10.4067/S0718-48082026000200189

¿Pueden las experiencias benevolentes atenuar el impacto de la adversidad infantil en la depresión adulta? Estudio en una cohorte chilena

Can Benevolent Childhood Experiences Attenuate the Impact of Adverse Childhood Experiences on Adult Depression? A Study in a Chilean Cohort

María Carolina Velasco-Hodgson [1a] https://orcid.org/0009-0007-2630-1572
María Pía Santelices-Álvarez [1b*] https://orcid.org/0000-0001-7473-1525
Graciela Rojas-Castillo [2] https://orcid.org/0000-0002-9577-7415
Catterina Ferreccio-Readi [1c] https://orcid.org/0000-0001-6331-5534

[1] Pontificia Universidad Católica de Chile, [a]Escuela de Trabajo Social. [b]Escuela de Psicología. [c]Escuela de Medicina, Santiago, Chile. E-mail: mvelascoh@uc.cl; msanteli@uc.cl; cferrecr@uc.cl
[2] Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Santiago, Chile. E-mail: graciela.rojas.castillo@gmail.com
* Autora de correspondencia

Recibido: 05 de noviembre de 2025 – Aceptado: 21 de junio de 2026

RESUMEN
Las experiencias adversas en la niñez (ACE) han mostrado una relación con la ocurrencia de depresión (DP) en la adultez y las experiencias benevolentes en la niñez (BCE) han mostrado una relación inversa con esta patología. Este estudio busca explorar la asociación de ACE con DP en una muestra de una cohorte rural-urbana de Chile, así como el efecto de las BCE sobre dicha asociación. Se utilizaron datos basales de la Cohorte del Maule (MAUCO, compuesta por 9000 participantes, muestra de población general de 38 a 74 años de edad) donde se midió la probabilidad de ocurrencia de DP mediante el instrumento de tamizaje PHQ-9, las ACE con el cuestionario ACE-IQ y las BCE con la Escala de Experiencias Benevolentes, en un total de 534 adultos. Se utilizaron modelos de regresión logística múltiple para explorar el efecto de las ACE, las BCE, y su interacción en la probabilidad de un tamizaje positivo de depresión. El análisis por separado indica que el haber experimentado un mayor número de ACE está asociado con un aumento en la probabilidad de presentar tamizaje positivo de DP y el haber experimentado un mayor número de BCE está asociado con una disminución de esta probabilidad. Analizadas en conjunto, se observó que las BCE son un factor protector del efecto de las ACE sobre la probabilidad de padecer depresión.
Palabras clave: experiencias adversas en la niñez, experiencias benevolentes en la niñez, depresión en adultos.

ABSTRACT
Adverse Childhood Experiences (ACEs) have been shown to be associated with the occurrence of depression (DP) in adulthood, while Benevolent Childhood Experiences (BCEs) have demonstrated an inverse relationship with this condition. This study aims to explore the association between ACEs and DP in a sample from a rural–urban cohort in Chile, as well as the moderating effect of BCEs on this relationship. Baseline data were used from the Maule Cohort (MAUCO, composed of 9,000 participants from the general population aged 38 to 74 years), in which the likelihood of depression was assessed using the PHQ-9 screening instrument, ACEs were measured with the ACE-IQ questionnaire, and BCEs were assessed using the Benevolent Childhood Experiences Scale, in a total of 534 adults. Multiple logistic regression models were used to examine the effects of ACEs, BCEs, and their interaction on the probability of a positive depression screening. Separate analyses indicated that experiencing a higher number of ACEs was associated with an increased likelihood of a positive depression screening, whereas experiencing a greater number of BCEs was associated with a decreased likelihood. When analyzed together, BCEs emerged as a protective factor that mitigates the effect of ACEs on the likelihood of depression.
Keywords: adverse childhood experiences, benevolent childhood experiences, adult depression.

Introducción

En Chile, la segunda causa de carga de enfermedad por Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) corresponde a los trastornos depresivos unipolares, con un 4,5% (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2008). En las últimas encuestas nacionales de salud se estima que el trastorno psicopatológico con mayor prevalencia en el país es la depresión unipolar, con un tamizaje positivo de un 17,2% en la población (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2013; MINSAL, 2018), mientras que un 36,1% de la población declara encontrarse en tratamiento GES (AUGE) por dicha enfermedad (MINSAL, 2018). Esta magnitud es consistente con estimaciones internacionales: el estudio Global Burden of Disease 2015 encontró que, en Chile, la depresión y la ansiedad se ubicaron como la segunda y cuarta causa de años vividos con discapacidad (AVD), respectivamente, superando ambas lo esperado según el nivel de desarrollo socioeconómico del país (GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2016).

Los estudios de los factores asociados a la ocurrencia de depresión se han centrado en características sociodemográficas, antecedentes familiares, algunas experiencias adversas en la niñez y adultez, así como la percepción actual de las condiciones de vida (King et al., 2006; King et al., 2008; Saldivia et al., 2014; Vicente et al., 2016), y eventos traumáticos o eventos vitales estresantes (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2013) como la agresión sexual, asociados a mayor severidad de la patología (Ballesteros et al., 2007).

Desde los años 90 existe una línea de investigación que asocia las experiencias adversas en la niñez (por sus siglas en inglés ACE: Adverse Childhood Experiences), –negligencia física y emocional, maltrato físico y emocional, trasgresión en la esfera de la sexualidad, ser testigo de violencia intrafamiliar, haber tenido un padre/madre o adulto significativo privado de libertad, con consumo problemático de drogas y/o alcohol, con algún trastorno psicopatológico, y tener padres separados o divorciados – con la ocurrencia de enfermedades en el ámbito de la salud física y mental en la adultez (Felitti et al., 1998). En cuanto a las experiencias adversas en la niñez (ACE) en Chile, evidencia reciente indica una alta exposición acumulativa: aproximadamente un 40% de los adultos reporta haber experimentado cuatro o más ACE, las cuales se asocian significativamente con mayor riesgo de depresión y otros trastornos mentales (Santelices et al., 2024). Los estudios han estimado una asociación de estas experiencias adversas en la niñez con una mayor prevalencia de trastornos ansiosos y depresión unipolar, siendo estos efectos demostrados principalmente en países de altos ingresos (Bellis et al., 2019). Los dos primeros estudios, de la muestra afiliados a Kaiser Permanent (Felitti et al., 1998; Anda et al., 2010), estiman que el estar expuesto a cuatro o más ACE impacta negativamente en la salud. La chance de presentar ánimo depresivo es de OR ajustado=4,6 (95%IC 3,8;5,6). Revisiones sistemáticas y meta-análisis demuestran de manera consistente que adultos con historias recordadas de ACE tienen mayor riesgo de presentar problemas de salud mental, entre ellos depresión (Kalmakis

y Chandler, 2015; Hughes et al., 2017; Ip et al., 2016; Kajeepeta et al., 2015; Mandelli, Petrelli y Serretti, 2015; Selous et al., 2020; Zatti et al., 2017). Estudios más recientes han profundizado esta relación, mostrando que la exposición acumulativa a adversidad infantil se asocia consistentemente con mayor riesgo de depresión y peor bienestar mental en la adultez (Nahar et al., 2025).

Los efectos de las ACE en la salud en la adultez se han explicado mediante dos vías principalmente: (a) Alteración de procesos regulatorios por la activación crónica de la respuesta al estrés (Gunnar y Quevedo, 2007; Campbell, Walker y Egede, 2016; Gilbert et al, 2015; Johnson et al., 2013; Kalmakis y Chandler, 2015; Bucci et al., 2016) y (b) adquisición de estilos de vida poco saludables (Felitti et al., 1998; Hughes, 2017; Ip et al., 2016; Kajeepeta et al., 2015; Mandelli, Petrelli y Serretti, 2015; Selous et al., 2020; Zatti et al., 2017; Dube et al., 2003).

En el último tiempo, también se han publicado estudios (Narayan et al., 2018) que incluyen asociaciones entre experiencias benevolentes en la niñez (por sus siglas en inglés BCE: Benevolente Childhood Experiences) –haber contado con una figura paterna/materna, profesor/a y otros adultos que brinde seguridad, haber tenido amigos y buenos vecinos, creencias que brindaran consuelo, buena experiencia escolar, posibilidad de divertirse, rutinas predecibles (Narayan et al., 2018) - con el desarrollo de psicopatología en la adultez. Dichos estudios muestran que la presencia de experiencias benevolentes, a pesar de la ocurrencia de experiencias adversas, podría predecir menor psicopatología (Narayan et al., 2018). Estudios recientes en Chile muestran que las experiencias benevolentes en la niñez (BCE) son altamente prevalentes, pero distribuidas de manera desigual, y que niveles elevados de BCE se asocian consistentemente con menor probabilidad de depresión, incluso en presencia de alta adversidad temprana (Barrera et al., 2026; Santelices et al., 2025). La evidencia empírica respalda a otras experiencias positivas y BCE como factores promotores del bienestar en la adultez (Narayan et al., 2018; Hillis et al., 2010) prediciendo niveles más bajos de patologías de salud mental (Chung et al., 2008). El autoconcepto positivo predice el funcionamiento adaptativo de los niños que experimentaron maltrato durante los años escolares (Cicchetti & Rogosch, 1997). Las relaciones positivas con compañeros, profesores y el apoyo comunitario percibido por la persona, benefician a los jóvenes expuestos a adversidades severas (Duraković-Belko, Kulenović y Dapić, 2002; Pianta, Steinberg & Rollins, 1995). Juntos, estos estudios ilustran la importancia de las relaciones afectivas y un autoconcepto positivo como factores promotores de la adaptación durante la adversidad (Narayan et al., 2018).

En este sentido, las ACE y las BCE parecerían tener efectos contrapuestos sobre la salud mental, y las BCE podrían actuar como un factor protector frente a la ocurrencia de ACE. En los pocos estudios que incorporan ambas variables, se concluye que la presencia de experiencias positivas o benevolentes favorece mejores resultados en la salud (incluyendo

salud mental) en la adultez, aún ante la ocurrencia de experiencias adversas (Narayan et al., 2018; Crandall et al., 2019; Bethell et al., 2019). En general, estos estudios muestran que contar con más cantidad de BCE (algunos estudios estiman 8, mientras que otros estiman entre 6 o 7) modera la ocurrencia de depresión, aun en la presencia de experiencias adversas (0,06, p<0,001 N=246) (Crandall et al., 2019). Un modelo de regresión múltiple en un estudio con mujeres embarazadas (Narayan et al., 2018), refiere que altos niveles de BCE predijeron niveles más bajos de sintomatología depresiva ($\beta = -0,21$, $p < 0,05$, N=101), pero este efecto no se mantuvo al incorporar las ACE. Un estudio transversal, en una muestra comunitaria (N=6.188), concluye que, al ajustar por ACE, el constructo de sintomatología depresiva/pobre salud mental fue 72% más baja (OR=0,28; 95%IC 0,21-0,39) entre adultos que reportaron 6 o 7 experiencias positivas en comparación a las personas que reportaron 0 a 2 de las mismas experiencias (Bethell et al., 2019). Estudios recientes han comenzado a explorar el rol moderador de las BCE sobre la relación entre ACE y salud mental, mostrando que las experiencias positivas pueden atenuar los efectos negativos de la adversidad (Nahar et al., 2025). Sin embargo, la mayor parte de esta evidencia proviene de contextos de altos ingresos, existiendo escasa evidencia en países latinoamericanos.

A partir de las respuestas al primer estudio de ACE (Felitti et al., 1998), se llega a determinar que las prevalencias de experiencias adversas se encuentran entre 3,4% a 25,6%, y donde 52% de los encuestados reporta al menos una de las categorías. En el caso de Chile, la prevalencia de las ACE parece ser más alta: 71% de los niños refiere vivir alguna forma de violencia en su hogar (UNICEF, 2015). Este contexto refuerza la relevancia de estudiar no solo los factores de riesgo, sino también los factores protectores como las BCE, particularmente en contextos de alta exposición a adversidad.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es analizar si las experiencias benevolentes en la niñez modifican el efecto de las experiencias adversas en la sintomatología depresiva en la adultez en participantes de la Cohorte del Maule (MAUCO) en Molina, Chile.

Método

Diseño del estudio y participantes

Esta investigación utiliza datos transversales de salud y de experiencias adversas y benevolentes de una muestra de 705 adultos (380 mujeres y 325 hombres) de entre 38 y 66 años residentes en la comuna de Molina, Región del Maule, Chile. Esta muestra de 705 personas fue extraída al azar y estratificada por sexo, de la muestra completa de la cohorte MAUCO de 9000 participantes.

En el marco del estudio de Cohorte del Maule (MAUCO) para enfermedades crónicas 2014-2024, perteneciente al Advance Center for Chronic Disease (ACCDiS) (Ferreccio et

al., 2016), se recogieron datos demográficos, de salud (incluyendo salud mental) y comportamientos de riesgo de los participantes. En el marco del estudio 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 (VRI-UC), se recogieron durante el año 2021 datos sobre sus experiencias adversas y benevolentes en la niñez.

Es importante señalar que la región del Maule se caracteriza por una importante presencia de zonas rurales y actividades productivas agrícolas, con menores niveles de urbanización en comparación con la región Metropolitana, lo que resulta relevante para la interpretación de los resultados y su generalización.

Procedimiento

La recolección de datos se realizó en dos momentos. Primero los participantes fueron entrevistados en una visita domiciliaria en el marco del estudio de MAUCO por Técnicos en Enfermería [TENS] capacitados, en la cual se aplicó el cuestionario de datos sociodemográficos y el instrumento para evaluar sintomatología depresiva. En un segundo momento, psicólogas capacitadas aplicaron los dos instrumentos de autorreporte para medir experiencias adversas y benevolentes en la niñez, en el consultorio al cual acudían a control los participantes de la cohorte Mauco, asegurando condiciones de privacidad y confidencialidad. En ambas instancias, la participación fue voluntaria y se contó con protocolos de actuación si se presentaba afectación emocional de algún participante. El presente estudio cuenta con la aprobación del Comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y con la aprobación del Comité de ética de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Instrumentos y datos

Experiencias adversas en la niñez [ACE]

Para la recolección de información sobre las experiencias adversas en la niñez se utilizó el *Adverse Childhood Experiences - International Questionnaire [ACE_IQ]*, un instrumento de auto-reporte retrospectivo para adultos que indaga la ocurrencia de 13 categorías de experiencias adversas vividas antes de los 18 años (World Health Organization, 2011; World Health Organization, s.f.). Las experiencias incluidas en el cuestionario son: Negligencia emocional, Negligencia física, Maltrato emocional, Maltrato físico, Agresión sexual, Cuidador/a consumía drogas/alcohol, Cuidador/a presentaba psicopatología, Cuidador/a estuvo privado de libertad, Padres separados o divorciados o fallecimiento de cuidador/a, Testigo de violencia intrafamiliar, Bullying/Agresión por pares, Testigo de violencia comunitaria, Exposición a violencia política, colectiva o guerra. Cada exposición a una

categoría específica de adversidad en la niñez se codificó como una puntuación ACE binario (presencia o ausencia de ese tipo de experiencia) (World Health Organization, s.f.) de modo tal que los puntajes totales ACE de los participantes indican a cuántos tipos de adversidades estuvieron expuestos. En la aplicación del instrumento en este estudio se readecuó la categoría de violencia colectiva para diferenciar la violencia provocada por militares, carabineros y policías, en contraste a la provocada por terrorismo, milicias o pandillas, dado que la violencia política y de fuerzas de orden público marcó la historia de Chile durante la Dictadura. Este tipo de adecuación del instrumento ha sido también realizada por otros estudios, como, por ejemplo, Arabia Saudíta, China y Korea (Almuneef et al., 2014; Ding et al., 2017; Chang et al., 2019) y dichas adecuaciones son promovidas por la OMS para ajustar el instrumento a las realidades de cada país (World Health Organization, s.f.). El cuestionario es de libre disposición y fue traducido, adaptado y validado por el estudio VRI-UC siguiendo los estándares internacionales (Santelices et al., 2025), encontrándose una consistencia interna adecuada (Alpha de Cronbach= 0,74) y validez concurrente (ρ =0,72, $p < .001$) con la Escala de Trauma de Marshal (Cuneo et al., 2005).

Experiencias benevolentes en la niñez [BCE]

Se utilizó la *Benevolent Childhood Experiences [BCE] Scale* (Narayan et al., 2018) que busca rescatar percepciones positivas sobre seguridad relacional e interna, calidad de vida positiva y predecible, y apoyo interpersonal. La información se recogió a través de un cuestionario auto-administrado que indaga sobre 10 tipos de experiencias positivas ocurridas entre los 0 a 18 años (Narayan et al., 2018): Cuidador(a) principal da seguridad, Tuvo buen amigo(a), Tuvo creencias que lo/la reconfortaban, Le gustó la escuela, Contó con un/a profesor(a) preocupado(a), Tuvo buenos(as) vecinos, Contó con otro(a) adulto que diera seguridad, Tuvo la oportunidad de divertirse, Se sentía a gusto/cómodo(a) consigo mismo(a) y Tuvo una rutina predecible en el hogar. La información fue codificada de modo tal que se considera la presencia de un tipo de experiencia benevolente cuando dicha experiencia fue experimentada siempre o la mayoría de las veces durante los primeros 18 años de vida. El instrumento fue adaptado y validado por la investigación de VRI-UC y el manuscrito se encuentra en elaboración, encontrándose una consistencia interna adecuada (Alpha de Cronbach= 0,72) y validez concurrente (ρ = 0,37 $p < .001$) con la Escala de Satisfacción de la Vida (Alvarez et al., 2018).

Información sobre probabilidad de depresión

Para la recolección de información sobre salud mental, en el marco del estudio MAUCO, técnicos en enfermería nivel superior (TENS) capacitadas aplicaron en una visita domiciliaria el *Cuestionario Patient Health Questionnaire [PHQ-9]*, instrumento de tamizaje para depresión recomendado por la Guía Clínica para la Depresión de Chile que cuenta con validación para la detección en personas chilenas de 20 años o más, con una sensibilidad del 92% y especificidad del 89% (Baader et al., 2012). Se considera tamizaje positivo para

depresión un puntaje mayor o igual a 10 puntos (en una escala del 0 al 27 punto), lo que significa que se sospecha la ocurrencia de depresión en presencia de un tamizaje positivo (Ministerio de Salud de Chile, 2013).

Información sociodemográfica

Para cada participante, se utilizó información sobre sexo, edad, nivel educacional, y estado civil recogidos por TENS en el marco del estudio MAUCO.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos se excluyeron 171 participantes que tenían información faltante en alguna de las preguntas del PHQ-9 o del ACE-IQ. La muestra sobre la que se realizaron los análisis consta entonces de 534 participantes que presentan información completa para las variables principales de este estudio. Se analizaron las características de ambas submuestras –con y sin datos faltantes- no encontrándose diferencias significativas entre ellas (ACE-IQ, BCE, PHQ-9, edad, sexo, educación, estado civil).

Adicionalmente, se realizó un análisis de sensibilidad utilizando imputación por prorrateo (*prorated scoring*) de la escala PHQ-9, con el fin de evaluar la robustez de los resultados frente a posibles sesgos de selección derivados de la exclusión de casos con información incompleta. Este procedimiento consistió en estimar el puntaje total de la escala a partir del promedio de los ítems efectivamente respondidos por cada participante, extrapolado al número total de ítems del instrumento (9 ítems). Si bien la literatura advierte que el prorrateo generalizado puede introducir sesgo debido a la variabilidad intrínseca en las medias de los reactivos de escalas de salud mental (Mazza et al., 2015), autores como Graham (2009) señalan que su aplicación en análisis de sensibilidad es una estrategia metodológica adecuada; esto se debe a que, si las conclusiones generales del estudio se mantienen estables ante diferentes aproximaciones de datos faltantes, se incrementa significativamente la confianza en los resultados.

Para evaluar este impacto, se reestimaron los modelos de regresión logística múltiple comparando la muestra restringida (n = 534, casos completos) frente a la muestra ampliada (n = 705, que incorpora los casos con valores prorrateados). Cabe destacar que la muestra ampliada tiende a subestimar la prevalencia de tamizaje positivo de depresión debido a la atenuación de la varianza que produce el prorrateo al suavizar las puntuaciones hacia la media (Mazza et al., 2015), dificultando que los puntajes limítrofes alcancen el punto de corte clínico establecido para el instrumento (Kroenke et al., 2001). Sin embargo, los resultados para la muestra de 534 casos con información completa resultaron robustos: no se observaron diferencias en la dirección de las relaciones entre PHQ-9 y ACE-IQ/BCE, ni en su significancia estadística, respecto a los modelos logísticos de la muestra ampliada, permaneciendo los coeficientes (*Odds Ratios* [OR]) en magnitudes similares.

Los análisis se realizaron con el software estadístico STATA/MP 17.0. Se realizaron análisis descriptivos y bivariados (t-test para comparación de medias y pruebas de proporciones según corresponda) para explorar diferencias entre grupos. En los análisis bivariados entre ACE, BCE y sintomatología depresiva, se observaron diferencias significativas en depresión según nivel de ACE y según nivel de BCE. Estos resultados preliminares son consistentes con la literatura que indica que la adversidad aumenta el riesgo de depresión, mientras que las experiencias positivas podrían ejercer un efecto protector.

Para profundizar en el análisis se utilizaron modelos de regresión logística múltiple, en los que la variable respuesta es la presencia o no de tamizaje positivo de depresión y la variable de exposición es la cantidad de tipos de ACE a las que estuvo expuesta la persona antes de sus 18 años. Los resultados se reportan en *odds ratios* [OR], y para facilitar la interpretación clínica de los resultados se presentan probabilidades predichas para valores específicos de las variables de interés. La variable BCE se utilizó como moderadora o modificadora del efecto de las experiencias adversas. Para los análisis se incluyeron como variables de ajuste la edad, el sexo, el nivel educativo y el estado civil de los participantes. Para el modelo final se mantuvo como variable de ajuste sólo el sexo de los participantes, ya que las otras variables de ajuste no resultaron significativas para esta muestra. De esta manera, se reportan los resultados sobre el modelo más parsimonioso.

Resultados

Características sociodemográficas y prevalencia de depresión

Los participantes (380 mujeres y 323 hombres), tienen una edad promedio de 48 años, son mayoritariamente casados/convivientes o con unión civil y con educación media completa o incompleta (ver Tabla 1). Un 12.7% de la muestra presenta tamizaje positivo para depresión. Existe una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres: mientras que un 19% de las mujeres presenta tamizaje positivo, sólo un 5% de los hombres lo hace. Quienes presentan depresión tienen en promedio más ACE y menos BCE que quienes no la padecen. Por último, la edad y el nivel educacional no presentaron diferencias significativas entre las personas con y sin tamizaje positivo de depresión. (ver Tabla 2).

Tabla 1. *Características sociodemográficas y tamizaje de depresión en una muestra de 534 adultos residentes en Molina, Chile, participantes en la cohorte del MAUCO*

Características	Hombres n=239	Mujeres n=295	Total n=534
Edad (Media (DE))	48 (6.8)	48 (7.1)	48 (6.9)
(Mínimo-Máximo)	(37-66)	(37-64)	(37-66)
Estado Civil (%)			
Soltero/a	15.61	17.01	16.38
Casado/a o acuerdo de unión civil	72.57	67.69	69.87

Separado/a o divorciado/a	11.39	11.90	11.68
Viudo/a	0.42	3.40	2.07
Nivel educacional (%)			
Ninguno	0	0.34	0.19
Educación básica	19.75	17.29	18.39
Educación media (técnica, comercial, normalista e industrial)	62.61	67.46	65.29
Educación Superior y más	17.65	14.92	16.14
Tamizaje de depresión (PHQ-9)			
Puntaje (Media (DE))*	2.52 (3.65)	5.57 (5.56)	4.3 (5.00)
Tamizaje Positivo (≥10 puntos) (%)	5.02	18.98	12.73

Nota. * Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres (t-test de comparación de medias, p≤0,05)

Tabla 2. *Prevalencia de depresión en una muestra de 534 adultos residentes en Molina, Chile, participantes en la cohorte del MAUCO*

	Tamizaje positivo de depresión	
Variable	**No**	**Sí**
Sexo (%)		
Hombre	94.98	5.02
Mujer	81.02	18.98
Educación (%)		
Ninguna	100	
Básica	83.67	16.33
Media	87.64	12.36
Superior	90.7	9.3
Estado civil (%)		
Soltero	78.16	21.84
Casado/Unión Civil/Conviviente	91.37	8.63
Divorciado/Separado	80.65	19.35
Viudo	63.64	36.36
Edad (media)	48.52	49.16
Número de ACE (media)***	5.30	6.60
Número de BCE (media)***	7.40	6.00

Nota. ***p<0.001 t-test de comparación de medias

Exposición a experiencias adversas y benevolentes en la niñez

Los participantes han experimentado un promedio de 5.47 tipos de experiencias adversas antes de los 18 años (DE=2.86). Las mujeres tienden a haber experimentado más experiencias adversas que los hombres (5.77 en promedio para las mujeres vs. 5.09 para los hombres), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p<0.001). En relación con los tipos de experiencias adversas, violencia comunitaria y bullying, maltrato físico y emocional, y violencia intrafamiliar hacia otra persona son las ACE que aparecen con mayor prevalencia (ver Tabla 3). Hay también diferencias entre hombres y mujeres: comparados con los hombres, las mujeres tienden a experimentar mayor agresión sexual, negligencia emocional y presencia de trastornos de salud mental en el hogar. Por su parte, los hombres son más propensos a experimentar violencia colectiva.

Tabla 3. *Experiencias adversas en la niñez (ACEs) en una muestra de 534 adultos residentes en Molina, Chile, participantes en la cohorte del MAUCO*

	Hombres N=239	Mujeres N=295	Total N=534
Puntaje total ACE-IQ			
(Media (DE))*	5.09 (2.87)	5.77 (2.82)	5.47 (2.86)
(Mínimo- máximo)	0-13	0-12	0-13
Dimensión Negligencia Parental (%)			
Negligencia Emocional*	23.85	33.90	29.40
Negligencia Física	34.31	36.95	35.77
Dimensión Disfunción Familiar (%)			
Consumo alcohol o drogas	30.96	36.61	34.08
Presencia Trastornos Salud Mental*	5.44	15.93	11.24
Familiar cercano/a privado/a de libertad	6.28	6.78	6.55
Separación o pérdida de cuidador/a	29.29	36.27	33.15
Violencia intrafamiliar a otra persona	65.69	71.19	68.73
Dimensión Maltrato Activo (%)			
Maltrato Emocional	53.56	55.59	54.68
Maltrato Físico	60.67	67.12	64.23
Agresión Sexual*	11.30	37.29	25.66
Dimensión Violencia fuera del hogar (%)			
Bullying	51.88	51.19	51.50
Violencia Comunitaria	73.22	70.51	71.72
Violencia Colectiva*	38.49	23.05	29.96

Nota. * Diferencias significativas entre hombres y mujeres (t-test de comparación de medias *pruebas de proporciones según corresponda*, p≤0,05)

En relación con las experiencias benevolentes en la niñez, los participantes han experimentado en promedio 7.22 tipos de experiencias benevolentes antes de los 18 años. La media en la escala de BCE es mayor para los hombres que para las mujeres (7.57 vs. 6.94, $p<0.05$). Los hombres tienden a reportar en mayor proporción que las mujeres el haber tenido al menos un buen amigo, tener buenos vecinos, tener la oportunidad de divertirse y sentirse cómodo consigo mismo. Por otro lado, no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres en otras BCE tales como el tener un padre/madre o cuidador seguro, tener al menos un profesor que se preocupaba por ellos, tener otro adulto que le diera apoyo, o tener rutinas predecibles en su casa (ver Tabla 4).

Tabla 4. *Experiencias benevolentes en la niñez (BCEs) en una muestra de 534 adultos residentes en Molina, Chile, participantes en la cohorte del MAUCO*

	Hombres N=239	Mujeres N=295	Total N=534
BCE			
Media (DE)*	7.57 (2.16)	6.94 (2.41)	7.22 (2.32)
(Mínimo-Máximo)	(1 – 10)	(0 – 10)	(0 -10)
Tipo de BCE (%)			
Tenía padre, madre o cuidador/a seguro	90.38	85.76	87.83
Tenía al menos un buen amigo/a*	77.41	59.66	67.60
Tenía creencias que le consolaban	70.29	76.27	73.60
Le gustaba la escuela/colegio*	77.82	87.12	82.96

Tenía al menos un profesor/a preocupado/a	61.09	61.69	61.42
Tenía buenos vecinos/as*	86.19	79.66	82.58
Tenía otro/a adulto que le diera apoyo	56.49	54.92	55.62
Tenía oportunidad de divertirse*	71.97	46.44	57.87
Se sentía cómodo/a o a gusto consigo mismo/a*	79.50	60.34	68.91
Tenía rutinas predecibles en su casa	86.19	82.37	84.08

Nota. * Diferencias significativas entre hombres y mujeres (t-test de comparación de medias o *pruebas de proporciones según corresponda*, p≤0,05)

Efectos de las ACEs y BCEs sobre la presencia de sintomatología depresiva

Se determinó una asociación significativa de las ACE sobre la presencia de tamizaje positivo de depresión. Ajustando por sexo, el haber experimentado un tipo más de experiencia adversa antes de los 18 años está relacionado con un aumento en 1.15 veces en la probabilidad de padecer depresión (Modelo 1 en Tabla 5, OR 1.15, p<0.01). Se encontró asimismo un efecto protector de las BCE sobre la probabilidad de padecer depresión, ajustando por sexo (Modelo 2, OR 0.81, p<0.001).

Tabla 5. *Efectos de ACEs y BCEs sobre la presencia de depresión en una muestra de 534 adultos residentes en Molina, Chile, participantes en la cohorte del MAUCO (OR (95% Intervalo de Confianza)*

	Modelo 1		**Modelo 2**		**Modelo 3**		**Modelo 4**	
Número de ACEs	1.15**	(1.05 | 1.27)			1.08~	(0.97 | 1.19)	1.14	(0.87 | 1.50)
Sexo (mujer)	4.13***	(2.15 | 7.95)	3.98***	(2.06 | 7.66)	3.91***	(2.03 | 7.55)	3.90***	(2.03 | 7.60)
Número de BCEs			0.81***	(0.73 | 0.91)	0.85**	(0.75 | 0.96)	0.90	(0.67 | 1.20)
ACEs*BCEs							0.99	(0.95 | 1.03)

Nota. ***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05, ~ p<0.1

Variables como educación, estado civil, o edad no tuvieron efecto significativo, por lo que no se las incluye en los modelos finales reportados en esta tabla.

Cuando se incluyen tanto las ACE como las BCE en el modelo (Modelo 3 en la Tabla 5), se observa que el efecto de las ACE sobre la probabilidad de padecer depresión disminuye en magnitud y pierde significancia, mientras que el efecto de las BCE se mantiene, lo que sugiere que las BCE son un factor protector del efecto de las ACE sobre la probabilidad de padecer depresión. Por lo tanto, al incorporar el término de interacción ACE × BCE, no se observó un efecto moderador estadísticamente significativo, sin embargo, la dirección del efecto se mantuvo consistente con la hipótesis de atenuación, sugiriendo una posible tendencia que podría no haber alcanzado significación debido al tamaño muestral y al limitado rango de variabilidad en las BCE.

Se incorporó además análisis de sensibilidad controlando por género, edad, y niveles de educación, los cuales mostraron resultados estables y robustos, aunque con magnitudes de efecto ligeramente menores.

El modelo 4 en la Tabla 5 analiza si el efecto de las ACE sobre la probabilidad de padecer depresión difiere para distintos niveles de BCE, al introducir un término de interacción entre número de ACE y número de BCE. En este caso, ninguno de los coeficientes del modelo resulta significativo, no encontrándose una diferencia en el efecto de las ACE sobre la depresión según diversos niveles de BCE.

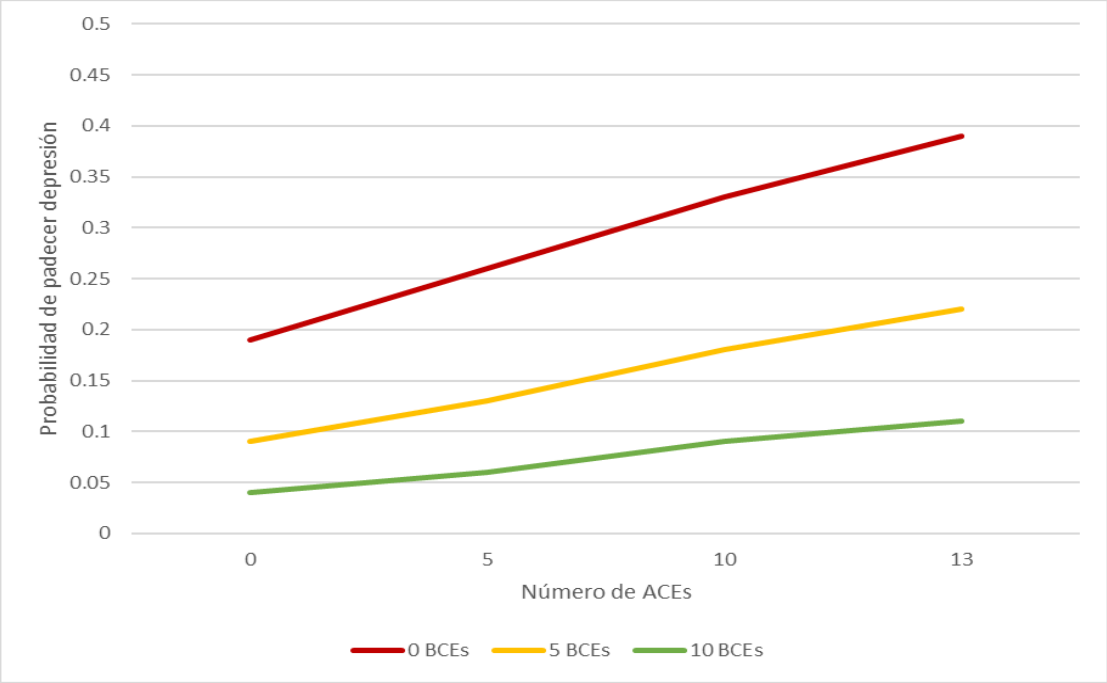
En la Tabla 6 se presentan probabilidades predichas de presentar un tamizaje positivo de depresión para diversos valores de las variables de interés (ver Tabla 6). Así, por ejemplo, se observa que una persona que ha experimentado 5 ACE pero ninguna BCE tiene una probabilidad de presentar tamizaje positivo de depresión de un 26%, mientras que una persona que también ha experimentado 5 ACE pero ha tenido 10 BCE tiene una probabilidad de tamizaje positivo de depresión de sólo un 6%. De la misma manera, una persona que ha experimentado 13 ACE pero ninguna BCE tiene una probabilidad de tamizaje positivo de depresión de un 39%, mientras que una persona con la misma cantidad de ACE pero 10 BCE tiene una probabilidad de un 11%. El gráfico 1 expresa estas relaciones en forma esquemática.

Tabla 6. *Probabilidades predichas de tamizaje positivo de depresión según número de ACE y número de BCE (Modelo 3), en adultos residentes en Molina, Chile, participantes en la cohorte del MAUCO (probabilidad (95% intervalo de confianza)*

	Número de BCE		
Número de ACE	0	5	10
0	0.19~ (-0.03|0.38)	0.09**(0.24|0.16)	0.04**(0.02|0.07)
5	0.26**(0.08|0.42)	0.13***(0.08|0.18)	0.06***(0.03|0.09)
10	0.33***(0.17|0.5)	0.18***(0.11|0.25)	0.09**(0.03|0.15)
13	0.39***(0.19|0.58)	0.22***(0.09|0.31)	0.11**(0.01|0.21)

Nota. ***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05, ~ p<0.1

Gráfico 1 *Probabilidades predichas de tamizaje positivo de depresión según número de ACE y número de BCE en adultos residentes en Molina, Chile, participantes en la cohorte del MAUCO*



Discusión

Los resultados de este estudio muestran que las experiencias adversas en la niñez se asocian significativamente con mayor sintomatología depresiva en la adultez, lo cual es consistente con la literatura internacional.

Uno de los aportes principales de este estudio es que incorpora las experiencias benevolentes (BCE) en una muestra latinoamericana, temática aún poco explorada en la región. Aunque el efecto moderador de las BCE no alcanzó significación estadística, la dirección de los efectos sugiere que las BCE podrían atenuar el impacto de las ACE, lo que es consistente con estudios internacionales recientes. Además, las BCE mostraron un efecto directo sobre la disminución de síntomas depresivos, incluso al controlar por ACE, lo que refuerza la relevancia de las experiencias positivas tempranas en el desarrollo socioemocional. Estos hallazgos sugieren que, independientemente de los niveles de adversidad, los vínculos de cuidado, la sensación de apoyo y la presencia de adultos significativos durante la infancia contribuyen a una mayor resiliencia y menor riesgo de depresión en la adultez.

La muestra de este estudio presenta una prevalencia de depresión (12.7%) menor a la encontrada en la población chilena (15.8%) (MINSAL, 2018), siendo esta última estimación medida con la entrevista Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI-SF). La diferencia en el porcentaje de tamizaje positivo de depresión pudiese estar relacionado al instrumento utilizado, ya que en este estudio se aplicó el PHQ-9, sin embargo, un estudio previo en una muestra comunitaria en el sur de Chile (Saldivia at el., 2019) muestra que la relación entre los puntajes de los dos instrumentos debiese ser inversa (tamizaje positivo con PHQ-9=16.1%, en tanto con CIDI= 10.7%), esperándose una menor prevalencia de depresión en las muestras donde se utiliza CIDI, ya que ésta tendería a mayor especificidad en el diagnóstico. Contrario a lo esperado, la muestra analizada en este estudio presenta valores menores en el tamizaje positivo de depresión, aun utilizando un instrumento que pudiese sobre-representar la probabilidad de presentar depresión, en comparación a un diagnóstico clínico según criterios DSM-IV o CIE-10. Si se analiza con detalle la distribución de los puntajes, se aprecia que a pesar de que ambos estudios -Encuesta Nacional de Salud [ENS] 2016-2017 y el presente estudio- se mantienen las diferencias significativas por sexo. En la ENS, los porcentajes corresponden a 10% y 21.7%, hombres vs. mujeres, en tanto en este estudio, 5% vs 19% respectivamente. De estos valores, se puede concluir que lo que aporta mayormente al menor porcentaje encontrado en esta muestra es el bajo tamizaje positivo de depresión presente en los hombres. Las características sociodemográficas, antropométricas, estilos de vida y factores psicosociales pudiesen estar representados diferencialmente entre hombres y mujeres, por lo anterior, sería interesante que estudios posteriores pudieran analizar los factores protectores y de riesgo identificados en el análisis detallado de la ENS 2016-2017, frente a la ocurrencia de tamizaje positivo de depresión en esta muestra. Los hallazgos también aportan evidencia a discusiones recientes sobre equidad de género en salud mental, considerando que las tasas más altas de depresión se concentran en mujeres. Es decir, en nuestros análisis, el género se mantuvo como un predictor significativo de depresión, lo que refuerza la importancia de incorporar perspectivas de género en el diseño de intervenciones preventivas basadas en experiencias tempranas.

En cuanto a la ocurrencia de experiencias adversas en la niñez (ACEs), la muestra de estudio presenta una media superior (5.47; DS=2.86) a la mayoría de los estudios internacionales (Pace et al., 2022), donde se utilizó el cuestionario ACE-IQ. Solo se encontraron medias iguales o superiores en estudios de Nigeria, China, Estados Unidos, Kenya y Canadá. Si bien los resultados son desalentadores, en cuanto a la gran cantidad de experiencias adversas que se reportan en la muestra, estos resultados no difieren mayormente de los datos conocidos acerca de la población infanto-juvenil de Chile, donde se reporta que el 71% de niños y niñas sufren algún tipo de violencia por parte de cuidadores principales y en este estudio más del 65% ha experimentado algún tipo de maltrato activo dentro del hogar. En tanto, estudios recientes 22.3% de niños declaran haber vivido situaciones de bullying y en la muestra lo declara un 51.5%. Por último, en la Encuesta de hogares CASEN 2017 se determina que un 49% de los hogares donde hay personas menores de 18 años han presenciado violencia en el entorno residencial, en tanto un 71.7% de la muestra de este estudio declara haber experimentado violencia comunitaria. Lamentablemente, esta comparación podría normalizar la ocurrencia de situaciones violentas y adversas en la niñez, pero no es esa la intención, sino más bien alertar sobre la repetición intergeneracional, y tal vez transgeneracional, de las experiencias adversas en la niñez de la población chilena.

Respecto a la ocurrencia de ACEs y sexo, se observa una mayor presencia de ellas en mujeres, presentando la negligencia emocional, agresión sexual y cuidador con trastorno de salud mental, diferencias significativas respecto a los hombres. Esto coincide con estudios recientes que evidencian que las niñas, adolescentes y mujeres adultas presentan mayores tasas de ciertas formas de adversidad, especialmente maltrato, negligencia y agresión sexual (Supke et al., 2025), lo que podría vincularse a desigualdades de género, relaciones de poder asimétricas y mayor vulnerabilidad a la victimización interpersonal en contextos familiares y comunitarios.

En cuanto a las experiencias benevolentes en la niñez, la muestra de estudio constituye la primera investigación chilena en que se ha aplicado la Escala BCE, por tanto, no hay resultados nacionales que permitan comparación en la ocurrencia de dichas experiencias. En cuanto a estudios internacionales, muestras en EE.UU. reportan medias de M=7.56 (DS=2.23) y M=7.84 (DS=2.14), en tanto en China M=8.63 (DS=1.73). Los resultados internacionales son similares a los encontrados en la muestra de estudio, con una M=7.22 (DS=2.32). Uno de los hallazgos de este estudio es que los hombres reportan un número total de experiencias benevolentes mayor a las mujeres. Esta diferencia no se encontró en estudios similares, los que reportan una distribución equitativa entre hombres y mujeres (Zhan et al., 2021, Landa-Blanco et al., 2024, Zagaria et al., 2025). Si bien este hallazgo es llamativo, se requieren otros estudios con muestras chilenas, y con resultados similares, para dar cuenta de una tendencia. Como posible explicación, se podría hipotetizar un mayor control y exigencia en los patrones culturales de socialización de género en el contexto chileno para las mujeres, lo que reduciría su percepción de experiencias benevolentes en comparación con los

hombres, hipótesis que debería explorarse en futuros estudios con foco en socialización de género y experiencias benevolentes en la niñez.

La escala de experiencias benevolentes en la niñez es un aporte para la investigación en benevolencia en la niñez, ya que es el único de su clase que congrega experiencias positivas relacionales con uno mismo, el hogar, la escuela y la comunidad. Se sugiere el uso de este instrumento para otras investigaciones de salud pública, de manera que se recopile más evidencia sobre su asociación con salud –física y mental– en la adultez.

Los resultados de este estudio respaldan las conclusiones de la evidencia internacional respecto de la asociación entre ACEs y sintomatología depresiva o cuadros depresivos –dependiendo del método para medir la variable respuesta de depresión- constatándose una asociación entre un mayor número de ACEs y una mayor probabilidad de presentar depresión (Hughes et al., 2017). Es así como hay una diferencia significativa en la media de ACE presentadas en el grupo que presenta tamizaje positivo de depresión, del que no lo presenta ($M=6.6$ vs. $M=5.3$, $p<0.001$) y al controlar por sexo el OR= 1.15 (95% IC (1.05; 1.27)).

Este estudio se diferencia de otros anteriores en que encuentra una diferencia en el efecto de las ACE sobre la sintomatología depresiva entre hombres y mujeres. La relación entre ACE y el tamizaje positivo para depresión se da principalmente en el caso de las mujeres. Esto es un hallazgo, dado que, en la mayoría de los estudios -donde se asocia ACE a la ocurrencia de depresión- no se ha encontrado que se diferencie por sexo (Hughes et al., 2017). Lo cual debe ser analizado con mayor profundidad en estudios posteriores, de manera de explorar en las variables que influyen en esta diferencia.

Otro de los hallazgos relevantes de este estudio, considerando su potencial beneficio en la prevención de la patología, es la asociación inversa entre BCE y sintomatología depresiva, la cual es estadísticamente significativa, respaldando conclusiones de otros estudios similares a nivel internacional (Narayan et al., 2018; Chung et al., 2008). Estos hallazgos resaltan la importancia de fomentar las experiencias benevolentes en la niñez para prevenir e intervenir patologías de salud.

Asimismo, las BCE son un factor protector, el efecto de las ACE sobre la probabilidad de tener un tamizaje positivo de depresión, un hallazgo que se condice con lo encontrado en los estudios relacionados (Crandall et al., 2019; Bethell et al., 2019; Narayan et al., 2018). Estudios posteriores deberían indagar con mayor profundidad los mecanismos biológicos y psicológicos de este efecto independiente de las BCE en esta relación.

Los aportes de esta propuesta de estudio, por una parte, son que contribuyen al conocimiento sobre la ocurrencia de una gama más amplia de experiencias adversas en la niñez, dado que en Chile no se han encontrado estudios que integren un análisis de la complejidad del efecto de la polivictimización en la niñez -todo el espectro de ACE- sobre

la salud de las personas adultas. Por otra parte, aborda una brecha en el conocimiento, al estudiar el efecto protector de las BCE para la ocurrencia de tamizaje positivo de depresión. Por último, los hallazgos destacan la necesidad de evaluaciones integrales, tanto de ACE como de BCE, en contextos de salud.

En resumen, los resultados sugieren que hay una asociación significativa de las ACE sobre la probabilidad de padecer depresión: a mayor número de ACE, mayor es la probabilidad de padecer depresión. Por su parte, las BCE tienen un factor protector independiente sobre la probabilidad de padecer depresión: cuanto mayor es el número de BCE experimentado por una persona antes de sus 18 años, menores son las probabilidades de padecer depresión. Se observa también que las BCE tienen un efecto moderador del efecto de las ACE sobre la probabilidad de padecer depresión, aunque la magnitud de este efecto protector no varía en forma significativa según el número de BCE (es decir, no se observa una interacción entre ACE y BCE). Por otro lado, la ausencia de significación estadística en la interacción ACE × BCE podría deberse a:

- Limitada variabilidad en los niveles de BCE, dado que la mayoría reportó puntajes altos
- Tamaño muestral insuficiente para detectar efectos de interacción más pequeños
- Medición autorreportada, sensible a memoria y deseabilidad social
- Características contextuales de la región del Maule, región con alta cohesión familiar, lo que podría reducir variación en las BCE

Este último punto es particularmente relevante, ya que la región del Maule presenta un componente rural significativo (Ferreccio et al., 2016), por lo que se podría hipotetizar que las dinámicas familiares y comunitarias propias de este contexto modularían la forma en que las BCE operan como protectores. Cabe hipotetizar, además, que el efecto protector de las BCE podría requerir de un umbral mínimo de experiencias benevolentes para manifestarse de forma estadísticamente detectable, hipótesis que debería explorarse en futuros estudios con mayor variabilidad muestral, dado que los puntajes BCE de la muestra de este estudio no la tienen.

Limitaciones

La principal limitación de este estudio es el uso de auto-reporte para recoger una experiencia de la niñez; con alto riesgo de sesgos de memoria y de información, lo que puede implicar incertezas a las mediciones del efecto, además del posible sesgo de deseabilidad social. El tamaño de la muestra no permitió hacer un análisis por cohorte de nacimiento y sexo. El diseño transversal impide establecer relaciones causales entre ACE, BCE y depresión. Las BCE presentaron un techo elevado, limitando su variabilidad y posible detección de efectos moderadores. La muestra es propia de una región específica (Maule), lo que limita la generalización a nivel nacional. Por último, no se incorporaron variables de

contexto familiar actual ni de apoyo social adulto, que podrían interactuar con las ACE y BCE.

Conclusión e implicancias

Los resultados de este estudio confirman que las experiencias adversas en la niñez se asocian a mayor sintomatología depresiva en la adultez, mientras que las experiencias benevolentes se asocian a menor sintomatología. Aunque no se observó una moderación estadísticamente significativa, los resultados sugieren una dirección consistente con modelos de resiliencia basados en experiencias positivas tempranas.

Este estudio entrega información relevante para el tratamiento de la depresión y para las políticas públicas de protección social, en cuanto releva la importancia de las experiencias adversas tempranas en la ocurrencia de depresión y el rol protector de las experiencias benevolentes en la niñez. La Guía Clínica para Depresión en personas mayores de 15 años de Chile, si bien reconoce la importancia de las experiencias traumáticas en la niñez como factor de riesgo para la ocurrencia de depresión, no incluye recomendaciones para el abordaje de este riesgo. A su vez, la guía clínica no menciona y, por tanto, tampoco entrega recomendaciones respecto a la promoción de experiencias positivas/benevolentes como factor protector para la ocurrencia de depresión.

Este estudio, en conjunto con otros que indaguen con mayor profundidad en los mecanismos mencionados, pueden ser un aporte para contribuir a la prevención temprana de casos de depresión. A su vez, estos resultados podrían contribuir a las políticas de protección social ya existentes, como el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza Chile Crece Contigo. A pesar de la evidencia empírica que documenta el papel relevante de las experiencias benevolentes en la niñez en la predicción de la adaptación a lo largo de la vida, la evaluación o indagación de las mismas, así como su inclusión en programas preventivos, promocionales o de intervención aún no se ha integrado completamente en los esfuerzos de políticas y salud pública y por tanto, este estudio pretende aportar al conocimiento de la asociación de las experiencias benevolentes en la niñez con depresión, de manera de identificar recursos de resiliencia vinculados al estado de salud de personas adultas, y contribuir a la comprensión de cómo éstas experiencias positivas pueden contrarrestar los efectos a largo plazo de la adversidad en la niñez (Merrick y Narayan, 2020). Por lo tanto, este estudio aporta evidencia valiosa para el contexto latinoamericano, destacando la necesidad de políticas y programas que promuevan experiencias benevolentes en la infancia como estrategia preventiva en salud mental.

Reconocimientos

Esta investigación fue financiada por la Vicerrectoría de Investigación de la Pontificia Universidad Católica de Chile; por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID), a través de los proyectos ANID/FONDECYT/Regular 1180224 y ANID/FONDAP 15130011; por el Centro de Investigación del Abuso y la Adversidad Temprana (CUIDA); y por la Fundación para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP).

Referencias

Anda, R. F., Butchart, A., Felitti, V. J. & Brown, D. W. (2010). Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. *American Journal of Preventive Medicine, 39*(1), 93–98. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.03.015

Álvarez, C. A., Briceño, A. M., Álvarez, K., Abufhele, M. y Delgado, I. (2018). Estudio de adaptación y validación transcultural de una escala de satisfacción con la vida para adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría, 89*(1), 51-58. https://doi.org/10.4067/S0370-41062018000100051

Almuneef, M., Qayad, M., Aleissa, M. Albuhairan, F. (2014). Adverse childhood experiences, chronic diseases, and risky health behaviors in Saudi Arabian adults: A pilot study. *Child Abuse & Neglect, 38*(11), 1787–1793. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.06.003

Baader, T., Molina, J. L., Venezian, S., Rojas, C., Farías, R., Fierro-Freixenet, C. y Cid, 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://doi.org/10.4067/S0717-92272012000100002

Ballesteros, T. S., Vitriol, G. V., Florenzano, U. R., Vacarezza, L. A. y Calderón, K. A. (2007). Mujeres con depresión severa: Relación entre trauma infantil y gravedad de síntomas clínicos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 45*(4), 288–295. https://doi.org/10.4067/S0717-92272007000400004

Barrera, P., Santelices, M. P. y Undurraga, C. (2026). Links between adverse and benevolent childhood experiences and adult mental health in Chile. *Child Protection and Practice*, *9*, 100297. https://doi.org/10.1016/j.chipro.2026.100297

Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Ramos Rodriguez, G., Sethi, D. y Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health, 4*(10), e517–e528. https://doi.org/10.1016/S2468-2667%2819%2930145-8

Bethell, C., Jones, J., Gombojav, N., Linkenbach, J. y Sege, R. (2019). Positive childhood experiences and adult mental and relational health in a statewide sample: Associations across adverse childhood experiences levels. *JAMA Pediatrics, 173*(11), e193007. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.3007

Bucci, M., Marques, S. S., Oh, D. y Burke Harris, N. (2016). Toxic stress in children and adolescents. *Advances in Pediatrics, 63*(1), 403–428. https://doi.org/10.1016/j.yapd.2016.04.002

Campbell, J. A., Walker, R. J. y Egede, L. E. (2016). Associations between adverse childhood experiences, high-risk behaviors, and morbidity in adulthood. *American Journal of Preventive Medicine, 50*(3), 344–352. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.07.022

Cicchetti, D. y Rogosch, F. A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology, 9*(4), 797–815. http://doi.org/10.1017/S0954579497001442

Chung, E. K., Mathew, L., Elo, I. T., Coyne, J. C. y 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. https://doi.org/10.1016/j.ambp.2007.12.003

Crandall, A., Miller, J. R., Cheung, A., Novilla, L. K., Glade, R., Novilla, M. L. B., Magnusson, B. M., Leavitt, B. L., Barnes, M. D. y 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

Cuneo, C., González, I., Jara, M., Palomares, R., Cruz, C. y Florenzano, R. (2005). Validación externa de la Escala de Trauma de Marshall. En R. Florenzano, K. Weil, C. Carvajal y C. Cruz (Eds.), *Trauma infanto-juvenil y psicopatología adulta* (p. 145). Universidad de los Andes.

Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H. y Anda, R. F. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems: Evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine*, *37*(3), 268–277. https://doi.org/10.1016/s0091-7435(03)00123-3

Duraković-Belko, E., Kulenović, A. y Dapić, R. (2002). Determinants of posttraumatic adjustment in adolescents from Sarajevo who experienced war. *Journal of Clinical Psychology*, *59*(1), 27–40. https://doi.org/10.1002/jclp.10115

Felitti, V. J., 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

Ferreccio, C., Roa, J. C., Bambs, C., Vives, A., Corvalán, A. H., Cortés, S., Foerster, C., Acevedo, J., Huidobro, A., Passi, A., Toro, P., Covacevich, Y., De La Cruz, R., Koshiol, J., Olivares, M., Miquel, J. F., Cruz, F., Silva, R., Quest, A. F., ... Lavandero, S. (2016). Study protocol for Maule Cohort (MAUCO) of chronic diseases, Chile 2014–2024. *BMC Public Health*, *16*(122). https://doi.org/10.1186/s12889-015-2454-2

GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet, 388(10053), 1545–1602. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6

Gilbert, L. K., Breiding, M. J., Merrick, M. T., Thompson, W. W., Ford, D. C., Dhingra, S. S. y Parks, S. E. (2015). Childhood adversity and adult chronic disease: An update from ten states and the District of Columbia, 2010. *American Journal of Preventive Medicine*, *48*(3), 345–349. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.09.006

Graham, J. W. (2009). Missing data analysis: Making it work in the real world. *Annual Review of Psychology, 60*, 549–576. https://doi.org/dwh9qg

Gunnar, M. y Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology*, *58,* 145–173. https://doi.org/fkf6c9

Hillis, S. D., Anda, R. F., Dube, S. R., Felitti, V. J., Marchbanks, P. A., Macaluso, M. y Marks, J. S. (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. https://doi.org/10.7812/TPP/10-028

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L. y Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, *2*(8), e356–e366. https://doi.org/10.1016/S2468-2667%2817%2930118-4

Ip, P., Wong, R. S., Li, S. L., Chan, K. L., Ho, F. K. y Chow, C. B. (2016). Mental health consequences of childhood physical abuse in Chinese populations: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, *17*(5), 571-584. https://doi.org/f896v5

Johnson, S. B., Riley, A. W., Granger, D. A. y Riis, J. (2013). The science of early life toxic stress for pediatric practice and advocacy. *Pediatrics*, *131*(2), 319–327. https://doi.org/10.1542/peds.2012-0469

Kajeepeta, S., Gelaye, B., Jackson, C. L. y Williams, M. A. (2015). Adverse childhood experiences are associated with adult sleep disorders: A systematic review. *Sleep Medicine, 16*(3), 320–330. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.12.013

Kalmakis, K. A. y Chandler, G. E. (2015). Health consequences of adverse childhood experiences: A systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, *27*(8), 457–465. https://doi.org/10.1002/2327-6924.12215

King, M., Walker, C., Levy, G., Bottomley, C., Royston, P., Weich, S., Bellón-Saameño, J. Á., Moreno, B., Švab, I., Rotar, D., Rifel, J., Maaroos, H.-I., Aluoja, A., Kalda, R., Neeleman, J., Geerlings, M. I., Xavier, M., Carraça, I., Gonçalves-Pereira, M., … Nazareth, I. (2008). Development and validation of an international risk prediction algorithm for episodes of major depression in general practice attendees: The PredictD study. *Archives of General Psychiatry, 65*(12), 1368–1376. https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.12.1368

King, M., Weich, S., Torres-González, F., Svab, I., Maaroos, H. I., Neeleman, J., Xavier, M. y Nazareth, I. (2006). Prediction of depression in European general practice attendees: The PREDICT study. *BMC Public Health, 6*(6). https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-6

Kroenke, K., Spitzer, R. L. y Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, *16*, 606–613. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Landa-Blanco, M., Herrera, T., Espinoza, H., Girón, K., Moncada, S. y Cortés-Ramos, A. (2024). The impact of benevolent childhood experiences on adult flourishing: The mediating role of Light Triad traits. *Frontiers in Psychology*, *15*, 1320169. http://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1320169

Mandelli, L., Petrelli, C. y 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), 665–680. https://doi.org/f7q857

Mazza, G. L., Enders, C. K. y Ruehlman, L. S. (2015). Addressing Item-Level Missing Data: A Comparison of Proration and Full Information Maximum Likelihood Estimation. *Multivariate behavioral research*, *50*(5), 504–519. https://doi.org/gfrkjh

Merrick, J. S. y Narayan, A. J. (2020). Assessment and screening of positive childhood experiences along with childhood adversity in research, practice, and policy. *Journal of Children & Poverty*, *26*(2), 269–281. https://doi.org/j5kq

Ministerio de Salud. (2008). *Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible*. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública y Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad Católica de Chile. https://tinyurl.com/462ewys9

Ministerio de Salud de Chile. (2013). *Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010.* MINSAL. https://tinyurl.com/ys2y39nz

Ministerio de Salud de Chile. (2018). *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Informe final*. MINSAL. https://epi.minsal.cl/encuesta-ens-descargable/

Nahar, K., Mousum, S., Salwa, M., Fatema, K., Chowdhury, T., Tasnim, A., Khan, M. M. H. y Haque, M. A. (2025). Childhood echoes: How benevolent and adverse childhood experiences shape adult mental well-being. *Child Abuse & Neglect, 163,* 107308. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2025.107308

Narayan, A. J., Rivera, L. M., Bernstein, R. E., Harris, W. W. y Lieberman, A. F. (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. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.09.022

Pace, C. S., Muzi, S., Rogier, G. y Meinero, L. L. (2022). The Adverse Childhood Experiences-International Questionnaire (ACE-IQ) in community samples around the world: A systematic review (Part I). *Child Abuse & Neglect, 129*, 105640. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105640

Pianta, R. C., Steinberg, M. S. y Rollins, K. B. (1995). The first two years of school: Teacher–child relationships and deflections in children's classroom adjustment. *Development and Psychopathology, 7*(2), 295–312. http://doi.org/10.1017/S0954579400006519

Saldivia, S., Vicente, B., Marston, L., Melipillán, R., Nazareth, I., Bellón-Saameño, J., Xavier, M., Maaroos, H. I., Svab, I., Geerlings, M.-I. y King, M. (2014). Development of an algorithm to predict the incidence of major depression among primary care consultants. *Revista Médica de Chile*, *142*(3), 323–329. https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000300006

Santelices, M. P., Barrera, P., Undurraga, C., Valenzuela, E., Viviani, P., Hamilton, J. y Murillo, J. (2024). Analyzing the relationship between individual and cumulative score of adverse childhood experiences (ACEs) with self-reported mental health disorders in Chile. *Child Abuse & Neglect, 155,* 106997. https://doi.org/rj5f

Santelices, M. P., Velasco-Hodgson, M. C., Ferreccio, C., Undurraga, C. y Carvajal-Araneda, K. (2025). The psychometric properties of the ACE-IQ questionnaire's binary and frequency scoring methods in a Chilean community sample. *Children, 12*(3), 340. https://doi.org/10.3390/children12030340

Selous, C., Kelly-Irving, M., Maughan, B., Eyre, O., Rice, F. y Collishaw, S. (2020). Adverse childhood experiences and adult mood problems: Evidence from a five-decade prospective birth cohort. *Psychological Medicine*, *50*(14), 2444–2451. https://doi.org/10.1017/S003329171900271X

Supke, M., Hahlweg, K., Schulz, W. y Job, A.-K. (2025). Sex-specific differences in the experience of adverse childhood experiences: Transmission, protective, and risk factors from the perspectives of parents and their children—Results of an 18-year German longitudinal study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *19*, 46. https://doi.org/10.1186/s13034-025-00904-6

UNICEF Chile. (2015). *4° estudio de maltrato infantil en Chile: Análisis comparativo 1994–2000–2006–2012*. Fondo de las naciones Unidas para la infancia. https://tinyurl.com/2m4urzhp

Vicente, B., Rojas, R., Saldivia, S., Pérez, C., Melipillán, R., Hormazábal, N. y Pihan, R. (2016). Determinantes biopsicosociales de depresión en pacientes atendidos en centro

de atención primaria de Concepción, Chile. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, *54*(2), 102–112. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272016000200004

World Health Organization. (2018). *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire. In Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)*. WHO. https://tinyurl.com/56ks32d6

Zatti, C., Rosa, V., Barros, A., Valdivia, L., Calegaro, V. C., Freitas, L. H., Ceresér, K. M., Rocha, N. S., Bastos, A. G. y Schuch, F. B. (2017). Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Research*, *256*, 353–358. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.082

Zagaria, A., Karatzias, T., Hyland, P. y Shevlin, M. (2025). The structure of benevolent childhood experiences: A latent class analysis and association with mental health outcomes and psychological factors in a large adult UK sample. *Adversity and Resilience Science*, *6*(2), 123–137. https://doi.org/10.1007/s42844-025-00167-2

Zhan, N., Xie, D., Zou, J., Wang, J. y Geng, F. (2021). The validity and reliability of benevolent childhood experiences scale in Chinese community adults. *European Journal of Psychotraumatology, 12*(1), 1945747. https://doi.org/gstjx8

Para citar en APA 7

Velasco-Hodgson, M. C., Santelices-Álvarez, M. P., Rojas-Castillo, G. y Ferreccio-Readi, C. (2026). ¿Pueden las experiencias benevolentes atenuar el impacto de la adversidad infantil en la depresión adulta? Estudio en una cohorte chilena. *Terapia Psicológica (En línea)*, *44*(2), 189-212. https://doi.org/10.4067/S0718-48082026000200189

© 2026 Terapia Psicológica