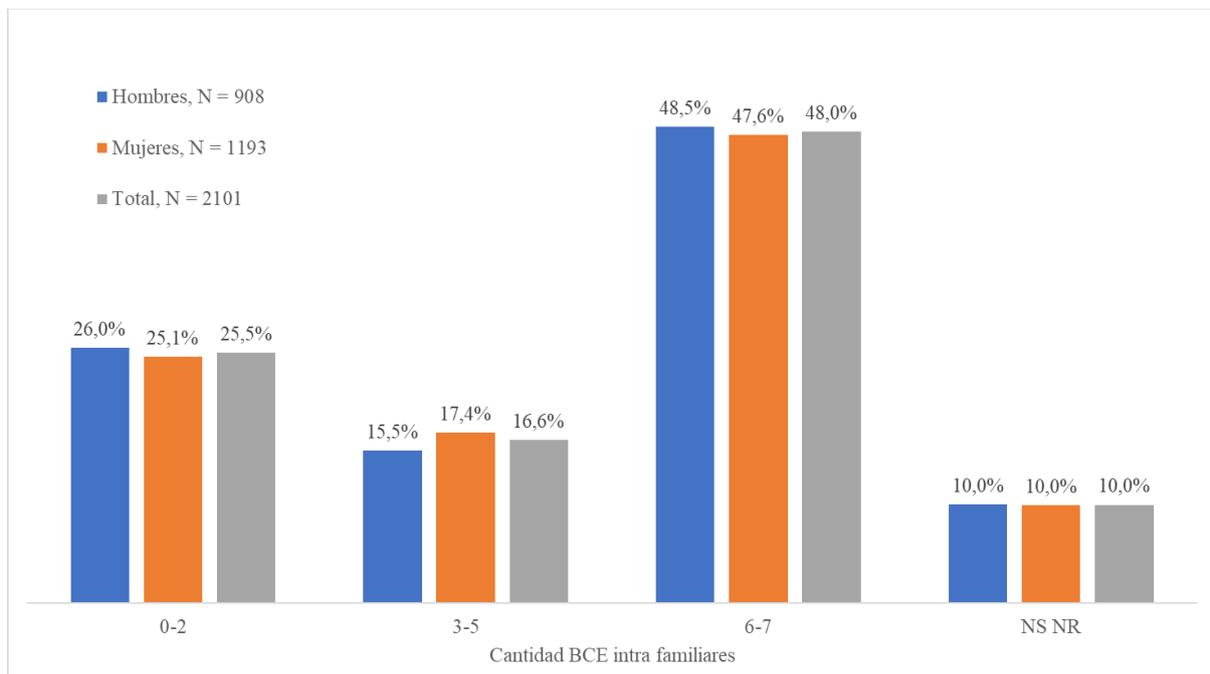
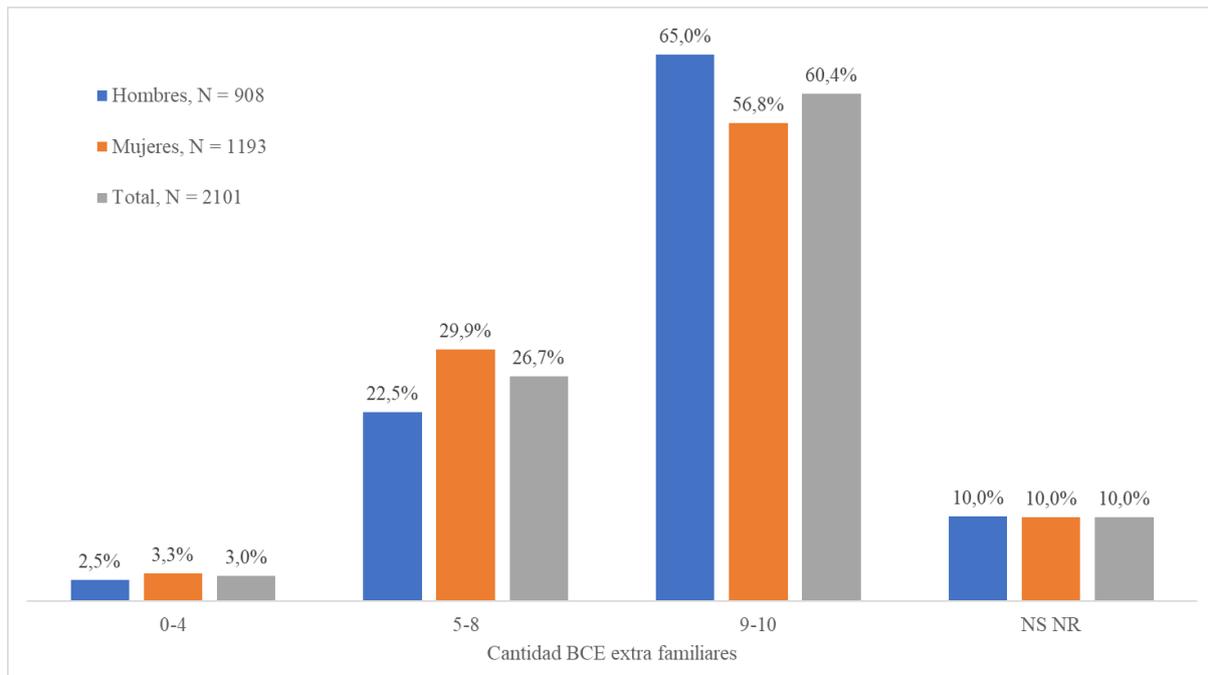


Figura 3

Tipos de experiencias benevolentes tempranas extra familiares en mujeres y hombres



5. Sintomatología depresiva según sexo y nivel educativo

Según la muestra total se encontró que en total 231 (11%) de los participantes presentaron sintomatología depresiva, a diferencia de los 1817 (86,5%) que no presentaban dichos síntomas. Igualmente, de estos resultados se evidenció que, con la inclusión de la variable de sexo, se presentaron niveles más altos de sintomatología depresiva en las mujeres con un reporte de 162 (13,6%), donde los hombres fueron quienes reportaron 69 (7,6%) con presencia de sintomatología depresiva ($\chi^2 = 31,6$; $gl = 2$, $p = <0,001$). En contraste con estos hallazgos y al tener en cuenta la misma variable se demuestra que 1002 (84,0%) de las mujeres entrevistadas no presentaban sintomatología depresiva y con ello 815 (89,8) de los hombres reportaron ausencia de los síntomas. Cabe señalar, que los casos de mujeres y hombres que no respondieron a esta pregunta fueron respectivamente 29 (2,4%) y 24 (2,6%).

Tabla 3

Cantidad y porcentaje de presencia y ausencia de síntomas depresivos según sexo

	Femenino		Masculino		X ²	gl	p
	f	%	f	%			
Con síntomas	162	13,6	69	7,6	18,85	2	<0,001
Sin síntomas	1002	84,0	815	89,8			
NS o NR	29	2,4	24	2,6			

Desde una nueva mirada que considera la variable de nivel educativo en aquellos casos que reportaron presencia y ausencia de sintomatología depresiva de la muestra total, se encontró que quienes reportaron menos casos con presencia de síntomas fueron la categoría de

sin educación con 2 (0,9%) y de posgrado con 1 (0,4%). Es importante destacar que sin síntomas en el primer caso fueron 9 (0,5%) y en el segundo corresponden a 39 (2,2%). Asimismo, tanto para el nivel técnico como también para profesional completo hubo 19 (8,2%) personas que indicaron sintomatología depresiva. En relación con las demás categorías, se determina que hay una mayor probabilidad en tener síntomas depresivos, a medida que se haya alcanzado un menor nivel educacional, por ejemplo, en el nivel básico tienen una ocurrencia 76,2% de presentar sintomatología depresiva, y en el nivel de media se estima un 55,9% con síntomas. En esta línea, también se encontró que la falta de término en los estudios representada en la categoría de profesionales con estudios incompletos conlleva a peores resultados para la depresión, dónde la muestra tiene una probabilidad de 8,7% de desarrollar depresión ($\chi^2 = 14,9$; $gl = 6$, $p = 0,02$).

En definitiva, se puede observar que a medida que hay mayor educación, como el grupo de personas que completaron estudios de posgrado, técnico y profesional completo, los niveles de depresión son más bajos, por ende, mientras más altos sea el nivel educativo logrado, dicho resultado puede actuar como un factor protector frente a la sintomatología depresiva.

Tabla 4

Cantidad y porcentaje de la presencia y ausencia de síntomas depresivos de acuerdo con el nivel educativo

	Con síntomas		Sin síntomas		X^2	gl	p
	f	Porcentaje	f	Porcentaje			
Sin educación	2	0,9%	9	0,5%	14,9	6	0,02
Básica	41	17,8%	257	14,2%			
Media	129	55,9%	922	50,9%			
Técnica	19	8,2%	193	10,7%			
Profesional incompleta	20	8,7%	139	7,7%			
Profesional completa	19	8,2%	254	14,0%			
Postgrado	1	0,4%	39	2,2%			

5. Correlación entre experiencias adversas tempranas y sintomatología depresiva

La correlación entre cada una de las experiencias adversas tempranas y la sintomatología depresiva reportada por el total de las personas que fueron encuestadas son significativas, dando cuenta de la asociación entre ambas variables. De esta manera, se demostró con la muestra total que cuando se han tenido mayores experiencias adversas tempranas hay una tendencia a reportar mayores niveles de sintomatología depresiva ($Rho = 0,35$, $p < 0,001$). Según el sexo en la correlación entre las experiencias adversas y sintomatología depresiva se encontraron diferencias significativas tanto para las mujeres (Rho

= 0,40, $p < 0,001$) como también para hombres ($Rho = 0,30$, $p < 0,001$). Por lo cual, se encontró que existe una correlación positiva, moderada y significativa, lo cual implica que a mayor cantidad de ACEs reportadas habrá mayor cantidad de síntomas depresivos (Tabla 5).

De forma específica, se puede destacar que se obtuvieron en la muestra total correlaciones significativas entre cada una de las ACEs con la sintomatología depresiva, por ende, se interpreta que a mayor puntaje de ACE hay mayor presencia de sintomatología depresiva. A través de estos hallazgos se identifica que las adversidades con una magnitud más robusta fueron la violencia en el hogar ($Rho = 0,28$, $p < 0,001$), abuso emocional ($Rho = 0,28$, $p < 0,001$), abuso sexual ($Rho = 0,28$, $p < 0,001$), víctima de bullying ($Rho = 0,25$, $p < 0,001$), violencia comunitaria ($Rho = 0,22$, $p < 0,001$) y negligencia emocional ($Rho = 0,21$, $p < 0,001$).

De acuerdo con el sexo, se encontraron correlaciones positivas entre cada una de las ACEs con la sintomatología depresiva, lo cual significa que a mayor puntaje de ACE hay mayor sintomatología depresiva. Además, entre los resultados con mayor efecto en las mujeres están abuso emocional ($Rho = 0,33$, $p < 0,001$), violencia en el hogar ($Rho = 0,32$, $p < 0,001$), abuso sexual ($Rho = 0,29$, $p < 0,001$), víctima de bullying ($Rho = 0,28$, $p < 0,001$), violencia comunitaria ($Rho = 0,26$, $p < 0,001$) y abuso físico ($Rho = 0,24$, $p < 0,001$). En el caso de los hombres los hallazgos más robustos fueron violencia colectiva ($Rho = 0,25$, $p < 0,001$), abuso emocional ($Rho = 0,23$, $p < 0,001$), violencia en el hogar ($Rho = 0,23$, $p < 0,001$), víctima de bullying ($Rho = 0,22$, $p < 0,001$) y violencia comunitaria ($Rho = 0,21$, $p < 0,001$).

Tabla 5*Correlación entre los tipos de ACE y sintomatología depresiva según la muestra total y sexo*

ACE	Correlación		
	Muestra Total	Correlación Mujeres	Correlación Hombres
	<i>Rho</i>	<i>Rho</i>	<i>Rho</i>
Negligencia emocional	0,21	0,22	0,19
Negligencia física	0,09	0,09	0,09
Familiar con problemas de alcohol/drogas	0,15	0,18	0,09
Familiar con problemas de salud mental	0,19	0,20	0,16
Familiar en cárcel	0,08	0,10	0,06
Ausencia de padres	0,08	0,09	0,05
Violencia en el hogar	0,28	0,32	0,23
Abuso emocional	0,28	0,33	0,23
Abuso físico	0,20	0,24	0,16
Bullying	0,25	0,28	0,22
Violencia comunitaria	0,22	0,26	0,21
Violencia colectiva	0,20	0,21	0,25
Abuso sexual	0,28	0,29	0,17
ACEs en conjunto	0,35	0,40	0,30

Nota. La tabla indica los coeficientes de correlación de Spearman y la significancia. Todas las correlaciones reportadas de la muestra total son significativamente estadísticas con un p valor menor que 0.001

6. Correlación entre experiencias benevolentes tempranas intra y extra familiar y sintomatología depresiva

Para comenzar, se obtuvo que la correlación entre las experiencias benevolentes tempranas a nivel intrafamiliar y la sintomatología depresiva reportada son significativas y negativas. Esto revela que mientras mayor sea la presencia de experiencias benevolentes intra familiares, más bajo será el puntaje de la sintomatología depresiva ($Rho = -0,29$, $p < 0,001$). De este modo, existe una correlación negativa, baja y significativa, por ende, haber vivido menores experiencias benevolentes en la infancia a nivel intra familiar se asocia con mayor puntaje de sintomatología depresiva en el presente.

Similar al hallazgo anterior, en este segundo análisis se encontró una correlación significativa entre las experiencias benevolentes tempranas a nivel extra familiar y la sintomatología depresiva reportada. Así se observó que a mayores experiencias benevolentes a nivel extra familiar va a existir una menor presencia de sintomatología depresiva ($Rho = -0,31$, $p < 0,001$). Lo anterior determina la existencia de una correlación, negativa, baja y significativa entre las experiencias benevolentes extra familiares y la sintomatología depresiva.

Además, se realizó la correlación entre las experiencias benevolentes tempranas totales, que considera tanto las intra como extra familiares y la cantidad de sintomatología depresiva reportada, lo cual dio un resultado significativo. De esta manera, los resultados arrojan que a mayores experiencias positivas tanto a nivel intra como extra familiar se observó una menor presencia de sintomatología depresiva ($Rho = -0,33$, $p < 0,001$). Este hallazgo refleja que existe una correlación negativa, baja y significativa entre las experiencias benevolentes tempranas y la sintomatología depresiva. Cabe destacar que esta correlación es más fuerte que las demás, por lo que la presencia de ambas experiencias benevolentes a nivel intra y extra familiar podrían tener un efecto más beneficioso y a la vez más significativo en la asociación de la sintomatología depresiva.

En último lugar, al comparar las magnitudes de las correlaciones de BCE tanto intra familiares como extra familiares y totales según el sexo, se alcanza a observar que las mujeres tienen una asociación más fuerte de experiencias benevolentes con la sintomatología depresiva que los hombres. Esto indicaría que el efecto de las experiencias benevolentes en mujeres tiene un impacto más grande sobre la aparición de sintomatología depresiva que en el caso de los hombres.

Tabla 6

Correlación entre las BCE total, intra, extra familiar y la sintomatología depresiva en la muestra total

	1	2	3	4
1. Experiencias Benevolentes Tempranas Intra Familiares	1			
2. Experiencias Benevolentes Tempranas Extra Familiares	0,59	1		
3. Experiencias Benevolentes Tempranas Totales	0,85	0,91	1	
4. Sintomatología Depresiva	-0,29	-0,31	-0,33	1

Nota. Todas las correlaciones reportadas son significativamente estadísticas con un p valor menor que 0.001

Tabla 7*Correlación entre las BCE total, intra, extra familiar y la sintomatología depresiva en mujeres*

	1	2	3	4
1. Experiencias Benevolentes Tempranas Intra Familiares	1			
2. Experiencias Benevolentes Tempranas Extra Familiares	0,59	1		
3. Experiencias Benevolentes Tempranas	0,85	0,91	1	
4. Sintomatología Depresiva	-0,33	-0,34	-0,36	1

Nota. Todas las correlaciones reportadas son significativamente estadísticas con un p valor menor que 0.001

Tabla 8*Correlación entre las BCE total, intra, extra familiar y la sintomatología depresiva en hombres*

	1	2	3	4
1. Experiencias Benevolentes Tempranas Intra Familiares	1			
2. Experiencias Benevolentes Tempranas Extra Familiares	0,58	1		
3. Experiencias Benevolentes Tempranas	0,85	0,90	1	
4. Sintomatología Depresiva	-0,24	-0,25	-0,28	1

Nota. Todas las correlaciones reportadas son significativamente estadísticas con un p valor menor que 0.001

8. Conclusiones y discusión

Para la investigación se planteó como objetivo general describir y analizar la relación que tienen las experiencias adversas tempranas y las experiencias benevolentes tempranas con la sintomatología depresiva de adultos según su sexo. En relación con los datos sociodemográficos, se encontró una mayor participación de mujeres en comparación a los hombres, siendo las primeras quienes reportaron un mayor número de experiencias adversas tempranas al igual que presencia de sintomatología depresiva. En cuanto al nivel educativo si bien hubo una distribución representativa de la muestra, puesto a que se incluyeron grupos con distintos niveles educativos alcanzados, se encontró en el total de la muestra una mayor presencia de personas que llegaron al nivel de enseñanza media, básica y profesional completa, por ende, hubo un menor reporte para los niveles sin educación, técnicos y profesionales incompletos.

En una primera instancia, se buscó analizar de acuerdo con el sexo la prevalencia de las 10 categorías del cuestionario original más las 3 ACEs ampliadas (WHO, 2018) que corresponden a las adversidades de violencia comunitaria y víctima de bullying, consideradas por Finkelhor et al., (2012, 2015), incorporando una tercera categoría de violencia colectiva. En esta línea, con la contribución hecha mediante los aportes realizados por Lacey et al., (2020), se confirma con el presente estudio que se evidencian diferencias según el sexo al revisar el reporte individual entre cada una de las ACEs. Así, se pueden observar diferencias por separado en la muestra entre mujeres y hombres, pues la experiencia más reportada por los hombres es la violencia comunitaria (59,0%), seguida por ser testigo de violencia en el hogar (45,8%) y haber sido víctima de bullying (39,5%). Por consiguiente, la violencia comunitaria es más frecuente en los hombres, lo cual se puede corroborar con la primera Encuesta Nacional de Polivictimización en NNA chilenos (2017), pues se destaca una alta prevalencia en esta población, dada la exposición a la violencia en la comunidad, cuyas características del contexto socio cultural en el que se desarrolla estaría marcado por una importante carga de violencia desde temprana edad. Por otro lado, las mujeres dan cuenta de más experiencias de negligencia emocional (50,0%), luego se encuentra la ausencia /separación de padres (39,8%), y con un mayor porcentaje de prevalencia el abuso sexual (21,3%). Esta elevada presencia de abuso sexual concuerda con el estudio de Lacey et al., (2020), a partir del cual dio a conocer dentro de las diferencias que arrojan los reportes individuales por cada una de las experiencias adversas, el abuso sexual suele ser más reportado por mujeres que hombres.

Por otro lado, con el término de experiencias benevolentes tempranas (BCEs) propuesto por Narayan, et. al, (2018), se consideraron los aportes otorgados por las experiencias benévolas ocurridas durante la infancia tanto con las relaciones interpersonales a nivel intra y extra familiar. Este rol positivo apunta especialmente a cómo la presencia de las BCE tiene un efecto protector de la infancia y conlleva a un mejor bienestar en la adultez ante problemas de salud mental (Crandall et. al, 2019). Se observa que un número más alto de experiencias positivas en la niñez se asocian con reducciones progresivas en los problemas a largo plazo asociados a la depresión, y con ello protegen contra otras dificultades que surgen tras la vivencia de una adversidad temprana.

Ahora bien, en relación con la cantidad total de BCE, es identificable el efecto acumulativo que tiene este tipo de experiencias, pues a medida que aumenta su frecuencia se puede representar un nivel más robusto de fortaleza (Narayan et al., 2018). Por ejemplo, si se analiza la prevalencia de las BCE, se puede concluir que existe un importante reconocimiento de estas vivencias positivas por parte de la muestra, lo cual se va incrementando a medida que aumenta su cantidad, puesto a que hay mayor preponderancia en quienes reportaron entre 6-7

BCE intra y extra familiar. En cuanto a los resultados hallados, se puede inferir que dependiendo del tipo de experiencia benevolente se observan diferencias en la muestra según mujeres y hombres. En este sentido, según los reportes hubo evidencia de una mayor prevalencia de experiencias benevolentes extra familiares, pues se hallaron diferencias significativas, donde los hombres reportaron mayor cantidad de BCE extra familiares que las mujeres. Esto fue distinto para los promedios obtenidos en la cantidad de experiencias benevolentes tempranas intrafamiliares, pues en este caso se encontró que el promedio de hombres es igual al promedio de mujeres.

Continuando en esta línea, se evidenció que de la muestra total (2101), un 11% presentaron sintomatología depresiva, siendo un 86,5% de los encuestados que reportaron sin síntomas. De forma particular, con la variable de sexo, hubo niveles más altos en las mujeres con un reporte de 13,6% con síntomas de depresión, a diferencia de los hombres quienes tuvieron un 7,6% de presencia en la sintomatología depresiva. Lo anterior, refuerza que la depresión tiende a aparecer con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres, lo cual explica cómo a nivel nacional existe una mayor prevalencia en el primer grupo (Cassano & Fava, 2002). Ante esta perspectiva, es importante precisar, que esta diferencia afecta principalmente a mujeres de menores ingresos (ELSOC, 2018) y que en consecuencia han tenido una menor posibilidad de acceder al sistema educacional.

En torno, a la variable del nivel educativo, se encontró que mientras más altos sea el nivel educativo logrado, dicho resultado puede actuar como un factor protector frente a la sintomatología depresiva; por ejemplo, las personas que indicaron la categoría de nivel técnico y profesional completo, dónde en ambos casos hubo un 8,2% de presentar sintomatología depresiva. De forma contraria, quienes señalaron la categoría de profesionales con estudios incompletos tuvieron peores resultados para la depresión con un 8,7%. Similar ocurrió con los menores niveles educacionales alcanzados, por ejemplo, en el nivel básico se tuvo una ocurrencia de 76,2% de sintomatología depresiva y en la educación media tuvieron un 55,9% probabilidad de tener síntomas depresivos. Por consiguiente, en este aspecto se puede deducir que a medida que se alcance un mayor nivel educativo se va a contar con un factor protector para enfrentar distintas problemáticas asociadas a la depresión. Estos resultados también se pueden homologar al nivel socioeconómico encontrado, dónde aquellos que tuvieron puntajes más altos de experiencias positivas tempranas tenían un estatus socioeconómico ligeramente más alto y con ello un acceso a un mejor sistema educativo en comparación a sus contrapartes que tenían un nivel socioeconómico medio o bajo, contando a la vez con menos posibilidades de continuación y finalización en los estudios superiores (Segura et., 2015).

Con el análisis realizado en la relación entre la muestra total de las experiencias adversas tempranas y la sintomatología depresiva, se encontraron correlaciones positivas, moderadas y significativas. Es decir, las personas con mayor cantidad de experiencias adversas tempranas reportan mayor cantidad de sintomatología depresiva. Esto ha sido verificado con la evidencia reunida por distintos exponentes que describen a las ACE como un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión, existiendo una correlación entre el número de categorías de experiencias adversas tempranas y el estado de ánimo (Felitti et al., 1998; Salvo, 2014; Liu, 2017).

De acuerdo con el sexo, se determinó que las mujeres presentan un nivel más alto de ACE en comparación a los hombres y a la muestra total, por ende, se puede evidenciar que este grupo ha reportado más experiencias adversas y con ello demuestra una mayor influencia de la adversidad a temprana edad. En cuanto a las magnitudes de la correlación entre las ACE y sintomatología depresiva según sexo se dieron cuenta de algunas diferencias dónde para los

hombres las adversidades más reportadas fueron la violencia colectiva, abuso emocional y violencia en el hogar. Por otro lado, las mujeres dan cuenta de más experiencias de negligencia emocional, violencia en el hogar y abuso sexual. Es así, como las mujeres obtuvieron una mayor magnitud del abuso sexual que en los hombres. Cabe señalar, que también se determinaron diferencias significativas en familiar con problemas de alcohol y drogas, teniendo mayor presencia en mujeres que en hombres y en violencia comunitaria, siendo los hombres quienes reciben más violencia comunitaria que las mujeres. Además, se encontraron similitudes en torno a las magnitudes obtenidas, por ejemplo, se halló que las ACE de abuso emocional y violencia en el hogar son las más frecuentes, y con ello están presentes tanto para hombres como para mujeres, lo cual puede implicar que estas adversidades son reconocidas frecuentemente en ambos sexos.

Cuando se consideró la asociación entre las experiencias benevolentes tempranas a nivel intrafamiliar y la cantidad de sintomatología depresiva reportada se obtuvo una correlación negativa, baja y significativa. Esto revela que existe menos presencia de experiencias benevolentes a nivel intra familiar mientras más alto sea el puntaje de sintomatología depresiva. En la segunda relación entre las experiencias benevolentes tempranas a nivel extra familiar y la cantidad de sintomatología depresiva, se halló una correlación negativa, moderada y significativa entre las experiencias benevolentes extra familiares y la sintomatología depresiva. Una manera de comprender desde los aportes teóricos este punto, es que ante eventos adversos los vínculos afectivos se convierten en un núcleo protector, especialmente para la temprana infancia, en cuya etapa adquiere importancia para niños/as las relaciones cercanas con adultos competentes y prosociales (Kosterman et. al 201; Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). De ahí la relevancia de este hallazgo, pues da cabida a la idea de dar continuidad y fortalecer la ocurrencia de las experiencias infantiles benévolas. Esto porque predicen un funcionamiento positivo, siendo su presencia a temprana edad necesaria para proteger de los problemas de salud mental.

De lo señalado previamente, se puede interpretar que a mayor cantidad de experiencias benevolentes a nivel intra y extra familiar va a existir una menor presencia de sintomatología depresiva. Por último, con la suma de las experiencias benevolentes tempranas totales y la cantidad de sintomatología depresiva reportada se observan correlaciones negativas, moderadas y significativas. Así, los resultados arrojan que a mayores experiencias benevolentes se encuentra una menor presencia de sintomatología depresiva. Esta correlación es más grande que si se estudian por separado, por lo que la presencia de las experiencias benevolentes totales se encontraría más asociadas a niveles bajos de depresión que cuando se presentan al mismo tiempo.

Una vez que se comparan los resultados según sexo en la asociación entre las BCE con sintomatología depresiva, se encontró que entre las experiencias benevolentes intra familiares y sintomatología depresiva hay algunas diferencias de magnitudes que se deben remarcar. En las BCE extra familiar, intra familiar y total se encontraron que para los hombres las BCE tienen un efecto más grande, por ende, los hombres en general han recibido más BCE que las mujeres. En el caso de las mujeres, presentaron una mayor magnitud de BCE, implicando que existe una mejor relación con sintomatología depresiva que los hombres. Por ende, si bien se encontró que los hombres presentan una relación significativa entre las BCE y la sintomatología depresiva, estas no alcanzan a ser tan fuertes como las observadas en las mujeres. En definitiva, las BCE pueden llegar a ser beneficiosas para todas las mujeres, incluyendo a aquellas que han estado más expuestas a las adversidades en la infancia, lo que indica que los BCE también son beneficiosos en contextos de adversidad y riesgo.

El impacto positivo que generan la presencia de las BCE, para el desarrollo de cada NNA, se determina con el hecho de reconocer que se tiene el apoyo de figuras significativas que provienen de su familia directa o bien de otros actores sociales (Luthar, 2006). Específicamente, se comparte la idea propuesta por Vio y colaboradores (2022), quienes con su intervención promovieron los recursos y factores positivos en la crianza de niños/as, demostrando mejoras significativas en la asistencia escolar y una reducción considerable de la violencia reportada. Estos hallazgos sugieren que el obtener niveles más altos de BCE conlleva a una compensación ante los efectos de maltrato infantil y disfunción familiar. A la vez, cuando se alcanzan una menor cantidad de BCE totales durante la infancia, puede indicar un riesgo que conlleva al desarrollo de psicopatología. Dado que estos grupos pueden verse limitados en recursos y experiencias infantiles positivas y en consecuencia pueden ser más susceptibles a los efectos nocivos de la adversidad de su infancia en su sintomatología.

Para finalizar, emerge de manera crítica la evidencia teórica, junto con los resultados encontrados en la presente investigación, puesto a que aún continúa siendo punto de debate el determinante del sexo. Es fundamental dejar en claro que la probabilidad de presentar sintomatología depresiva tras haber experimentado algún tipo de ACEs tiene un efecto similar tanto para mujeres como hombres, por ende, a pesar de que en los resultados haya una diferencia en el reporte de las ACEs según sexo, este no alcanza a ser determinante en su reconocimiento.

Se puede concluir que las experiencias benevolentes tempranas tienen un efecto positivo en la salud de los adultos que han reportado ACEs en la población general. Este efecto acumulativo incluso ha mostrado que la ausencia de BCE puede ser aún más perjudicial para la salud tanto física como mental a lo largo de la vida, a diferencia de la presencia de ACEs. Por lo tanto, los programas centrados en las experiencias de la infancia deben trabajar en conjunto con las familias para aumentar las experiencias benevolentes, como el apego entre padres e hijos o las rutinas domésticas. Asimismo, se espera que en base a los resultados se pueda trabajar en la promoción de un enfoque de atención en salud que contribuya a potenciar las experiencias infantiles positivas y así propiciar las mejores condiciones para promover una mejor salud mental para la edad adulta.

9. Implicancias y limitaciones:

A pesar de que el presente estudio da cuenta de importantes resultados para continuar investigando sobre el impacto de las ACEs y BCEs en una de las problemáticas de salud mental más prevalentes como lo es la depresión en el contexto chileno. Sin embargo, aún quedan ciertas limitaciones importantes a tener en consideración para continuar avanzando en esta área de investigación. Para comenzar, el uso del cuestionario ACE-IQ en su versión adaptada con 13 categorías en lugar del cuestionario original de 10 categorías, dio paso a una limitación, debido que se trabajó con resultados pioneros a nivel nacional, por ende, no se contaba con otra referencia para compararlo. Lo realizado en la investigación sólo se centra en la asociación de la sintomatología depresiva en cada uno de los tipos de ACE y BCE, dejando espacio limitado para dar cuenta de otros análisis como, por ejemplo, otros modelos de causalidad para examinar el rol mediador en este análisis. Es así como también hace falta en el plano nacional llevar a cabo estudios actualizados sobre la moderación de las experiencias benevolentes, con el objetivo de conocer en profundidad los mecanismos de acción que tienen las BCE respecto a la relación entre las ACE y sintomatología depresiva.

Similar a esto, otra limitación acorde con el cuestionario aplicado tiene que ver con que las preguntas sobre ACE y BCE piden a los encuestados informar sobre eventos ocurridos en la infancia, dónde dichos informes retrospectivos pueden dar lugar a un sesgo de recuerdo. Asimismo, las preguntas de la encuesta sólo consideraron la presencia o ausencia de las variables, por lo cual, no lograban captar la complejidad y diversidad de las experiencias de adversidad y benevolencia de la infancia, tales como la medición de la gravedad o la frecuencia de estas experiencias infantiles.

Por último, desde la psicología clínica tiene la responsabilidad de proteger a los NNA cuando se sospecha de maltrato infantil. Por ende, la detección y prevención temprana del maltrato y/o abuso infantil es esencial para minimizar los posibles efectos psicológicos y desreguladores a largo plazo. Ante esto, se espera que se puedan continuar realizando otras investigaciones en el área y que sean representativas de la realidad nacional chilena, para abordar la predominancia que tiene la asociación entre las ACEs y también las BCE en problemáticas de salud mental, como la depresión. Si bien hasta el momento se ha contado con una gran cantidad de evidencia sobre el impacto de las experiencias adversas en la infancia, aún queda un amplio margen para continuar profundizando en los factores benevolentes, los cuáles son cruciales de promover en la temprana infancia, especialmente desde el área de la salud mental, y a través del cual se puede trabajar en intervenciones que busquen prevenir la ocurrencia de los distintos tipos de ACEs. Uno de los propósitos en base a estos resultados es poder ir progresando, con el fin de ser un aporte en materia de investigación, para trabajar en la prevención de la exposición a experiencias adversas en la niñez, y en la promoción de las experiencias benevolentes a temprana edad.

10. Referencias:

- Adams, J., Mrug, S. & Knight, D. (2018). Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 86,167-177.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Giles, W. H. (2005). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. doi:10.1007/s00406-005-0624-4
- Appleyard, K., Egeland, B., van Dulmen, M. H., & Sroufe, L. A. (2005). When more is not better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 235–245. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00351.x>.
- Baader M., Molina F., Venezian B. , Rojas C., Farías S., Fierro-Freixenet, C., Backenstrass, M., & Mundt, C. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 50(1), 10-22. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272012000100002>
- Barker, D. J. P. (1998). *Mothers, babies, and health in later life* (2da Ed.). Edinburgh, Reino Unido: Churchill Livingstone.
- Bellis, M. A., Lowey, H., Leckenby, N., Hughes, K., & Harrison, D. (2013). Adverse childhood experiences: retrospective study to determine their impact on adult health behaviours and health outcomes in a UK population. *Journal of Public Health*, 36(1), 81–91. doi:10.1093/pubmed/fdt038
- Bethell, C. D., Carle, A., Hudziak, J., Gombojav, N., Powers, K., Wade, R., ... Braveman, P. (2017). Methods to assess adverse childhood experiences of children and families: Toward approaches to promote child well-being in policy and practice. *Academic Pediatrics*, 17(7), S51–S69.
- Borghero, F., Martínez, V., Zitko, P., Vöhringer, P., Cavada, G., Rojas, G., (2018). Tamizaje de episodio depresivo en adolescentes. Validación del instrumento PHQ-9. *Rev. méd. Chile*, 146(4), 479-486.
- Brietzke, E., Kauer-Sant'anna M., Jackowski, A., Grassi-Oliveira, R., Bucker, J., Zugman, A., Barbachan R., Affonseca, R. (2012). Impact of childhood stress on psychopathology. *Rev Bras Psiquiatr*, 34, 480-488
- Brinker, J., & Cheruvu, V. (2017). Social emotional support as a protective factors against current depression among individuals with adverse childhood experiences. *Journal of Preventive Medicine Reports*, 5, 127-133.
- Cánepa, E. (2016). Recuerdos de la infancia. Las experiencias tempranas y la epigenética. *Química Viva*, 15 (1), pp. 13-19.

- Cassano, P., & Fava, M. (2002). Depression and public health: An overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 849-857.
- Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social (COES), (2018). Resultados Primera Ola, Estudio Longitudinal Social de Chile (ELSOC). Módulo 6: Salud y bienestar. Salud Mental en el Chile de hoy. Notas. COES de Política Pública N°15. ISSN: 0719-8795. Santiago, Chile: COES.
- Centro de Políticas Públicas UC. (2020). Encuesta Nacional Bicentenario UC. <https://www.ciperchile.cl/wp-content/uploads/Encuesta-Bicentenario-2020-FINAL.pdf>.
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 217–225.
- Chung, E. K., Mathew, L., Elo, I. T., Coyne, J. C., & Culhane, J. F. (2008). Depressive symptoms in disadvantaged women receiving prenatal care: The influence of adverse and positive childhood experiences. *Ambulatory Pediatrics*, 8(2), 109–116. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ambp.2007.12.003>.
- Clarkson P. (2014). Prevalence and relationship between Adverse Childhood Experiences and child behavior among young children. *Infant Ment Health J.* ;35: 544---54, <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.21460>.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse and Neglect*, 31, 211–229. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.004>.
- Consejo Nacional de Infancia. (2018). Análisis Multivariable de Estudio Polivictimización en Niños, Niñas y Adolescentes realizado por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. Recuperado de <https://bit.ly/2POfgzY>
- Crandall, A., Miller, J. R., Cheung, A., Novilla, L. K., Glade, R., Novilla, M., Magnusson, B. M., Leavitt, B. L., Barnes, M. D., & Hanson, C. L. (2019). ACEs and counter-ACEs: How positive and negative childhood experiences influence adult health. *Child abuse & neglect*, 96, 104089. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104089>.
- Cronholm PF, Forke CM, Wade R, et al. (2015). Adverse childhood experiences. Expanding the concept of adversity. *Am J PrevMed.* 49,354-361. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2015.02.001.25>.
- Cyrulnik, B. (2011). *Morirse de vergüenza: El miedo a la mirada del otro*. Debate. https://ilera.com.mx/wp-content/uploads/2019/11/Morirse-de-verg%C3%BCenza_-El-miedo-a-la-mirada-del-otro-Spanish-Edition.pdf.
- De Punder K, Entringer S, Heim C, Deuter CE, Otte C, Wingenfeld, et al. (2018). Inflammatory measures in depressed patients with and without a history of adverse childhood experiences. *Front Psychiatry*; 9: 610. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00610.

- Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2001). Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic medicine*, 63(4), 679–686. <https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00021>.
- Dube, S., Anda, R., Felitti, V., Croft, J., Edwards, V. & Giles, W. (2001). Growing up with Parental alcohol abuse: Exposure to childhood abuse, neglect and household dysfunction. *Child Abuse Negl*, 25, 1627–1640.
- Dube S., Anda R., Felitti V., Edwards V., Williamson D. (2002). Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence Vict*, 17(1):3–17.
- Felitti, V., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. y Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8).
- Felitti, V. (2002). The relationship of adverse childhood experiences to adult health: Turning gold into lead. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48(4), 359-69.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A., & Hamby, S. L. (2012). Improving the adverse childhood experiences study scale. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 167(1), 70–75. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.420>
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. y Hamby, S. (2015). A revised inventory of Adverse Childhood Experiences. *Child Abuse & Neglect*, 48, 13-21. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.011>.
- Gilman, S., & Kawachi, G. (2003). Socio-economic status, family disruption and residential stability in childhood: relation to onset, recurrence and remission of major depression. *Psychol Med*, 1341-1355.
- Hanson, R. F., Borntrager, C., Self-Brown, S., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Amstadter, A. (2008). Relations among gender, violence exposure, and mental health: The national survey of adolescents. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 313–321.
- Herzog JI, Schmahl C. (2018). Adverse Childhood Experiences and the Consequences on Neurobiological, Psychosocial, and Somatic Conditions Across the Lifespan. *Front Psychiatry*, 9. (420). doi: 10.3389/fpsy.2018.00420. PMID: 30233435; PMCID: PMC6131660.
- Hillis, S, Anda, R., Dube, S., Felitti, V., Marchbanks, P., Macaluso, M., Marks, J. (2010). The Protective Effect of Family Strengths in Childhood against Adolescent Pregnancy and Its Long-Term Psychosocial Consequences. *The Permanente Journal*, 14 (3), 18-27.

- Hovens JG., Giltay EJ., Wiersma JE., Spinhoven P., Penninx BW., Zitman FG. (2012). Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 126(3):198-207. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01828.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), 356-366.
- Jillian S. Merrick & Angela J. Narayan (2020). Assessment and screening of positive childhood experiences along with childhood adversity in research, practice, and policy, *Journal of Children and Poverty*. DOI: 10.1080/10796126.2020.1799338.
- Johnson J, Harris E, Spitzer R, Williams J. (2002). The patient health questionnaire for adolescents: validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*; 30 (3): 196-204.
- Juruena MF, Von Werne Baes C, Castro Menezes I, Graeff FG. (2015). Early life stress in depressive patient: role of glucocorticoid and mineralocorticoid receptors and of hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity. *Curr Pharm Des*;21(11):1369-78.
- Kalmakis KA, Chandler GE. (2014). Adverse childhood experiences: Towards a clear conceptual meaning. *J Nurs Adv*, 70:1489---501, <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12329>.
- Kosterman, R., Mason, W. A., Haggerty, K. P., Hawkins, J. D., Spoth, R., & Redmond, C. (2011). Positive childhood experiences and positive adult functioning: Prosocial continuity and the role of adolescent substance use. *Journal of Adolescent Health*, 49(2), 180–186.
- Kroenke K., Spitzer R., Williams, J. (2001). The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*; 16 (9), pp. 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>.
- Lacey, R., Howe, L., Kelly-Irving, M., Bartley, M. & Kelly, Y. (2020). The Clustering of Adverse Childhood Experiences in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children: Are Gender and Poverty Important?. *Journal of Interpersonal Violence*. 00(0), 1-24. DOI: 10.1177/0886260520935096
- Leban, L., & Gibson, C. L. (2020). The role of gender in the relationship between adverse childhood experiences and delinquency and substance use in adolescence. *Journal of Criminal Justice*, 66, Article 101637.
- Lieberman, A., Padrón, E., Van Horn, P., Harris, W. (2005). Angels in the nursery: the intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant Mental Health Journal*, 26(6): 504-520.
- Liu RT. (2017). Childhood adversities and depression in adulthood: Current findings and future directions. *Clin Psychol (New York)*; 24 (2): 140-53.
- López Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 13(3), 159–174. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.3.2008.4057>.

- Luthar, S.S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543–562.
- Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology (Risk, disorder, and adaptation 2nd ed., Vol. 3, pp. 739–795)*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Machado, A. & Mukamutara, J. (2021). Factores psicosociales asociados a trastornos depresivos en pacientes del Hospital Central de Nampula, Mozambique. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 84(4), 288-296. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v84i4.4134>
- Mandelli, L., Petrelli, C. & Serretti, A. (2015). The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. *Childhood trauma and adult depression. European Psychiatry*, 30 (6), pp. 665 - 680. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.007>.
- Meaney, M. (2001). Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *Annual Review of Neuroscience*, 24(1), 1161-1192.
- Merry, S., McDowell, H., Hetrick, S., Bir, J., & Muller, N. (2004). Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 57-69.
- Mesa-Gresa, P y Moya-Albiol, L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: el “ciclo de la violencia”. *Revista de Neurología*, 52(8), 489-503.
- Ministerio de Salud. Encuesta nacional de Salud 2016-2017. Primeros resultados. Recuperado de https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf.
- Ministerio de Desarrollo Social. (2017). Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia 2010-2017(ELPI). Santiago, Chile. http://www.creciendoconderechos.gob.cl/docs/ELPI-PRES_Resultados_2017.pdf
- Ministerio de Salud de Chile. (2017). Plan Nacional de SaludMental 2017-2025. Santiago, Chile.
- Narayan, A. J. (2015). Personal, dyadic, and contextual resilience in parents experiencing homelessness. *Clinical Psychology Review*, 36, 56–69. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.005>.
- Narayan, A. J., Ghosh Ippen, C., Rivera, L. M., & Lieberman, A. F. (2015). The Benevolent Childhood Experiences (BCEs) scale. San Francisco: Department of Psychiatry, University of California.
- Narayan, A., Rivera, L., Bernstein, R., Harris, W. & Lieberman, A. (2018). Positive childhood experiences predict less psychopathology and stress in pregnant women with childhood adversity: A pilot study of the benevolent childhood experiences (BCEs) scale. *Child Abuse & Neglect*, 78, 19-30.

- Narayan, A. J., Lieberman, A. F., & Masten, A. S. (2021). Intergenerational transmission and prevention of adverse childhood experiences (ACEs). *Clinical Psychology Review*, 85, 101997.
- Pérez, M. & Urquijo, S. (2001). Depresión en adolescentes. Relaciones con el desempeño académico. *Psicología Escolar e Educacional*, 5(1), 49-58. Recuperado el 07 de noviembre de 2022, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572001000100006&lng=pt&tlng=es.
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201.
- Poole, J. C., Dobson, K. S., & Pusch, D. (2017). Childhood adversity and adult depression: The protective role of psychological resilience. *Child Abuse & Neglect*, 64, 89–100.
- Saldivia, S., Aslan, J., Cova, F., Vicente, B., Inostroza, C., & Rincón, P. (2019). Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Revista médica de Chile*, 147(1), 53-60. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000100053>
- Salvo G L. (2014). Magnitud, impacto y estrategias de enfrentamiento de la depresión, con referencia a Chile. *Rev Med de Chile*;142:1157-64.
- Satici, A., Uysal, R. & Akin, A. (2015). Early life experiences and self-compassion: a structural equation modelling. *Estudios de Psicología*, 36(2): 343-365.
- Schoedl AF, Costa MC, Mari JJ, Mello MF, Tyrka AR, Carpenter LL et al. (2010). The clinical correlates of reported childhood sexual abuse: an association between age at trauma onset and severity of depression and PTSD in adults. *J Child Sex Abus*,19(2):156-70.
- Sege RD & Harper Browne C. (2017). Responding to ACEs with HOPE: health outcomes from positive experiences. *Acad Pediatr*. 17(7)79-85. doi: 10.1016/j.acap.2017.03.007
- Segura, A., Cardona, D., Segura, A., y Garzón, M. (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. *Revista de salud pública*, 17 (2): 184-194.
- Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. (2009). Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA*;301(21):2252-225919491187.
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., ... Wood, D. L. (2011). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics*, 129(1), e232–e246. doi:10.1542/peds.2011-2663.
- Spinazzola, J., van der Kolk, B., & Ford, J. D. (2018). When nowhere is safe: Trauma history antecedents of Posttraumatic Stress Disorder and Developmental Trauma Disorder in childhood. *Journal of Traumatic Stress*, 31(5), 631–642.
- Strine T., Dube S., Edwards V., Prehn A., Rasmussen S., Wagenfeld M., Dhingra S., Croft J. (2012). Associations between adverse childhood experiences, psychological distress,

- and adult alcohol problems. *Am J Health Behav.* 36(3):408-23. doi: 10.5993/AJHB.36.3.11. PMID: 22370441.
- Thabrew, H., de Sylva, S. y Romans, S. E. (2012). Evaluating childhood adversity. *Advances in psychosomatic medicine*, 32, 35-57. doi: 10.1159/000330002.
- Thompson R, Flaherty EG, English DJ, (2015). Trajectories of adverse childhood experiences and self-reported health at age 18. *Acad Pediatr*;15:503---9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2014.09.010>.
- Vazquez, A. y Mukamutara, J. (2021). Factores psicosociales asociados a trastornos depresivos en pacientes del Hospital Central de Nampula, Mozambique. *Rev Neuropsiquiatr [online]*, 84 (4), pp.288-296. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v84i4.4134>.
- Vega-Arce, M., & Nuñez-Ulloa, G. (2017). Experiencias adversas en la infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. *Enfermería Universitaria*, 14(2), 124-130. <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n2/2395-8421-eu-14-02-00124.pdf>.
- Vio, R., Larraguibel, M., Montt, M., Pi, M., Aldunate, C. & Halpern, M. (2022). Effect of the VOLANTIN resilience promotion program on children with an alternative residential system. *Andes pediátrica*, 93 (2), p. 199-205.
- Vitriol V, Cancino A, Leiva-Bianchi M, Serrano C, Ballesteros S, Potthoff S, et al. (2017). Depresión adulta y experiencias infantiles adversas: evidencia de un subtipo depresivo complejo en consultantes de la atención primaria en Chile. *Rev Med Chile*; 145 (9): 1145-1153. doi: 10.4067/s0034-98872017000901145.
- Vitriol V, Cancino A, Weil K, Salgado C, Asenjo M, Potthoff S. (2014). Depression and psychological trauma: an overview integrating current research and specific evidence of studies in the treatment of depression in public mental health services in Chile. *Depress Res Treat*; 1-10. doi.org/10.1155/2014/608671.
- World Health Organization. (28 January 2020). Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). In Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). [website]: Geneva: World Health Organization (WHO), 2018. [https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-\(ace-iq\)](https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-iq)).
- Wright, M. O., Masten, A. S., & Narayan, A. J. (2013). *Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity*. In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 15–37). New York: Springer Science + Business Media. doi:10.1007/978-1-4614-3661-4_2.
- Zimmerman, M. A. (2013). *Resiliency theory: A strengths-based approach to research and practice for adolescent health*. Los Angeles, CA: Sage Publications Sage CA.

11. Anexos

Anexo A: Módulos utilizados de la Encuesta Nacional de Adversidad y Abuso sexual en la niñez (Centro CUIDA UC, 2020)

ENCUESTA NACIONAL DE ADVERSIDADES TEMPRANAS



N° Folio UC

N° Folio Encuesta



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

DATOS INICIALES

Región Ciudad Comuna

Distrito Zona Manzana N° de viviendas en la manzana

Sexo del entrevistado Edad Entrevistado Teléfono Entrevistado NSE Observado

1. Hombre 2. Mujer Ingrese código

1.ABC1 / 2.C2 / 3.C3 4.D / 5.E Ingrese código

Listar de mayor a menor (edad) todo el hogar Hacer cruce con tabla hasta el que tenga 18 años o más

	Nombre de pila	Parentesco de jefe de hogar 1. Jefe de hogar 2. Cónyuge o pareja 3. Hijo 4. Padre o madre 5. Suegro o suegra 6. Otro	Sexo 1. Hombre 2. Mujer	Edad	Circule el número correspondiente al último dígito de la dirección										
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
1					1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2					1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	
3					2	1	1	3	3	3	1	2	2	3	
4					3	4	1	4	1	3	2	2	2	1	
5					5	2	4	2	3	4	5	3	1	1	
6					5	5	2	3	4	1	5	4	6	3	
7					4	2	6	5	7	6	7	1	5	3	
8					7	5	8	1	4	6	8	3	2	7	
9					2	3	9	4	7	6	1	8	5	9	

Número personas mayores de 18 años que viven en este hogar

N personas entrevistadas

Encuesta		
Visita	Lograda	No lograda
1	1	2
2	1	2
3	1	2

Visita	
Día	Hora
/ /2	:
/ /2	:
/ /2	:

Hora Inicio
:

Hora Término
:

Nombre del Encuestador

RUT del Encuestador

Fecha Entrevista
/ /20

MÓDULO A: ADVERSIDADES TEMPRANAS:

Cuando estaba creciendo, durante los primeros 18 años de su vida...

1.1 ¿Se sentía comprendido por sus padres/apoderados?

1. Siempre

2. La mayoría de las veces

3. Algunas veces

4. Rara vez

5. Nunca

9. No quiere responder (NO LEER)

1.2. Sus padres/apoderados, ¿sabían realmente lo que Ud. hacía en su tiempo libre cuando no estaba ni en el colegio ni en el trabajo?

1. Siempre

2. La mayoría de las veces

3. Algunas veces

4. Rara vez

5. Nunca

9. No quiere responder (NO LEER)

2.1. Si sus padres o quiénes lo(a) criaron tenían los recursos para darle comida ¿Con qué frecuencia no le daban suficiente comida?

1. Muchas veces

2. Pocas veces

3. Una vez

4. Nunca

9. No quiere responder (NO LEER)

2.2. ¿Con qué frecuencia sus padres estaban demasiado borrachos o drogados como para cuidarlo(a)?

1. Muchas veces

2. Pocas veces

3. Una vez

4. Nunca

9. No quiere responder (NO LEER)

2.3. Si usted vivía en un lugar con acceso a una escuela ¿Con qué frecuencia sus padres o quienes lo(a) criaron, no lo(a) mandaban a la escuela?
--

1. Muchas veces

2. Pocas veces

3. Una vez

4. Nunca

9. No quiere responder (NO LEER)

3.1 ¿Vivió en su casa con alguien que tenía problemas con el alcohol o fuera alcohólico, o que abusara de drogas o medicamentos?
--

1. Sí

2. No

9. No quiere responder (NO LEER)

3.2 ¿Vivió en su casa con alguien que tenía depresión, alguna enfermedad mental o conductas suicidas?

1. Sí

2. No

9. No quiere responder (NO LEER)

3.3 ¿Vivió en su casa con alguien que fuera encarcelado alguna vez?

1. Sí

2. No

9. No quiere responder (NO LEER)

3.4 ¿Sus padres se separaron o divorciaron alguna vez?
1. Sí
2. No
4. No quiere responder (NO LEER)
9. No aplica

3.5 ¿Murió su madre, padre o la persona que lo(a) crió?
1. Sí
2. No
4. No quiere responder (NO LEER)
9. No sabe/ no está seguro

Las siguientes preguntas son en relación con cosas que pudo haber escuchado o visto en su hogar, las cuales pueden haber sido hechas a otra persona del hogar y no a Ud. Cuando estaba creciendo, durante los primeros 18 años de su vida...

4.1 ¿Usted vio o escuchó que a sus padres o que a otra persona que vivía en su casa se le gritara, se le dijera groserías, insultara o humillara?
1. Muchas veces
2. Pocas veces
3. Una vez
4. Nunca
9. No quiere responder (NO LEER)

4.2 ¿Usted vio o escuchó que a sus padres o a otra persona que vivía en su casa le pegaran cachetadas, patadas, combos o le dieran una golpiza?
1. Muchas veces
2. Pocas veces
3. Una vez
4. Nunca
9. No quiere responder (NO LEER)

4.3 ¿Vio o escuchó a alguno de sus padres/apoderados u otro miembro del hogar ser golpeado o cortado con algún objeto, como un palo o tubo, botella, cuchillo, cinturón, etc.?

1. Muchas veces

2. Pocas veces

3. Una vez

4. Nunca

9. No quiere responder (NO LEER)

Las siguientes preguntas son sobre cosas que Ud. está cierto/a de haber vivido. Cuando estaba creciendo, durante los primeros 18 años de su vida...

5.1 Durante los primeros 18 años de su vida ¿Alguno de sus padres u otra persona que vivía en la casa le gritó, le dijo groserías, lo(a) insultó o humilló a usted?

1. Muchas veces

2. Pocas veces

3. Una vez

4. Nunca

9. No quiere responder (NO LEER)

5.2 Durante los primeros 18 años de su vida ¿Alguno de sus padres u otra persona que vivía en la casa le amenazó con abandonarlo(a) o echarlo(a) de la casa o de verdad lo abandonó o echó de la casa?

1. Muchas veces

2. Pocas veces

3. Una vez

4. Nunca

9. No quiere responder (NO LEER)

5.4 Durante los primeros 18 años de su vida ¿Alguno de sus padres u otra persona que vivía en la casa le pegó palmadas, cachetadas, patadas, combos o le dio una golpiza?

1. Muchas veces

2. Pocas veces
3. Una vez
4. Nunca
9. No quiere responder (NO LEER)

5.5 Durante los primeros 18 años de su vida ¿Alguno de sus padres u otra persona que vivía en la casa le pegó, o le hizo un corte, con un objeto, como un palo, bastón, botella, luma, cuchillo, cinturón, fusta, martillo, hacha, piedras, etc.?
1. Muchas veces
2. Pocas veces
3. Una vez
4. Nunca
9. No quiere responder (NO LEER)

Las siguientes preguntas son sobre haber sido víctima de bullying cuando estaba creciendo. El bullying ocurre cuando un(a) joven o grupo de jóvenes dice o hace cosas malas o desagradables a otro(a) joven. También se considera como bullying cuando un(a) joven bromea mucho de una forma desagradable o cuando un(a) joven es dejado(a) de lado a propósito. Este puede ser realizado en persona o a través de medios tecnológicos como mensajes instantáneos, correos, redes sociales, etc. – en ese caso se le conoce como cyberbullying-. NO es bullying cuando dos jóvenes de fuerza y poder similar discuten o pelean, o bien, cuando el bromeo se hace de una manera amistosa y entretenida. Cuando estaba creciendo, durante los primeros 18 años de su vida...

6.1 ¿Con qué frecuencia le hicieron bullying (agresión entre pares)?
1. Muchas veces
2. Pocas veces
3. Una vez
4. Nunca
9. No quiere responder (NO LEER)

Las siguientes preguntas son sobre qué tan seguido, cuando Ud. era niño(a), vio o escuchó algunas cosas en su barrio o vecindario (no en su hogar, ni en la televisión, películas o radio). Cuando estaba creciendo, durante los primeros 18 años de su vida...

8.1 ¿Vio o escuchó a alguien siendo golpeado en la vida real?
1. Muchas veces

2. Pocas veces
3. Una vez
4. Nunca
9. No quiere responder (NO LEER)

8.2 ¿En la realidad vio o escuchó que a alguien lo(a) apuñalaran o dispararan?
1. Muchas veces
2. Pocas veces
3. Una vez
4. Nunca
9. No quiere responder (NO LEER)

8.3 ¿En la realidad vio o escuchó cómo alguien era amenazado(a) con un cuchillo u arma?
1. Muchas veces
2. Pocas veces
3. Una vez
4. Nunca
9. No quiere responder (NO LEER)

Estas preguntas tratan sobre si usted vivió o no alguno de los siguientes eventos cuando era un(a) niño(a). Estos eventos se relacionan con la violencia política, colectiva, incluyendo conflictos políticos o étnicos, represión, desapariciones, torturas, genocidio, guerras, terrorismo, y crimen organizado como bandas criminales y guerras de pandillas

9.1 ¿Fue forzado(a) a irse a vivir a otro lugar por alguno de estos eventos?
1. Muchas veces
2. Pocas veces
3. Una vez
4. Nunca
9. No quiere responder (NO LEER)

9.2 ¿Vivió la destrucción intencional de su casa debido a alguno de los eventos mencionados anteriormente (conflictos políticos o étnicos, represión, desapariciones, torturas, genocidio, guerras, terrorismo, y crimen organizado como bandas criminales y guerras de pandillas)?

1. Muchas veces

2. Pocas veces

3. Una vez

4. Nunca

9. No quiere responder (NO LEER)

9.3 ¿Recibió alguna golpiza por soldados, militares, carabineros o policías?

1. Muchas veces

2. Pocas veces

3. Una vez

4. Nunca

9. No quiere responder (NO LEER)

9.4 ¿Recibió alguna golpiza por milicia, pandillas o delincuentes?

1. Muchas veces

2. Pocas veces

3. Una vez

4. Nunca

9. No quiere responder (NO LEER)

9.5 ¿Alguien de su familia o amigo(a) recibió alguna golpiza o fue asesinado por soldados, militares, carabineros o policías?

1. Muchas veces

2. Pocas veces

3. Una vez

4. Nunca
9. No quiere responder (NO LEER)

9.6 ¿Alguien de su familia o amigo(a) recibió alguna golpiza o fue asesinado por milicias, pandillas o delincuentes?
1. Muchas veces
2. Pocas veces
3. Una vez
4. Nunca
9. No quiere responder (NO LEER)

MÓDULO B: ABUSO SEXUAL (AUTO-APLICADO)

10.1 Alguna vez en su vida, ¿alguien lo(la) ha manoseado, toqueteado o besuqueado, bajo manipulación, engaño, sometimiento u obligación, y/o lo(la) forzó a Ud. a hacerlo?
1. Sí
2. No
9. No quiere responder (NO LEER)

MÓDULO E: ADVERSIDADES TARDÍAS:

B. SALUD MENTAL

15.5 Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

	1. Nunca	2. Varios días	3. Más de la mitad de los días	4. Casi todos los días
1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas				
3. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado				
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía				
5. Tener poco apetito o comer en exceso				
6. Sentir falta de amor propio o que				

sea un fracaso o que decepcionara a sí mismo/a o su familia				
7. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o la televisión				
8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta o de lo contrario, es tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo que está acostumbrado				
9 Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor				

MÓDULO F: EXPERIENCIAS POSITIVAS:

18.1 Las siguientes preguntas se relacionan a experiencias que USTED pudo haber vivido durante los primeros 18 años de su vida. Seleccione la respuesta que represente su vivencia.

Durante los primeros 18 años de su vida...

	1. Siempre	2. La mayoría de las veces	3. Algunas veces	4. Rara vez	5. Nunca	8. NS	9. NR
a. Tenía a lo menos una persona adulta que lo(a) cuidara (madre, padre u otro adulto que ejercía como padre/madre), con quien se sentía seguro(a)	1	2	3	4	5	8	9
b. Tenía al menos un buen amigo o amiga	1	2	3	4	5	8	9
c. Tenía creencias (religiosas, espirituales, culturales, etc.) que le dieran consuelo o reconfortaran	1	2	3	4	5	8	9
d. Le gustaba la escuela o el colegio	1	2	3	4	5	8	9
e. Tenía a lo menos un(a) profesor(a) que se preocupa por usted	1	2	3	4	5	8	9
f. Tenía buenos(as) vecinos(as)	1	2	3	4	5	8	9
g Tenía una persona adulta (aparte de sus padres/cuidadores principales, ya mencionados en la	1	2	3	4	5	8	9

primera pregunta) que le dieran apoyo o consejo) Durante los primeros 18 años de su vida							
h. Tenía la oportunidad de divertirse	1	2	3	4	5	8	9
i. Se sentía a gusto o cómodo(a) con usted mismo(a)	1	2	3	4	5	8	9
j. Tenía una rutina estable o predecible en su casa, como tener horas habituales de comidas o de ir a dormir	1	2	3	4	5	8	9

18.2 Cuando Ud. estaba creciendo, durante sus primeros 18 años de vida, en qué medida...

	1. Mucho	2. Bastante	3. Algo	4. Poco	5. Nada	8. NS	9. NR
a. Los miembros de su familia se sentían cercanos entre ellos	1	2	3	4	5	8	9
b. Su familia era una fuente de apoyo	1	2	3	4	5	8	9
c. Los miembros de su familia se cuidaban entre ellos	1	2	3	4	5	8	9
d. Ud. sabía que en su familia había alguien que lo(a) cuidaba y protegía	1	2	3	4	5	8	9
e. Había alguien en su familia que le ayudaba a Ud. a sentirse importante o especial	1	2	3	4	5	8	9
f. Se sentía amado(a)	1	2	3	4	5	8	9
g. Había alguien en su familia que le podía llevar al doctor o médico si es que Ud. lo necesitaba	1	2	3	4	5	8	9

MÓDULO I: LOGROS EDUCATIVO Y OCUPACIONAL

21.1 Nivel educacional alcanzado por

	CP01. Ud. (encuestado)
1. Nunca asistió	1
2. Sala cuna	2
3. Jardín Infantil (Medio Menor y Medio mayor)	3
4. Pre kínder / Kínder (Transición Menor y Transición Mayor)	4
5. Educación Especial (Diferencial)	5
6. Primaria o Preparatoria (Sistema antiguo)	6
7. Educación Básica	7
8. Humanidades (Sistema Antiguo)	8
9. Educación Media Científico-Humanista	9
10. Técnica, Comercial, Industrial o Normalista (Sistema Antiguo)	10
11. Educación Media Técnica Profesional	11
12. Técnico Nivel Superior Incompleto (Carreras 1 a 3 años)	12
13. Técnico Nivel Superior Completo (Carreras 1 a 3 años)	13
14. Profesional Incompleto (Carreras 4 o más años)	14
15. Profesional Completo (Carreras 4 o más años)	15
16. Postgrado Incompleto	16
17. Postgrado Completo	17
99. NS/NR	18