

EXPERIENCIAS ADVERSAS INFANTO-JUVENILES, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS CUIDADORAS DE MENORES QUE HAN VIVIDO EVENTOS POTENCIALMENTE TRAUMÁTICOS

ADVERSE CHILDHOOD AND YOUTH EXPERIENCES, ANXIETY, AND DEPRESSION IN ADULT CAREGIVERS OF MINORS WHO HAVE EXPERIENCED POTENTIALLY TRAUMATIC EVENTS

Recibido: 15 de febrero de 2025 | Aceptado: 24 de noviembre de 2025

DOI: <https://doi.org/10.55611/revps.3602.06>

Yamilette **Conde-Serrano**¹, Génesis **Morales-Dechoudens**¹, Ivelisse **Pedreira-García**¹,
Eduardo **Cumba-Avilés**¹, Emily **Sáez-Santiago**¹

¹ Instituto de Investigación Psicológica, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, San Juan, Puerto Rico

RESUMEN

Las experiencias adversas infanto-juveniles (ACEs, por sus siglas en inglés) son eventos potencialmente traumáticos ocurridos antes de los 18 años que aumentan el riesgo de trastornos de salud mental, como ansiedad y depresión, y pueden afectar las habilidades parentales. Examinamos la relación entre ACEs y síntomas de ansiedad y depresión en 140 personas cuidadoras de menores en Puerto Rico (90% mujeres; $M = 41.84$ años). Utilizamos el Adverse Childhood Experiences Questionnaire, el Generalized Anxiety Disorder-7 y el Patient Health Questionnaire-9. Las personas reportaron, en promedio, tres ACEs; los más comunes fueron la separación parental (49.28%), no sentirse amado(a) (37.41%) y maltrato verbal (36.69%). Un 33.81% experimentó cuatro o más ACEs. Encontramos correlaciones significativas (r) ($p < .001$) entre el total de ACEs y las puntuaciones de ansiedad (.347) y depresión (.327). Quienes reportaron ≥ 4 ACEs presentaron niveles mayores de ansiedad ($F = 10.44, p = .002$) y depresión ($F = 3.95, p = .049$) que quienes reportaron menos ACEs, aun al ajustar por el número de eventos estresantes. Estos hallazgos subrayan la importancia de abordar las ACEs y ofrecer intervenciones para promover el bienestar psico-emocional y fortalecer las capacidades parentales en personas cuidadoras hispanas de personas menores afectadas por trauma.

PALABRAS CLAVE: ansiedad, depresión, experiencias adversas infanto-juveniles, personas cuidadoras, trauma.

ABSTRACT

Adverse childhood experiences (ACEs) are potentially traumatic events occurring before age 18 that increase the risk of mental health disorders, such as anxiety and depression, and may affect parenting abilities. We examined the relationship between ACEs and symptoms of anxiety and depression in 140 caregivers of minors in Puerto Rico (90% women; $M = 41.84$ years). We used the Adverse Childhood Experiences Questionnaire, the Generalized Anxiety Disorder-7, and the Patient Health Questionnaire-9. Caregivers reported an average of three ACEs, with the most common being parental separation (49.28%), not feeling loved (37.41%), and verbal abuse (36.69%). A total of 33.81% reported experiencing four or more ACEs. We found significant correlations (r) ($p < .001$) between the total number of ACEs and anxiety (.347) and depression scores (.327). Caregivers who reported ≥ 4 ACEs showed higher levels of anxiety ($F = 10.44, p = .002$) and depression ($F = 3.95, p = .049$) than those with fewer ACEs, even adjusting for the number of stressful events experienced. These findings highlight the importance of addressing ACEs and providing interventions aimed at promoting psycho-emotional well-being and strengthening parenting skills among Hispanic caregivers of minors affected by trauma.

KEYWORDS: adverse childhood experiences, anxiety, caregivers, depression, trauma.

Las experiencias adversas infanto-juveniles (ACEs, por sus siglas en inglés) son eventos potencialmente traumáticos (EPTs) que ocurren antes de los 18 años (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2025; Felitti et al., 1998). Estas pueden influir en una persona de manera psicológica, física y social. Los estudios de ACEs suelen utilizar un índice acumulativo de abuso y negligencia infantil (abuso físico, emocional y sexual, negligencia física y emocional), así como ACEs relacionadas con violencia doméstica, separación de las personas cuidadoras, abuso de sustancias en el hogar, trastorno mental o encarcelamiento de una persona integrante del hogar (Govender et al., 2025; Swedo et al., 2023).

Frecuencia de las ACEs y su Impacto en el Ámbito Psicosocial y en la Salud

Las ACEs son frecuentes y pueden tener consecuencias persistentes. Dos de cada tres personas adultas han vivido al menos uno de estos eventos adversos (Swedo et al., 2023) y una de cada seis ha vivido cuatro o más (Madigan et al., 2023). Quienes han experimentado ACEs tienen mayor riesgo de trastornos de salud mental en la adultez, lo que puede afectar sus destrezas parentales. Por ejemplo, Griffith et al. (2024) indican que la anhedonia en personas cuidadoras puede deteriorar la relación con menores y ser un factor de riesgo para la depresión juvenil. Así, las ACEs pueden trascender generaciones, afectando la dinámica familiar y el desarrollo infanto-juvenil. Destacan que la anhedonia es la disminución o pérdida de capacidad para sentir placer o interés en actividades usualmente gratificantes, lo que afecta tanto la motivación como la experiencia de disfrute (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022).

En su revisión sistemática, Rowell y Neal-Barnett (2022) subrayan que las personas cuidadoras con un historial de ACEs presentan mayores dificultades en regulación emocional, sensibilidad afectiva y prácticas de disciplina, lo que impacta la calidad del vínculo parental y puede aumentar el riesgo de psicopatología en la niñez. Asimismo,

Bethell et al. (2019) evidencian que experiencias tempranas positivas pueden atenuar el impacto negativo de las ACEs y favorecer prácticas parentales más saludables y un bienestar relacional mayor en la adultez. Estos hallazgos resaltan la importancia de las ACEs como factor clave en el diseño de intervenciones que promuevan prácticas de crianza positivas y ambientes protectores.

Las ACEs aumentan el riesgo de problemas en la adolescencia y la adultez, lo que incluye violencia, conductas de riesgo, condiciones crónicas de salud y disminución de la expectativa de vida (CDC, 2021; Elmore & Crouch, 2020; Swedo et al., 2023). Además, se han asociado con deficiencias y dificultades sociales, emocionales y cognitivas (Anda et al., 2006; Briere, 2008), así como con trastornos del ánimo como ansiedad y depresión (Dagnino et al., 2020; Gu et al., 2022), autolesiones y comportamiento suicida (Sahle et al., 2022) y trastornos de la conducta alimentaria (Rienecke et al., 2022). También, se ha evidenciado su relación con el consumo de sustancias (Govender et al., 2025), así como con enfermedades crónicas en la adultez (CDC, 2021). Incluso, quienes han vivido ACEs muestran una mayor predisposición a otras experiencias adversas como victimización por pares y violencia comunitaria (Finkelhor et al., 2013).

De otra parte, el "Center on the Developing Child" (2017) subraya que la pobreza extrema, el abuso y la negligencia pueden debilitar la arquitectura cerebral en desarrollo, lo que afecta la salud a largo plazo. Se han documentado alteraciones en sistemas cerebrales claves para el manejo del estrés y la memoria en personas expuestas a ACEs (Ressler et al., 2022). También se ha demostrado que la activación prolongada del sistema del estrés y la secreción sostenida de cortisol pueden producir efectos neurotóxicos sobre el cerebro en desarrollo e incrementar la vulnerabilidad de trastornos mentales como ansiedad y depresión (Lee et al., 2021).

Estudios Sobre Experiencias Adversas Infanto-Juveniles en Poblaciones Puertorriqueñas

Las ACEs y su impacto en la salud mental han sido ampliamente documentadas en poblaciones hispanas y puertorriqueñas. En Puerto Rico, se ha encontrado que las ACEs están relacionadas con mayor prevalencia de estrés postraumático, ansiedad y depresión (Pacheco-Maldonado, 2024; Zhen-Duan et al., 2023), ideación y tentativas suicidas en personas jóvenes adultas (Polanco-Roman et al., 2021), consumo de sustancias como alcohol y cannabis (Gonçalves et al., 2023) y alteraciones del sueño (Olsen et al., 2024). En el ámbito clínico, la disociación y la depresión son frecuentes en pacientes con antecedentes de trauma infantil (Francia-Martínez et al., 2003) y el abuso sexual en la infancia se ha vinculado con trastornos de la conducta alimentaria y síntomas disociativos (Mercado et al., 2008). Además, el apego inseguro-desorganizado puede mediar la relación entre trauma infantil y disociación en personas adultas puertorriqueñas (Cay-Bonilla & Pérez-Pedrogo, 2023). Estos hallazgos subrayan la necesidad de investigar el impacto de las ACEs en la salud mental de la población adulta puertorriqueña y desarrollar intervenciones culturalmente sensibles.

Salud Mental en la Población de Puerto Rico

En Puerto Rico, la ansiedad y la depresión son muy prevalentes. En el más reciente estudio epidemiológico de personas adultas, los trastornos específicos más comunes incluyeron depresión mayor, fobia social y trastorno de ansiedad generalizada (Canino et al., 2019). Existe alguna evidencia que sugiere que, en los últimos años, ha aumentado la prevalencia de estos trastornos en menores y en personas adultas (Cameron-Maldonado et al., 2023; Triana, 2022). Actualmente, la pandemia del COVID-19 ha exacerbado los síntomas postraumáticos, ansiosos y depresivos en la población adulta de Puerto Rico (Cumba-Avilés et al., 2024; Ortiz-Domenech et al., 2024). La prevalencia de trastornos de ansiedad es mayor para los grupos adultos menores de 50 años

(Cameron-Maldonado et al., 2023), quienes albergan la mayor parte de las personas que cuidan menores. De hecho, un estudio reciente reveló que las mujeres de Puerto Rico que cuidaban a alguien de menos de 18 años durante la pandemia presentaron tasas mayores de síntomas de ansiedad y depresión que las que no cuidaban menores (Rivera-Arroyo et al., 2024).

Justificación, Objetivo e Hipótesis del Estudio

Según Canino et al. (2019), la prevalencia de trastornos psiquiátricos en Puerto Rico (22.5%) es similar a la de Estados Unidos (20.7%), aunque los trastornos por uso de sustancias son más comunes en Puerto Rico (7.8% vs. 4.6%). Estos datos epidemiológicos, sin embargo, corresponden a periodos previos al huracán María y la pandemia de COVID-19. Este contexto subraya la necesidad de estudiar la salud mental de la población adulta puertorriqueña a partir de la pandemia, especialmente la ansiedad y la depresión y su relación con las ACEs. Las personas adultas cuidan menores que suelen ser más vulnerables que ellas ante EPTs y pueden beneficiarse del apoyo parental para enfrentar y superar las adversidades. Quienes vivieron múltiples ACEs podrían enfrentar mayor dificultad para cuidar menores y proveerles el apoyo que necesitan, dada su propia vulnerabilidad (Rowell & Neal-Barnett, 2022), particularmente si cuidan menores que han vivido EPTs. Investigar y documentar los vínculos entre ACEs y problemas de salud mental (como ansiedad y depresión) en personas cuidadoras de este tipo de menores puede proveer información que facilite el diseño y adopción de intervenciones clínicas. Estas pueden fortalecer el apoyo a personas cuidadoras, sus familias y sus redes de cuidado social, lo que resultaría, incluso, en mayor bienestar para tales menores.

Este estudio exploratorio tuvo como objetivo evaluar la relación entre las ACEs y los síntomas de ansiedad y depresión en personas cuidadoras de menores participantes de un proyecto para tratar la psicopatología

infanto-juvenil relacionada al trauma. Anticipamos encontrar una correlación positiva entre la cantidad de ACEs experimentadas y la severidad de los síntomas de ansiedad y depresión recientes en las personas cuidadoras. También esperábamos que personas que habían vivido cuatro o más ACEs presentaran promedios más altos en estos síntomas que aquellas que no, tras ajustar por el efecto de eventos de vida estresantes recientes.

MÉTODO

Participantes

Este estudio constituye un análisis secundario de datos provistos por 140 personas que: 1) eran cuidadoras de personas menores de entre 6 y 17 años expuestas a EPTs, 2) residían en Puerto Rico y 3) estaban dispuestas a acompañar a su hijo o hija durante las visitas relacionadas al estudio. Citamos para evaluación a estas personas y sus menores en un proyecto de servicios psicológicos enfocados en trauma infanto-juvenil, conocido como Proyecto de Apoyo a Niños/as y Adolescentes (PANA), para determinar su elegibilidad para recibir la terapia cognitivo-conductual enfocada en el trauma (TF-CBT, por sus siglas inglés). Durante su evaluación, las personas cuidadoras informaron sobre los síntomas y experiencias de sus hijos e hijas, sus propios síntomas y sus ACEs.

El 90% de las personas cuidadoras fueron mujeres. Sus edades oscilaron entre los 25 y 75 años, con un promedio de 41.84 años ($DE = 9.11$). Vivían en hogares con un promedio de 4.17 personas ($DE = 2.53$), aunque tal número varió desde dos hasta 20 integrantes (p. ej., en el caso de instituciones que acogían menores que ya no vivían con sus personas cuidadoras originales). La mayoría (62.14%) residía en áreas urbanas. El 60.16% de quienes proveyeron dicha información ($N = 123$) reportó ingresos anuales \leq \$31,040, lo que refleja una situación económica ajustada; la mayoría estuvo bajo el nivel de pobreza federal de los Estados Unidos. El 35.77% contaba con un bachillerato y el 40.15% tenía un grado académico inferior.

Instrumentos

Cuestionario Sociodemográfico y de Historial Clínico

Este cuestionario fue diseñado de modo ad hoc para uso en el proyecto principal, desde una fase previa (2016–2019). En este, recopilamos información sobre datos personales (p. ej., sexo asignado al nacer, edad, género, orientación sexual, estado civil, nivel educativo) y características familiares (estructura del hogar, ocupación de personas cuidadoras, ingresos familiares). También contiene preguntas cerradas (mayormente de "Sí" o "No") sobre el historial de tratamiento psicológico y psiquiátrico, condiciones de salud física y mental, así como eventos vitales estresantes vividos por cada menor y su núcleo familiar durante el último año. El cuestionario facilita la evaluación de aspectos clínicos relevantes para la investigación principal. Para su diseño, se consultaron instrumentos similares utilizados con éxito en ensayos clínicos aleatorizados realizados en Puerto Rico, entre 1992 y 2016, con menores y sus familias, en la mayoría de los cuales participaron las dos personas que codirigen el proyecto actual. Su contenido ha sido revisado periódicamente por especialistas en psicología clínica y psiquiatría para garantizar la claridad, relevancia y adecuación de los ítems incluidos a los objetivos de los proyectos vigentes.

Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACEs-Q)

Esta es una medida autoinformada de 10 ítems para evaluar la exposición a experiencias traumáticas o violentas durante la infancia y la juventud (Felitti et al., 1998). Cada ítem se responde con "Sí" o "No", por lo que la puntuación total de experiencias adversas fluctúa entre 0 y 10. La consistencia interna (alfa de Cronbach [α]) del cuestionario (en su versión en inglés) es de .88 (Murphy et al., 2014). En la muestra de este estudio, utilizamos la versión en español del ACEs-Q, con la cual obtuvimos un valor de consistencia interna de .79.

Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)

Esta escala de autoinforme de 7 ítems mide la severidad de la sintomatología de ansiedad generalizada en personas adultas durante las dos semanas previas. Cada ítem se califica en un formato Likert de 0 (*Ninguna o nunca*) a 3 (*Casi todos los días*), lo que genera una puntuación total entre 0 y 21. Las puntuaciones más altas indican mayor severidad de la ansiedad. En una muestra de personas adultas, el GAD-7 mostró una consistencia interna (α) de .92 (Spitzer et al., 2006). En este estudio, obtuvimos un valor de consistencia interna de .82.

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Este cuestionario de autoinforme de 9 ítems mide la presencia y severidad de los síntomas de depresión mayor en personas adultas durante las últimas dos semanas. Cada ítem se califica en un formato Likert de 0 (*Ningún día*) a 3 (*Casi todos los días*), lo que genera una puntuación total entre 0 y 27. Las puntuaciones más altas indican mayor severidad de la depresión. En el estudio original sobre el PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) se reportaron valores de consistencia interna entre .86 (pacientes de atención primaria) y .89 (pacientes de ginecología y obstetricia). En nuestra muestra, obtuvimos un valor de consistencia interna de .75.

Procedimiento

La Junta Revisora Institucional de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras otorgó la aprobación de este estudio (autorización #2122-014). Compartimos información sobre los servicios ofrecidos por el proyecto a través de materiales impresos y redes sociales. Las personas interesadas completaron una hoja de cernimiento (“screening”) para determinar si eran elegibles para participar de la evaluación inicial. Podían hacer esto por teléfono, en persona o en línea. De cumplir los criterios de elegibilidad iniciales (ver sección de Participantes), personal del proyecto contactaba a la persona cuidadora para invitarla

a evaluación presencial o virtual junto a su menor. Esta servía para identificar si cada menor presentaba síntomas emocionales y/o conductuales relacionados al evento traumático y si era elegible para la TF-CBT.

Antes de recolectar los datos, obtuvimos el consentimiento y asentimiento informados (por escrito) de las personas participantes y aclaramos sus dudas. Estudiantes de postgrado con capacitación en evaluaciones enfocadas en trauma las realizaron en español y solo las hicieron en inglés en casos en que este fuese su primer idioma. Durante la evaluación, las personas cuidadoras completaron los cuestionarios descritos y proporcionaron datos clínicos sobre los EPTs de sus menores a cargo y las sintomatologías asociadas a estos. Posteriormente, entramos y depuramos los datos, corrigiendo errores de puntuación o entrada.

Análisis de Datos

Utilizamos el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 29.0 para hacer análisis descriptivos. Empleamos porcentajes y frecuencias con el fin de caracterizar la muestra e identificar los ACEs reportados más comúnmente por la muestra. Además, estimamos la cantidad promedio de ACEs encontrados en la muestra y determinamos la proporción de personas que habían experimentado al menos cuatro ACEs. Tanto para los porcentajes como para el número promedio de ACEs de la muestra, estimamos un intervalo de confianza (IC) de 95%, y aplicamos el método de muestreo repetido aleatorio con remplazo (bootstrap), corregido por sesgo y asimetría en la distribución de los estimados (BCa por sus siglas en inglés) y basado en 1000 muestras. Esta estrategia permite estimar cuánta confianza podemos tener en la magnitud de dichas estadísticas descriptivas, ayudando a descartar la posibilidad de que la misma sea un fenómeno exclusivo de esta muestra. Luego, comparamos en las variables sociodemográficas al grupo de personas con al menos cuatro ACEs (G1) y el grupo con tres o menos (G2). Para ello, utili-

zamos pruebas de ji-cuadrada y pruebas *t* de Student para las variables categóricas y continuas, respectivamente, con un nivel de $p < .05$.

Posteriormente, utilizamos correlaciones de Pearson para explorar la relación lineal entre el total de ACEs y las puntuaciones globales obtenidas en el PHQ-9 y el GAD-7. Para estimar los IC (95%) de los coeficientes, también aplicamos el método bootstrap corregido por sesgo y asimetría, basado en 1000 muestras, disponible en SPSS 29.0. Las correlaciones que computamos permitieron identificar la magnitud y dirección de la relación entre las variables de interés, y mostrar cuánta confianza se puede tener en la magnitud dicha relación.

Utilizamos el programa R para realizar análisis de covarianza (ANCOVAs) para comparar los niveles promedio de síntomas de depresión y ansiedad entre dos grupos diferenciados: personas que reportaron cuatro o más ACEs (grupo 1, G1) y personas que informaron menos de cuatro ACEs (grupo 2, G2). Haber experimentado al menos cuatro ACEs es un factor de riesgo para la salud y el bienestar a lo largo de la vida (Felitti et al., 1998; Swedo et al., 2023). Examinamos varias posibles covariables (p. ej., severidad de los problemas de conducta, cantidad de EPTs y severidad de síntomas de estrés postraumático de menores). No obstante, la única que cumplió el criterio de correlacionar significativamente con las puntuaciones totales del PHQ-9 y/o el GAD-7 fue el número de eventos de vida estresantes (NEVE) reportados por las personas cuidadoras en los 12 meses previos. Para estimar el tamaño del efecto de las diferencias en los promedios de sintomatología ansiosa y depresiva total, utilizamos el valor de eta cuadrado parcial (η_p^2). Interpretamos los tamaños del efecto con las guías: 0.000 a 0.009 (mínimo o trivial), 0.010 a 0.059 (pequeño), 0.060 a 0.139 (mediano) y de 0.140 en adelante (grande).

Por último, utilizamos la función de modelos de enlace acumulativo del paquete ordinal de R con enlace logit (Christensen, 2023) para explorar cuáles de los ítems del PHQ-9 y el GAD-7 ayudaban a explicar las diferencias en los promedios de las puntuaciones totales. Para ello, realizamos análisis de regresión logística ordinal y controlamos por el NEVE reportado.

RESULTADOS

Las personas cuidadoras reportaron, en promedio, haber experimentado 2.86 ACEs (IC BCa 95% [2.42 – 3.30]). Una de las experiencias más comunes reportada fue la separación o divorcio de las figuras parentales, reportada por el 49.28% de la muestra (Tabla 1). Otra experiencia frecuente fue la percepción de falta de importancia dentro del núcleo familiar, señalado por el 37.41% de las personas cuidadoras. Asimismo, un 36.69% dijo haber experimentado maltrato verbal o haber sentido temor al maltrato físico durante su infancia. En general, 77.70% [71.94% – 83.45%] de la muestra reportó haber vivido al menos un ACE. De otra parte, un 33.81% de las personas cuidadoras indicó haber experimentado cuatro o más ACEs, lo que representa una proporción considerable (una tercera parte) dentro de la muestra.

Al comparar las personas cuidadoras que reportaron haber experimentado cuatro o más ACEs (G1) con quienes reportaron menos de cuatro ACEs (G2), no hubo diferencias en la edad ni en el sexo de las personas participantes o de su prole. Tampoco las hubo en el porcentaje de familias con inseguridad alimentaria, ni en las categorías de ingreso familiar anual, zona de residencia, orientación sexual de menores o nivel educativo de las personas cuidadoras. Dado que la variable del número de habitantes de los hogares contenía múltiples valores extremos, la examinamos de forma dicótoma (≥ 4 vs < 4 habitantes) y no hallamos diferencias grupales.

TABLA 1.
Frecuencia de Ocurrencia por Ítems del ACEs-Q Incluyendo Intervalo e Confianza de 95%.

Reactivos	N	% Válido	IC BCa 95%
Ítem 6. Divorcio o separación de padres o personas cuidadoras.	68	49.28	[41.30 – 57.97]
Ítem 4. Negligencia emocional: Experimentar la falta de apoyo emocional y afecto por parte de los padres o personas cuidadoras.	52	37.41	[29.50 – 45.32]
Ítem 1. Abuso emocional: Experimentar un ambiente en el que se fue objeto de insultos, críticas constantes, rechazo o indiferencia por parte de los padres o personas cuidadoras.	51	36.69	[28.78 – 44.60]
Ítem 8. Miembro de la familia con problemas de abuso de sustancias.	48	34.53	[26.62 – 41.73]
Ítem 7. Testigo de violencia en hogar: Presenciar violencia física o abuso emocional entre los padres o personas cuidadoras.	42	30.22	[23.02 – 37.41]
Ítem 2. Abuso físico: Experimentar lesiones físicas intencionales infligidas por los padres o personas cuidadoras, como golpes, bofetadas o lesiones con objetos.	39	28.06	[20.86 – 35.25]
Ítem 9. Miembro de la familia con trastorno de salud mental o historial suicida.	38	27.54	[21.01 – 35.51]
Ítem 3. Abuso sexual: Ser objeto de abuso sexual por parte de una persona adulta.	25	17.99	[12.23 – 25.18]
Ítem 10. Miembro de la familia en prisión.	19	13.67	[8.63 – 19.42]
Ítem 5. Negligencia física: Experimentar la falta de atención a las necesidades básicas de cuidado físico, como alimentación, ropa adecuada y protección por parte de los padres o personas cuidadoras.	15	10.79	[6.47 – 16.55]
Presenta cuatro o más ACE's	47	33.81	[26.81 – 41.16]

Nota. ACEs-Q = Adverse Childhood Experiences-Questionnaire; IC BCa 95% = Intervalo de confianza de 95% con corrección de sesgo y asimetría, a través del método de re-muestreo con remplazo, basado en 1000 muestras.

TABLA 2.
Comparaciones Grupales en Variables Sociodemográficas.

Característica	G1	G2	χ^2 / t
	≥ 4 ACEs % (f) / M (DE)	< 4 ACEs % (f) / M (DE)	
Edad de Menor ^a	12.00 (3.38)	11.65 (3.25)	0.59
Orientación Sexual (% No heterosexual) ^b	13.95 (6)	6.17 (5)	2.10
Sexo de Menor (% femenino) ^a	59.57 (28)	42.39 (39)	3.68†
Zona de Residencia ^c			1.81
Urbana	60.00 (27)	66.67 (60)	---
Rural	35.56 (16)	32.22 (29)	---
A veces una a veces otra	4.44 (2)	1.11 (1)	---
Ingreso Anual ^d			1.81
\leq de \$21,960	44.19 (19)	44.30 (35)	---
\$21,961 a \$40,120	34.88 (15)	25.32 (20)	---
\$40,121 o más	20.93 (9)	30.38 (24)	---
Personas en el hogar (% ≥ 4) ^e	53.19 (25)	58.89 (53)	0.41
Sexo de Persona Cuidadora ^a	95.74 (45)	88.04 (81)	2.18
Edad de Persona Cuidadora ^e	42.34 (10.81)	41.60 (8.20)	0.45
Nivel de Educación (% < Bachillerato) ^e	46.81 (22)	36.67 (33)	1.32
Inseguridad Alimentaria (% Presente) ^f	17.02 (8)	7.87 (7)	2.63

Nota. ACE = Adverse Childhood Experiences; ^a N = 139 (G1 = 47, G2 = 92); ^b N = 124 (G1 = 43, G2 = 81); ^c N = 135 (G1 = 45, G2 = 90); ^d N = 122 (G1 = 43, G2 = 79); ^e N = 137 (G1 = 47, G2 = 90); ^f N = 136 (G1 = 47, G2 = 89).

†p \leq .10

Encontramos una correlación significativa entre el total de ACEs y la puntuación del PHQ-9 ($r = .327$, IC BCa 95% [.141 – .495], $p < .001$) y entre el primero y la puntuación del GAD-7 ($r = .347$, IC BCa 95% [.165 – .503], $p < .001$). Estos resultados indican que haber

vivido más ACEs está asociado con niveles más altos de síntomas recientes. La correlación entre síntomas ansiosos y depresivos fue de .658 [IC BCa 95% = .561 – .746], con un 43.30% de varianza compartida. Esto confirma que las escalas miden conceptos afines,

pero sustancialmente distintos, lo que justificó examinar por separado su relación con el total de ACEs.

Para realizar los ANCOVAs, primero verificamos si existía una correlación significativa entre el NEVE y la depresión [.346 (.190 – .485), $p < .001$], así como entre el NEVE y la ansiedad [.169 (.002 – .327), $p = .047$]. En los análisis comparativos ajustados por el NEVE, el G1 mostró promedios marginales estimados ($PME = 7.72$, $EE = 0.68$) de síntomas depresivos significativamente mayores al G2 ($PME = 6.05$, $EE = 0.49$), con un tamaño del efecto pequeño, $F(1, 135) = 3.95$, $p = .049$, $\eta_p^2 = 0.03$. De modo similar, el G1 evidenció niveles globales significativamente más altos de ansiedad ($PME = 9.73$, $EE = 0.75$) comparado con el G2 ($PME = 6.75$, $EE = 0.53$), con un tamaño del efecto mediano, $F(1, 135) = 10.44$, $p = .002$, $\eta_p^2 = 0.07$. Los análisis de sensibilidad que realizamos en R con la versión robusta de ANCOVA confirmaron ambos resultados.

Previo a realizar la regresión logística ordinal, confirmamos que, para todas las variables dependientes, se cumplió el supuesto de odds proporcionales, el que examinamos con la prueba de razón de verosimilitud ($p > .05$). Esto implica que el efecto de la variable predictora de interés fue constante en todos los puntos de corte por reactivo. Un examen del GAD-7 mostró que, en 5 de sus 7 reactivos (i.e., los ítems 1, 2, 3, 4 y 7), estar en el grupo de más riesgo (G1) se asoció a una propensión (odds ratio; OR) significativamente mayor a endosar las categorías más severas de la escala Likert del reactivo, comparado con el G2, al mantener constante el NEVE en cada grupo. Los valores de OR significativos estuvieron en un rango de entre 1.98 (ítem 4) y 2.95 (ítem 1). Sin embargo, al examinar los reactivos individuales del PHQ-9, solo un OR fue estadísticamente significativo. Específicamente, estar en el G1 se asoció a una propensión 3.92 veces mayor de reportar las categorías más severas del ítem 1, al mantener constante el NEVE.

TABLA 3.
Análisis de Regresión Logística Ordinal para los Ítems del GAD-7 y el PHQ-9.

Texto del Ítem	Coefficiente (EE)	Z	Odds Ratio (IC de 95%)	Valor p
Reactivos del GAD-7				
1. Sentirse nervioso(a)	1.08 (0.34)	3.22	2.95 (1.53 – 5.74)	.001
2. Preocupación incontrolable	0.94 (0.34)	2.74	2.56 (1.31 – 5.06)	.006
3. Preocupación excesiva por muchas cosas	0.93 (0.35)	2.66	2.52 (1.28 – 5.03)	.008
4. Problemas para relajarse	0.68 (0.34)	2.01	1.98 (1.02 – 3.89)	.045
5. Estar muy inquieto(a)	0.07 (0.37)	0.19	1.07 (0.52 – 2.18)	.853
6. Molestarse o irritarse fácilmente	0.23 (0.34)	0.69	1.26 (0.65 – 2.43)	.493
7. Miedo anticipatorio	0.82 (0.35)	2.35	2.28 (1.15 – 4.56)	.019
Reactivos del PHQ-9				
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	1.37 (0.36)	3.75	3.92 (1.93 – 8.10)	< .001
2. Sentirse deprimido(o) o sin esperanza	0.32 (0.34)	0.92	1.38 (0.69 – 2.72)	.360
3. Dificultades relacionadas con dormir	0.55 (0.33)	1.68	1.73 (0.91 – 3.31)	.091
4. Sentirse cansado(a) o con poca energía	0.39 (0.34)	1.14	1.47 (0.76 – 2.88)	.256
5. Problemas con el apetito o el peso	-0.66 (0.40)	-1.65	0.52 (0.23 – 1.11)	.099
6. Sentirse mal consigo mismo(a)	0.42 (0.35)	1.22	1.52 (0.77 – 3.01)	.224
7. Dificultades para concentrarse o pensar	0.51 (0.36)	1.43	1.67 (0.82 – 3.34)	.153
8. Cambios psicomotores observables	0.21 (0.41)	0.52	1.24 (0.55 – 2.72)	.601
9. Ideas sobre querer morir o lastimarse	-0.86 (1.14)	-0.76	0.42 (0.02 – 3.01)	.449

Nota. Todos los análisis están ajustados por el número de eventos estresantes ocurridos en los 12 meses previos, según reportados por las personas cuidadoras. GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder-7; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9; EE = Error estándar; IC = Intervalo de confianza.

DISCUSIÓN

Examinamos la relación entre ACEs y síntomas de ansiedad y depresión en 140 personas cuidadoras de personas menores en

Puerto Rico que han estado expuestas a EPTs. Nuestros hallazgos confirman nuestras hipótesis y apoyan la relación positiva entre la cantidad de ACEs y la severidad de tales

síntomas en dicha población. Además, evidencian diferencias en promedios de sintomatología depresiva y ansiosa aun tras ajustar por efecto del NEVE reportados en los 12 meses previos. La magnitud de las diferencias entre los grupos definidos por el número de ACEs (≥ 4 vs. < 4) fue mediana para la puntuación global de ansiedad. En cinco de los siete ítems del GAD-7, el grupo en mayor riesgo (G1) fue entre dos a tres veces más propenso a endosar las categorías de mayor severidad en la escala Likert.

Por otra parte, si bien la magnitud de las diferencias observadas en la puntuación global de depresión fue pequeña, el OR de mayor tamaño en los análisis que realizamos con los ítems individuales fue en el reactivo #1 del PHQ-9. Este evalúa la disminución del interés y/o la capacidad para sentir placer, también conocida como anhedonia. Lo anterior resalta la potencial importancia de este síntoma en esta población. Estos hallazgos sugieren que la exposición acumulada de ACEs podría incrementar la vulnerabilidad a experimentar anhedonia, un estado afectivo que se ha relacionado con limitaciones en el involucramiento psicológico y conductual necesario para un funcionamiento parental óptimo. Así, la evidencia apunta a que la anhedonia podría constituir un mecanismo intermedio mediante el cual los ACEs afectan la calidad del funcionamiento parental, lo que ayuda a contextualizar la relevancia clínica de este hallazgo.

Los datos obtenidos en este estudio corroboran lo observado en investigaciones previas que relacionan un mayor número de ACEs con una sintomatología más grave de ansiedad y depresión (González-Acosta et al., 2021; Pacheco-Maldonado, 2024; Sánchez-Vázquez, 2024). De acuerdo con el CDC (2025), la alta prevalencia de ACEs en la población adulta de Estados Unidos (con un 64% que ha reportado al menos una ACE) pone de manifiesto la magnitud de este problema. En consonancia con esto, observamos que 77.70% de nuestra muestra reportó al menos un ACE, lo que es incluso superior a los reportes previos de que dos terceras

partes de la población general reportan al menos un ACE (Merrick et al., 2017).

Por otra parte, el hallazgo de que la experiencia de cuatro o más ACEs se asoció significativamente a mayor severidad de síntomas de trastornos de salud mental (i.e., ansiedad y depresión), concuerda con la literatura que ha sugerido que haber vivido cuatro o más ACEs representa un posible factor de riesgo para problemas de salud mental (CDC, 2025). De hecho, la tasa de casos que cumplieron dicho criterio en esta muestra (33.81%) es considerablemente mayor a la reportada por Swedo et al. (2023). Esto indica la necesidad de priorizar estrategias de intervención preventiva y apoyo psicológico, tanto en la población general adulta como entre las personas cuidadoras de menores. Estudios futuros pudieran examinar si algún tipo de EPT vivido por su prole (p. ej., maltrato físico o abuso sexual) está asociado a la sintomatología depresiva y ansiosa en personas cuidadoras de Puerto Rico. Además, pueden explorar si la presencia de tal tipo de evento afecta la relación que observamos en este estudio entre cumplir cuatro o más ACEs y el nivel de sintomatología. Asimismo, investigaciones futuras podrían evaluar si la anhedonia media dicha relación. Pueden examinar la posibilidad de que la acumulación de ACEs contribuya a mayor dificultad para experimentar placer o interés, lo cual podría afectar la responsabilidad, sensibilidad y regulación emocional que caracterizan un funcionamiento parental saludable.

Implicaciones clínicas sugieren que nuestros hallazgos son particularmente relevantes en el contexto del estudio de Griffith y colegas (2024). Estas autorías encontraron que los síntomas anhedónicos en personas cuidadoras se asocian con prácticas parentales como la crítica parental, el nivel de conflicto, la capacidad de responder de modo sensible y el nivel de supervisión. Además, reportaron que la anhedonia en personas cuidadoras se relacionaba prospectivamente con el estrés crónico en la relación persona cuidadora-

menor, y con la presencia de síntomas depresivos en menores. Si bien no evaluamos las prácticas parentales en este estudio, estos hallazgos sugieren un posible mecanismo a través del cual la anhedonia en personas cuidadoras podría influir en la dinámica familiar. Es necesario, pues, realizar estudios que analicen directamente la relación entre ACEs, anhedonia y prácticas de crianza en poblaciones de personas cuidadoras y examinar el impacto que puedan tener dichas prácticas en menores que han vivido experiencias traumáticas.

Además, en cuanto a las implicaciones para la crianza y el funcionamiento parental, los resultados resaltan la importancia de entender el malestar psicológico en un marco más amplio que incluya dinámicas familiares, culturales y contextuales. El estrés y las experiencias traumáticas no pueden entenderse de modo aislado, sino dentro de un entramado dinámico donde el contexto es clave para la investigación y la intervención terapéutica. El impacto de los desastres naturales y las crisis sociales en Puerto Rico desde 2017, como los huracanes Irma y María, los terremotos de 2020 y la pandemia de COVID-19, ha agudizado las condiciones preexistentes de pobreza, violencia y desigualdad en muchas familias. Estos eventos traumáticos son una manifestación clara de la exposición a traumas complejos y múltiples, que afectan no solo a una proporción significativa de menores, sino también a sus personas cuidadoras. Es imprescindible entender que el sufrimiento psíquico relacionado con las ACEs y su impacto a largo plazo no se da en el vacío, sino que forma parte de una cadena de efectos derivados de la dificultad para afrontar contextos adversos prolongados. Esto genera mayor vulnerabilidad en personas cuidadoras y menores.

Nuestros hallazgos resaltan la relevancia de ofrecer atención psicológica centrada en la historia de vida personal y abordar las ACEs como un factor clave en el bienestar emocional de las personas cuidadoras. El enfoque clínico debe, por tanto, integrar la

identificación de estas experiencias traumáticas durante la infancia y adolescencia y examinar (en los casos particulares) su relación con los síntomas psicopatológicos que experimentan las personas cuidadoras en su vida adulta. A medida que las investigaciones sobre las ACEs avanzan, se hace cada vez más evidente la importancia de enfoques terapéuticos que no solo traten los síntomas de ansiedad y depresión actuales, sino que también fomenten la construcción de resiliencia y el desarrollo de destrezas de afrontamiento saludables frente a las adversidades. La relación observada entre el NEVE y la sintomatología reciente (particularmente la depresión), merece también atención particular. Esto se debe a la posibilidad de que un historial de más ACEs pueda interferir con la capacidad de las personas cuidadoras para manejar, incluso, los eventos estresantes cotidianos.

La evidencia también sugiere que las personas cuidadoras con un mayor número de ACEs muestran dificultades más marcadas en sus habilidades parentales y en su capacidad para enfrentar las demandas emocionales y prácticas de la crianza (Buitrago-Ramírez et al., 2024; Rodríguez-Infante et al., 2024). Esta dificultad se agrava por el hecho de que muchas personas cuidadoras tienen que gestionar simultáneamente el impacto de sus propias experiencias traumáticas y las necesidades emocionales y psicológicas de cada menor a su cargo. En este contexto, sugerimos que las intervenciones psicológicas no solo se enfoquen en los síntomas de depresión y ansiedad, sino también en el fortalecimiento de las competencias parentales.

La integración de terapias centradas en el trauma, como la terapia cognitiva-conductual o la terapia de exposición, podría ser beneficiosa para mejorar el bienestar emocional de las personas cuidadoras y en consecuencia, la calidad del cuidado que brindan a sus menores. Incluso, intervenciones basadas en mindfulness han mostrado eficacia en reducir la ansiedad y la desregulación emocional y en mejorar la autorregulación cognitiva en

personas cuidadoras con antecedentes de adversidad, lo que podría fortalecer sus competencias parentales (Moyes et al., 2022). No obstante, la evidencia señala que, más allá del modelo terapéutico, el predictor más consistente del cambio es la fortaleza del vínculo y la alianza que establecen la persona terapeuta y la persona cuidadora (Norcross & Lambert, 2018).

En la práctica clínica, estos hallazgos subrayan la urgencia de incorporar el concepto de ACEs en la evaluación psicológica de personas cuidadoras. Es vital que cada profesional de la salud mental examine la historia de trauma de sus pacientes para personalizar las intervenciones. Además, las personas terapeutas que trabajan con menores deben conocer la historia de trauma de sus personas cuidadoras, dado su impacto potencial en la crianza y el bienestar infantil. Aunque este estudio resalta la relevancia de las ACEs en la salud mental de personas adultas con menores que han vivido trauma, es necesario realizar más investigaciones sobre el rol del apoyo familiar, las redes comunitarias y la intervención temprana como moderadores.

Limitaciones y Conclusiones

Si bien este estudio evidencia la relación entre ACEs y salud mental en personas cuidadoras, presenta limitaciones. Su diseño transversal y recopilación retrospectiva impiden establecer causalidad. Por otro lado, el instrumento que utilizamos mide solo 10 ACEs y excluye otras experiencias adversas. Además, no incluimos medidas sobre prácticas de crianza ni diagnósticos psiquiátricos previos, lo que limita el análisis. La muestra, mayormente femenina, restringe la generalización a personas cuidadoras hombres. Futuras investigaciones deben abordar estas limitaciones para una comprensión más amplia del impacto de las ACEs.

En conclusión, el estudio de las ACEs en personas cuidadoras es esencial para comprender su impacto en la salud mental y la

dinámica familiar. Estudios futuros deberían evaluar la efectividad de intervenciones dirigidas a personas cuidadoras de menores con EPTs. Además, deben integrar estrategias de activación conductual, especialmente en aquellas con cuatro o más ACEs, dado el papel sobresaliente de la anhedonia en nuestros hallazgos. También es fundamental ampliar la evidencia empírica sobre este tema en Puerto Rico y en poblaciones hispanas. Estudios longitudinales permitirían establecer relaciones causales y diseñar intervenciones más precisas. Atender este problema desde una perspectiva multidimensional fortalecería las capacidades de crianza y promovería ambientes más saludables al reconocer que el bienestar emocional de quienes cuidan es clave para romper el ciclo de adversidades intergeneracionales.

Los resultados tienen implicaciones relevantes para la política pública. Es necesario desarrollar programas de prevención e intervención temprana centrados en el trauma. Estos deben promover prácticas de crianza sensibles, proveer apoyo emocional a personas cuidadoras y reducir el riesgo intergeneracional asociado a las ACEs. Se requiere fortalecer las redes de apoyo y la protección social para las familias vulnerables, así como capacitar en enfoques sensibles al trauma al personal que ofrece servicios de salud y educación. La prevención y la intervención temprana son claves para abordar las consecuencias de las ACEs en personas adultas y su impacto potencial en la prole. La expansión de servicios informados por las ACEs y programas de resiliencia comunitaria puede mitigar efectos en la salud pública. Estudios en comunidades hispanas han mostrado que enfoques comunitarios reducen síntomas de ansiedad y depresión en personas con ACEs, y han destacado la necesidad de intervenciones culturalmente adaptadas (Alegría et al., 2016; Alvarez et al., 2025; Bernal et al., 2009). Finalmente, urge desarrollar sistemas de monitoreo locales sobre ACEs que permitan diseñar políticas basadas en datos concretos y culturalmente pertinentes en Puerto Rico. En última instancia, cualquier esfuerzo

de prevención e intervención debe recordar la pregunta fundamental de quién cuida a las personas cuidadoras, para asegurar que también reciban el apoyo que necesitan.

Estándares Éticos de Investigación

Financiamiento: El trabajo fue financiado por la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA) con el número de subvención SAMHSA #1H79SM084875.

Conflicto de intereses: Declaramos que una de las coautorías, la Dra. Sáez Santiago, forma parte del equipo editorial de esta revista y otra persona (el Dr. Eduardo Cumba-Avilés) forma parte específicamente del equipo editorial para este número especial. Sin embargo, las personas coautoras fueron excluidas de todos los procesos editoriales. Confiamos plenamente en el proceso de revisión por pares para garantizar la imparcialidad en la evaluación de nuestro trabajo. Por lo demás, no tenemos conflicto de interés alguno que declarar.

Aprobación de la Junta Institucional para la Protección de Seres Humanos: Confirmamos que el estudio fue aprobado por el Comité Institucional para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación (CIPSHI) de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, bajo la autorización #2122-014.

Consentimiento Informado: Antes de recolectar los datos, obtuvimos el consentimiento y asentimiento informados (por escrito) de las personas participantes y aclaramos sus dudas.

REFERENCIAS

Alegría, M., Alvarez, K., Ishikawa, R. Z., DiMarzio, K., & McPeck, S. (2016). Removing obstacles to eliminating racial and ethnic disparities in behavioral health care. *Health Affairs (Project Hope)*, 35(6), 991–999. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0029>

Alvarez, C., Sanchez-Roman, M. J., Vraný, E. A., Mata López, L. R., Smith, O., Escobar-Acosta, L., & Hill-Briggs, F. (2025). Cuidándome: A trauma-informed and cultural adaptation of a chronic disease self-management program for Latina immigrant survivors with a history of adverse childhood experiences and depression or anxiety symptoms. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 31(2), 356–366. <https://doi.org/10.1037/cdp0000639>

Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>

Asociación Americana de Psiquiatría (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ta ed., texto rev.). American Psychiatric Publishing.

Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., & Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 361–368. <https://doi.org/10.1037/a0016401>

Bethell, C., Jones, J., Gombojav, N., Linkenbach, J., & 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>

Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 223–226. <https://doi.org/10.1002/jts.20317>

- Buitrago-Ramírez, F., Ciurana-Misol, R., Fernández-Alonso, M. D. C., González-García, P., Salvador-Sánchez, L., Tizón-García, J. L., & Villamar-Sagredo, N. (2024). Prevención de los trastornos de la salud mental. Maltrato hacia la infancia y la adolescencia. *Atención Primaria*, 56(1), 103127. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103127>
- Cameron-Maldonado, S., Pérez, C. M., Fernández-Repollet, E., & López-Cepero, A. (2023). Age-related differences in anxiety and depression diagnosis among adults in Puerto Rico during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(11), 5922. <https://doi.org/10.3390/ijerph20115922>
- Canino, G., Shrout, P. E., NeMoyer, A., Vila, D., Santiago, K. M., Garcia, P., Quiñones, A., Cruz, V., & Alegria, M. (2019). A comparison of the prevalence of psychiatric disorders in Puerto Rico with the United States and the Puerto Rican population of the United States. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(3), 369–378. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01653-6>
- Cay-Bonilla, H. M., & Pérez-Pedrogo, C. (2023). Trauma en la niñez y síntomas disociativos: El rol mediador del apego inseguro-desorganizado. *Revista Caribeña De Psicología*, 7(1), e7217. <https://doi.org/10.37226/rcp.v7i1.7217>
- Center on the Developing Child. (2017, August 7). *El impacto de la adversidad durante la infancia sobre el desarrollo de los niños*. Harvard University. <https://developingchild.harvard.edu/es/resources/inbriefs/en-breve-el-impacto-de-la-adversidad-durante-la-infancia-sobre-el-desarrollo-de-los-ninos/>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021, August 23). *Vital signs: Adverse childhood experiences (ACEs)*. U.S. Department of Health & Human Services. <https://www.cdc.gov/vitalsigns/aces/index.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2025, September 24). *Adverse childhood experiences (ACEs)*. U.S. Department of Health & Human Services. <https://www.cdc.gov/aces/about/index.html>
- Christensen, R. H. B. (2023). *Ordinal—Regression Models for Ordinal Data* (Version 2023.12-4.1) [R package]. <https://CRAN.R-project.org/package=ordinal>
- Cumba-Avilés, E., Pagán-Torres, O. M., Rosario-Hernández, E., Gómez-Rivera, D., & Rivera-Santiago, K. (2024). Posttraumatic, anxious, and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic in Puerto Rico. En G. Cordero-Arroyo et al. (Eds.), *Aportaciones interdisciplinarias a la psicología en el Caribe y Latinoamérica: Colaboración y compromiso social* (pp. 115-127). Asociación de Psicología de Puerto Rico.
- Dagnino, P., Ugarte, M. J., Morales, F., González, S., Saralegui, D., & Ehrenthal, J. C. (2020). Risk factors for adult depression: Adverse childhood experiences and personality functioning. *Frontiers in Psychology*, 11, 594698. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.594698>
- Elmore, A. L., & Crouch, E. (2020). The association of adverse childhood experiences with anxiety and depression for children and youth, 8 to 17 years of age. *Academic Pediatrics*, 20(5), 600–608. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2020.02.012>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & 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)

- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2013). Improving the Adverse Childhood Experiences Study scale. *JAMA Pediatrics*, *167*(1), 70–75. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.420>
- Francia-Martínez, M., de Torres, I. R., Alvarado, C. S., Martínez-Taboas, A., & Sayers, S. (2003). Dissociation, depression and trauma in psychiatric inpatients in Puerto Rico. *Journal of Trauma & Dissociation*, *4*(4), 47–61. https://doi.org/10.1300/J229v04n04_04
- Gonçalves, P. D., Duarte, C. S., Corbeil, T., Ramos-Olagastí, M. A., Sussman, T., Talati, A., Alegria, M., Canino, G., Bird, H., & Martins, S. S. (2023). Adverse childhood experiences and risk patterns of alcohol and cannabis co-use: A longitudinal study of Puerto Rican youth. *The Journal of Adolescent Health*, *73*(3), 421–427. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.04.010>
- González-Acosta, C. A., Rojas-Cerón, C. A., & Buriticá, E. (2021). Functional alterations and cerebral variations in humans exposed to early life stress. *Frontiers in Public Health*, *8*, 536188. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.536188>
- Govender, T., Vidal-Ribas, P., Yu, J., Haynie, D. L., Augustin, D., & Gilman, S. E. (2025). Adverse childhood experiences and risk of suicide and substance-related mortality through middle adulthood. *Journal of Affective Disorders*, *369*, 1201–1208. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.10.085>
- Griffith, J. M., Young, J. F., & Hankin, B. L. (2024). Parental symptoms of anhedonia, parenting, and youth outcomes: A multi-method, multi-informant investigation. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, *52*(3), 413–427. <https://doi.org/10.1007/s10802-023-01130-4>
- Gu, W., Zhao, Q., Yuan, C., Yi, Z., Zhao, M., & Wang, Z. (2022). Impact of adverse childhood experiences on the symptom severity of different mental disorders: A cross-diagnostic study. *General Psychiatry*, *35*(2), e100741. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2021-100741>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, *16*(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lee, H., Slack, K. S., Berger, L. M., Mather, R. S., & Murray, R. K. (2021). Childhood poverty, adverse childhood experiences, and adult health outcomes. *Health & Social Work*, *46*(3), 159–170. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlab018>
- Madigan, S., Deneault, A. A., Racine, N., Park, J., Thiemann, R., Zhu, J., Dimitropoulos, G., Williamson, T., Fearon, P., Cénat, J. M., McDonald, S., Devereux, C., & Neville, R. D. (2023). Adverse childhood experiences: A meta-analysis of prevalence and moderators among half a million adults in 206 studies. *World Psychiatry*, *22*(3), 463–471. <https://doi.org/10.1002/wps.21122>
- Mercado, R., Martínez-Taboas, A., & Pedrosa, O. (2008). Childhood sexual abuse, eating disturbance and dissociation: A study in Puerto Rico. *Journal of Psychological Trauma*, *7*(4), 298–309. <https://doi.org/10.1080/19322880802266821>
- Merrick, M., Ports, K. A., Ford, D. C., Afifi, T. O., Gershoff, E. T., & Grogan-Kaylor, A. (2017). Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child Abuse & Neglect*, *69*, 10–19. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.016>
- Moyes, E., Nutman, G., & Hafetz Mirman, J. H. (2022). The efficacy of targeted mindfulness-based interventions for improving mental health and cognition among youth and adults with ACE

- histories: A systematic mixed studies review. *Journal of Child & Adolescent* 15(4), 1165–1177.
<https://doi.org/10.1007/s40653-022-00454-5>
- Murphy, A., Steele, M., Dube, S. R., Bate, J., Bonuck, K., Meissner, P., Goldman, H., & Steele, H. (2014). Adverse Childhood Experiences (ACEs) Questionnaire and Adult Attachment Interview (AAI): Implications for parent child relationships. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), 224–233.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.09.004>
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315.
<https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Olsen, E. L., April-Sanders, A. K., Bird, H. R., Canino, G. J., Duarte, C. S., & Suglia, S. F. (2024). Adverse childhood experiences and sleep disturbances among Puerto Rican young adults. *JAMA Network Open*, 7(4), e247532.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.7532>
- Ortiz-Domenech, S., Cumba-Avilés, E., Rivera-Santiago, K., Pagán-Torres, O. M., & Rosario-Hernández, E. (2024). Loneliness and death/self-harm thoughts during the COVID-19 pandemic in Puerto Rico. En G. Cordero-Arroyo et al. (Eds.), *Aportaciones interdisciplinarias a la psicología en el Caribe y Latinoamérica: Colaboración y compromiso social* (pp. 101-114). Asociación de Psicología de Puerto Rico.
- Pacheco-Maldonado, C. M. (2024). *El efecto de las experiencias adversas en la niñez (ACES) en el desarrollo de obesidad y depresión, en una muestra de adultos puertorriqueños*. (Disertación Doctoral no publicada). Universidad Albizu, Recinto de San Juan.
- Polanco-Roman, L., Alvarez, K., Corbeil, T., Scorza, P., Wall, M., Gould, M. S., Alegría, M., Bird, H., Canino, G. J., & Duarte, C. S. (2021). Association of childhood adversities with suicide ideation and attempts in Puerto Rican young adults. *JAMA Psychiatry*, 78(8), 896–902.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0480>
- Ressler, K. J., Berretta, S., Bolshakov, V. Y., Rosso, I. M., Meloni, E. G., Rauch, S. L., & Carlezon Jr., W. A. (2022). Post-traumatic stress disorder: Clinical and translational neuroscience from cells to circuits. *Nature Reviews Neurology*, 18(5), 273–288.
<https://doi.org/10.1038/s41582-022-00635-8>
- Rienecke, R. D., Johnson, C., Le Grange, D., Manwaring, J., Mehler, P. S., Duffy, A., McClanahan, S., & Blalock, D. V. (2022). Adverse childhood experiences among adults with eating disorders: Comparison to a nationally representative sample and identification of trauma profiles. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 72.
<https://doi.org/10.1186/s40337-022-00594-x>
- Rivera-Arroyo, P. M., Cumba-Avilés, E., & Gómez-Rivera, D. (2024, March 13-15). *Hispanic women living with children in Puerto Rico during the COVID-19 pandemic: Socioeconomic problems, life disruption, and health challenges* [Poster presentation]. 44th Annual Research and Education Forum at the University of Puerto Rico, Medical Sciences Campus, San Juan, PR.
https://www.researchgate.net/publication/398806702_Hispanic_Women_Living_with_Children_in_Puerto_Rico_During_the_COVID-19_Pandemic_Socioeconomic_Problems_Life_Disruption_and_Health_Challenges
- Rodríguez-Infante, T., Binda-Vergara, V., & Zulueta-Baeza, M. (2024). Implementación de intervenciones que aborden las experiencias adversas en la infancia en atención primaria: Una revisión exploratoria. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 49(1), 7–17.
<https://doi.org/10.11565/arsmed.v49i1.2000>

- Rowell, T., & Neal-Barnett, A. (2022). A systematic review of the effect of parental adverse childhood experiences on parenting and child psychopathology. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 15(1), 167–180. <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00400-x>
- Sahle, B. W., Reavley, N. J., Li, W., Morgan, A. J., Yap, M. B. H., Reupert, A., & Jorm, A. F. (2022). The association between adverse childhood experiences and common mental disorders and suicidality: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(10), 1489–1499. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01745-2>
- Sánchez-Vázquez, A. R. (2024). Experiencias adversas en la infancia (EAI): ¿La base del iceberg del sufrimiento emocional de la población infantil y adolescente? *Anales de Pediatría*, 101(5), 299-302. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2024.10.001>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Swedo, E. A., Aslam, M. V., Dahlberg, L. L., David-Ferdon, C., Lee, R. D., McKnight-Eily, L. R., & Barile, J. P. (2023). Prevalence of adverse childhood experiences among U.S. adults—Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2011–2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 72(26), 707–715. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7226a2>
- Triana, A. (2022, December 20). Aumento de trastornos mentales en Puerto Rico al finalizar el 2022. *Medicina y Salud Pública*. <https://medicinaysaludpublica.com/noticias/psiquiatria-y-psicologia/aumento-de-trastornos-mentales-en-puerto-rico-al-finalizar-el-2022/17381>
- Zhen-Duan, J., Alvarez, K., Zhang, L., Cruz-Gonzalez, M., Kuo, J., Falgas-Bagué, I., Bird, H., Canino, G., Duarte, C. S., & Alegría, M. (2023). Parental psychopathology and posttraumatic stress in Puerto Ricans: The role of childhood adversity and parenting practices. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(6), 742–752. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13902>