



**INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN
UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN
NICOLAS DE HIDALGO
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR SEDE:
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #82
ZAMORA**



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR. IGNACIO CHÁVEZ"

**Frecuencia de las experiencias infantiles adversas y su relación con la depresión en la
UMF 82 de Zamora, Michoacán.**

TESIS

**Para obtener el grado de
Especialista en Medicina Familiar**

Presenta:

Mariana Michelle Salcedo García

Asesora de Tesis

D.C. Naima Lajud Ávila

Investigadora Titular A. Laboratorio de neurobiología del desarrollo, División de
neurociencias, Centro de Investigación Biomédica de Michoacán.

Co asesor

Dr. Andrés Eusebio Olalde Gil

Coordinador Clínico de Educación e investigación en Salud en Unidad de medicina familiar
82.

Número de registro ante el comité de ética e investigación: R-2023-1602-007

Zamora, Michoacán. México.

Enero 2025



**INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 82**

Dr. Edgar Josué Palomares Vallejo

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano

Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud

Dr. Gerardo Muñoz Cortés

Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud

Dr. Eduardo Vega Espinoza

Director Medico Unidad de Medicina Familiar No.82

Dr. Andrés Eusebio Olalde Gil

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF82

Dr. José Jorge Torrijos Zavala

Profesor Titular de la residencia en Medicina Familiar Sede Zamora



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

Dr. Víctor Hugo Mercado Gómez

Director de la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas Dr. Ignacio Chávez

Dra. Martha Eva Viveros Sandoval

Jefe de subdivisión de Medicina Familiar de la UMSNH, división de estudios de posgrado

Dr. Cleto Álvarez Aguilar

Coordinador de la Especialidad de Medicina Familiar, división de estudios de posgrado

AGRADECIMIENTOS

Al **Instituto Mexicano del Seguro Social** que por medio de la **Unidad de Medicina Familiar No 82 de Zamora** y el **Hospital General de Zona No 4**, me permitió fortalecer conocimientos, aprender día con día cosas nuevas para poder convertirme en medico familiar.

A la **Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo**, por avalar la especialidad de Medicina Familiar.

A mi asesora de tesis, la **D.C. Naima Lajud Ávila** por su paciencia y enseñanza en este trayecto.

A mi profesor, el **Dr. José Jorge Torrijos Zavala** por todas sus enseñanzas, paciencia y apoyo. Por no ser solo profesor si no también amigo la residencia no habría sido lo mismo sin usted.

DEDICATORIA

A mis hijos, Emiliano y Leonel que son mi motor y quienes me inspiran a seguir luchando y no darme por vencida. Gracias por su paciencia, espera y comprensión en los momentos en los que no podía dedicarme cien por ciento a ustedes o estar en esos momentos especiales, Saben que los amo y todo lo que hago es por ustedes.

A mi esposo, que es mi compañero de vida y mejor amigo quien ha recorrido este camino conmigo haciendo más fácil las cosas siempre con las palabras correctas para esos momentos en los que sentía que ya no podía más. Sin tu apoyo y paciencia esto no habría sido posible.

A mi mamá y papá, ustedes son mis cimientos, mi fortaleza sé que nunca estaré sola porque siempre están ustedes detrás de mí haciéndome sentir segura y sin miedo. Gracias por cuidar de mí y de mis hijos cuando yo no podía haciendo mi día a día más fácil.

A mis hermanos; Javier, Viri y Eli que siempre confiaron en que lo lograría. Gracias por sentirse orgullosos de mí, así como yo lo estoy de ustedes. Los quiero mucho.

A mi suegra y suegro, por brindarme su apoyo siempre que lo necesite. Gracias por echarme porras y creer en mí.

A mis compañeros de residencia, cada uno de ellos con esas personalidades que los hacen tan únicos y especiales. Estoy muy agradecida por haber coincidido con ustedes, espero esta amistad que se formó perdure por muchos años.

INDICE

	Página
I. Resumen	1
II. Abstract	2
III. Abreviaturas	3
IV. Glosario	4
V. Relación de tablas	5
VI. Introducción	6
VII. Marco Teórico	8
VIII. Justificación	14
IX. Planteamiento del problema	16
X. Objetivos	18
XI. Hipótesis	18
XII. Material y métodos	19
XIII. Aspectos éticos	25
XIV. Financiamiento y factibilidad	26
XV. Cronograma de actividades	27
XVI. Resultados	28
XVII. Discusión	36
XVIII. Conclusion	38
XIX. Recomendaciones	38
XX. Referencias Bibliográficas	39
XXI. Anexos	43

I. RESUMEN

Título: Frecuencia de las experiencias infantiles adversas y su relación con la depresión en la UMF 82 de Zamora, Michoacán.

Autores: Salcedo García Mariana Michelle, Olalde Gil Andrés, Lajud Ávila Naima.

Introducción: Las experiencias infantiles adversas se relacionan con un mayor riesgo de presentar enfermedades metabólicas y depresión en la vida adulta; no obstante, las EIA han sido poco estudiadas en México.

Objetivo: determinar la frecuencia de las experiencias infantiles adversas y su relación con la depresión en la UMF 82 de Zamora, Michoacán.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, ambispectivo. Reclutamos a 100 derechohabientes mayores de 19 años de edad, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 82 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Para evaluar las experiencias infantiles adversas donde se utilizó el cuestionario ACE-IQ, y el inventario de depresión de Beck para evaluar la presencia de síntomas depresivos. Caracterizamos el estrato socioeconómico mediante el método de Graffar- Méndez Castellanos. Se utilizó estadística descriptiva y la prueba de X^2 .

Resultados: La muestra estuvo conformada principalmente por mujeres 58% ($n = 58$), un 10% ($n = 10$) se identificó como LGBTTIQA+. El nivel socioeconómico predominante fue el obrero y el nivel de escolaridad fue la licenciatura. El 96% de los participantes reportó al menos una EIA, de forma acumulada el 72% de los participantes reportó un puntaje alto ≥ 4 EIA. El 86% de los participantes que reportaron 4 o más EIA presentó síntomas de depresión. El modelo de regresión logística indicó que el género, el número de EIAs y la negligencia física fueron factores que predicen para la presencia de síntomas depresivos.

Conclusiones: La frecuencia de EIAs y síntomas depresivos en la muestra fue mayor de lo esperado. Observamos una asociación significativa de el género, el número de EIAs y la negligencia física con la frecuencia de síntomas depresivos.

Palabras clave: *Depresión, infancia, estrés, experiencias infantiles adversas, maltrato infantil.*

II. ABSTRACT

Title: Frequency of adverse childhood experiences and their relationship with depression in UMF 82 of Zamora, Michoacán.

Authors: Salcedo García Mariana Michelle, Olalde Gil Andrés, Lajud Ávila Naima.

Introduction: Adverse childhood experiences are related to a higher risk of developing metabolic diseases and depression in adult life; However, EIAs have been little studied in Mexico.

Objective: determine the frequency of adverse childhood experiences and their relationship with depression in UMF 82 of Zamora, Michoacán.

Material and methods: An observational, cross-sectional, ambispective study was carried out. We recruited 100 beneficiaries over 19 years of age, assigned to the Family Medicine Unit No. 82 of the Mexican Social Security Institute. To evaluate adverse childhood experiences, the ACE-IQ questionnaire was used, and the Beck Depression Inventory was used to evaluate the presence of depressive symptoms. We characterize the socioeconomic stratum using the Graffar-Méndez Castellanos method. Descriptive statistics and the X2 test were used.

Results: The sample was mainly made up of women 58% (n =58), 10% (n = 10) identified as LGBTTIQA+. The predominant socioeconomic level was worker and the level of education was a bachelor's degree. 96% of participants reported at least one EIA, cumulatively 72% of participants reported a high score >4 EIA. 86% of participants who reported 4 or more EIAs presented symptoms of depression. The logistic regression model indicated that gender, the number of EIAs and physical neglect were factors that predict the presence of depressive symptoms.

Conclusions: The frequency of EIAs and depressive symptoms in the sample was higher than expected. We observed a significant association between gender, the number of EIAs and physical neglect with the frequency of depressive symptoms.

Keywords: *Depression, childhood, stress, adverse childhood experiences, child abuse*

III. ABREVIATURAS

EIA Experiencias infantiles adversas

UMF Unidad de Medicina Familiar

OMS Organización Mundial de la Salud

SNC Sistema nervioso central

HPA Eje hipotálamo-pituitario-adrenal

CRH Hormona liberadora de corticotropina

5HT Serotonina

DA Dopamina

BDNF Factor neurotrófico derivado del cerebro

ADN Acido desoxirribonucleico

IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social

UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

IV. GLOSARIO

Alostasis: Mantenimiento de la estabilidad del organismo mediante la adaptación a los cambios impuestos por los estresores.

Depresión: Conjunto de síntomas de predominio afectivo que incluyen la tristeza patológica, la apatía, la anhedonia, la desesperanza, el decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las experiencias de la vida.

Estrés: Estado de preocupación o tensión mental generado por una situación difícil.

Estresor: Todo estímulo con capacidad para alterar la homeostasis.

Homeostasis: Proceso fisiológico que mantiene estables las funciones del organismo.

Maltrato infantil: Abusos y la desatención que sufren los menores de 18 años, incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, la desatención, la negligencia y la explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

V. RELACION DE TABLAS Y FIGURAS

	Página
Tabla No 1. Características sociodemográficas de la muestra	28
Figura 1. Frecuencia de las EIA en la UMF	29
Figura 2. Frecuencia (%) de cada una de las categorías de EIA	29
Tabla No 2. Asociación entre las características sociodemográficas y la presencia de EIA	30
Figura 3. Frecuencia (%) se síntomas depresivos	31
Tabla No 3. Asociación entre las características sociodemográficas de la muestra y la presencia de síntomas depresivos	32
Tabla No 4. Asociación entre la presencia de EIAs y la depresión	33
Tabla No 5. Asociación entre las categorías de EIAs y la depresión	33
Tabla No 6. Modelo de regresión logística	34

VI. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al maltrato infantil como “*los abusos y la desatención que sufren los menores de 18 años, incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, la desatención, la negligencia y la explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder*” (1). La infancia es una etapa crítica para el desarrollo de los individuos ya que, es en esta etapa cuando se adquieren los conocimientos físicos, emocionales, cognitivos y sociales que les permite desenvolverse en el entorno (2). La infancia, también es un periodo vulnerable debido a que las estructuras cerebrales encargadas de la modulación negativa de la respuesta al estrés aún se encuentran en desarrollo, y no pueden regular de forma satisfactoria el estrés (3).

El maltrato infantil es una situación de estrés que puede interrumpir o afectar el desarrollo saludable del cerebro y tener un impacto negativo en la salud a largo plazo (4). En 1998, Felitti y Anda diseñaron el cuestionario sobre experiencias infantiles adversas (ACE por sus siglas en inglés) (5), el cual abarcó tres categorías generales: el abuso, la negligencia y la disfunción del hogar. Dichas categorías, a su vez, se dividían en diez experiencias infantiles adversas (EIA) que incluían el abuso sexual, físico y emocional; la negligencia física y emocional; vivir en un hogar con violencia doméstica; divorcio o pérdida de uno los padres; abuso de sustancias en el hogar; presencia de enfermedades mentales en el hogar, y el encarcelamiento de un miembro del hogar (6). En 2009, la OMS creó una red internacional de investigación sobre EIA, cuyo objetivo fue actualizar el cuestionario ACE. A este nuevo cuestionario internacional estandarizado (ACE-IQ) (7) le fueron agregadas tres nuevas categorías de estudio: la violencia entre pares (bullying), la violencia comunitaria y la violencia colectiva (8).

La depresión es “*un conjunto de síntomas de predominio afectivo que incluyen la tristeza patológica, la apatía, la anhedonia, la desesperanza, el decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida*”. Adicionalmente, la depresión se caracteriza por la presencia de síntomas de tipo cognitivo,

volitivo y somático, por lo que, se considera una enfermedad de afectación global psíquica y física, a pesar de que se da especial énfasis a la esfera afectiva (9).

Según la OMS, la depresión afecta al 3.8% de la población, esto incluye un 5% de los adultos y un 5.7% de los adultos mayores de 60 años. A nivel mundial 280 millones de personas sufren depresión (10). En México, dicho padecimiento tiene una prevalencia anual de 4.8% entre la población general de 18 a 65 años. La depresión, causa un gran impacto en salud pública, ya que genera un alto grado de incapacidad. Las personas afectadas pueden perder, en promedio, 27 días productivos anualmente si el trastorno es grave y alrededor de 7 si la gravedad es moderada (11). El maltrato infantil es una de las principales causas de depresión en la vida adulta (12).

En México, la relación entre las EIA y la depresión ha sido poco estudiada. En 2008, González-Pacheco y colaboradores realizaron un estudio en mujeres embarazadas y observaron que el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual mostro una asociación significativa con el abuso infantil y la disfunción familiar (13). Posteriormente en 2018, Kremer y colaboradores utilizaron el cuestionario ACE en un grupo de migrantes latinos residentes de la ciudad de Tijuana, México y observaron que existe una asociación significativa entre la exposición a las EIA y la depresión (14). No obstante, estos estudios tienen algunas limitaciones, ya que ambos utilizaron el cuestionario original creado por Felitti.

Existen estudios recientes realizados en Morelia, Michoacán donde se utilizó el cuestionario ACE-IQ estandarizado por la OMS. En 2023, Moreno-Guzmán y colaboradores realizaron un estudio en población adulta de la Unidad de Medicina Familiar No. 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social para evaluar la relación de las EIA con síntomas depresivos. Observaron que la frecuencia de las EIA fue alta y se asocia con la presencia de síntomas depresivos. Las EIA que predominaron fueron el abuso emocional, físico y sexual, la negligencia física y el acoso escolar (15). En 2024, Meléndez-Diego y colaboradores, evaluaron la relación de las EIA y el síndrome metabólico en población adulta de la Unidad de Medicina Familiar No 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Observaron que la frecuencia de las EIA también fue alta pero no encontraron una asociación significativa con la presencia de síndrome metabólico (16). Por todo esto, consideramos importante estudiar la frecuencia de las experiencias infantiles adversas y su relación con la depresión en la

Unidad de Medicina Familiar (UMF) 82 en Zamora, Michoacán, utilizando el nuevo cuestionario ACE-IQ estandarizado por la OMS.

VII. MARCO TEORICO

Estrés y la respuesta al estrés.

Hans Selye fue el pionero en el estudio del estrés a mediados del siglo XX, redefiniendo el estrés en varias posiciones al inicio como un estímulo y posteriormente como una respuesta. Selye sostenía que el estrés es un factor que se puede presentar en la vida cotidiana, el cual va a preparar al individuo para la lucha o la huida; sin embargo, también, puede perjudicarlo, provocar enfermedades en diversos sistemas del organismo e incluso llevarlo a la muerte (14,17). De acuerdo con Selye, la exposición crónica a factores estresantes lleva al síndrome general de adaptación, el cual produce una sobreestimulación y sobreactivación en el organismo que se divide en tres fases: alarma, resistencia y agotamiento (17-18).

A principios del siglo XX, Walter Cannon “fue el primero en acuñar el término homeostasis para describir el proceso fisiológico coordinando que mantiene estables las funciones de un organismo” (19). Actualmente, se considera que un estresor es “*todo estímulo con capacidad para alterar la homeostasis*” (19), puede ser desde un aspecto mínimo hasta un aspecto complejo y esto depende de la persona que esté expuesta a dicho estresor, pues lo que para un individuo es terrorífico, para otro puede ser insignificante (17). Los estresores se pueden clasificar en: físicos, químicos, psicológicos, sociales y los que desafían la homeostasis cardiovascular o metabólica. Asimismo, los estresores se pueden catalogar de acuerdo a su duración como agudos o crónicos; los agudos son limitados, intermitentes, simples o únicos, y los crónicos de exposición continua y prolongada (19).

La exposición al estrés promueve la activación de dos circuitos diferentes en el Sistema Nervioso Central (SNC). El primero se asocia con la respuesta de tipo sistémico y consiste esencialmente de respuestas en la médula espinal. El segundo circuito se relaciona con la interpretación de la información por las estructuras supraespinales (como el hipotálamo, el sistema límbico y la corteza cerebral) que activan a el eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) y causan un incremento en la producción y liberación de glucocorticoides (20-21). Los receptores a glucocorticoides y mineralocorticoides se encuentran en diversas áreas del

cerebro. Por ejemplo, los mineralocorticoides se encuentran en el septum lateral, la amígdala y el hipocampo; mientras que los receptores a glucocorticoides se distribuyen por todo el cerebro, especialmente en el hipocampo y en el núcleo paraventricular del hipotálamo (20). Los receptores a mineralocorticoides promueven la actividad y viabilidad celular y los receptores a glucocorticoides se encargan de normalizar la actividad después de la despolarización; en condiciones patológicas también promueven la muerte celular (20-22).

La activación del eje HPA está controlada por la hormona liberadora de corticotropina (CRH), que durante la activación de la respuesta al estrés produce elevaciones rápidas de cortisol o corticosterona. Estos últimos se comienzan a unir a los receptores a mineralocorticoides, que van a ser los que comanden las fases iniciales de la activación de la respuesta al estrés. Los receptores a glucocorticoides se ocuparán de forma progresiva, produciendo un freno a la respuesta al estrés. De esta manera, el estrés crónico genera una hipercortisolemia crónica y una liberación excesiva de glutamato por acción de los glucocorticoides, que, al presentarse en exceso, producirán neurotoxicidad (18,20,22,23).

De forma aguda, la activación de la respuesta al estrés es un mecanismo adaptativo que aumenta la probabilidad de supervivencia de los organismos; no obstante, el estrés en su forma crónica produce una acumulación de carga alostática, lo cual puede resultar en serias alteraciones de carácter psicológico y en algunas otras ocasiones en fallas de los órganos blanco vitales (22).

El término alostasis se propuso para explicar *“el mantenimiento de la estabilidad del organismo mediante la adaptación a los cambios impuestos por los estresores. En este sentido, el sistema neuroendocrino, el sistema nervioso simpático y el sistema inmune actúan como mediadores de la adaptación a los factores que nos confrontan en nuestra vida diaria”* (18).

Estrés y depresión

El trastorno depresivo es *“una enfermedad que afecta el organismo, el ánimo y la manera de pensar”* (24). Dicho trastorno presenta síntomas de predominio afectivo como tristeza patológica, anhedonia, desesperanza, irritabilidad y se acompaña, en menor o mayor cantidad, de síntomas cognitivos, volitivos y somáticos (9).

Los estímulos que pueden causar depresión tienen como común denominador el ser estresores con valor afectivo para el individuo afectado (24). Por ello, el estrés es un factor importante para que el estado depresivo se presente. De hecho, existen regiones cerebrales que son vulnerables a las situaciones de estrés, ya que poseen un alto nivel de receptores de glucocorticoides (12,24).

Las perturbaciones del eje corticotrópico son la anomalía neuroendocrina más frecuente en psiquiatría, sobre todo en los episodios depresivos (23). Durante la activación del eje HPA, las células del núcleo paraventricular del hipotálamo secretan CRH, que actúa a nivel de la hipófisis para liberar a la hormona adenocorticotrópica (ACTH) a la circulación y así unirse a sus receptores en la corteza suprarrenal, lo cual estimula la secreción de glucocorticoides. La exposición crónica al estrés, causa una hiposensibilidad de los receptores a glucocorticoides, aspecto que impide la inhibición del eje, y resulta en una hipercortisolemia que inhibe la síntesis de serotonina (5HT) en el núcleo del Rafe y la sobresíntesis de dopamina (DA) en el núcleo accumbens. El cortisol ejerce un efecto modulador sobre el aspecto neurocognitivo, lo cual repercute de forma negativa en el desempeño mnésico, atencional y en el aprendizaje (23, 25).

Estructuralmente, se ha observado que los individuos con depresión muestran una disminución de la sustancia blanca del hipocampo, un aumento en el tamaño de la amígdala y una asimetría hemisférica derecha-izquierda (25, 26). El estrés disminuye los niveles del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), y, en consecuencia, esto contribuye a la hipertrofia del hipocampo, la reducción de la neurogénesis y la aparición de comportamientos asociados a la depresión (26).

Por otra parte, se ha reportado que las emociones negativas y las experiencias estresantes aumentan la producción de citocinas proinflamatorias. La inflamación puede asociarse con cambios ateroscleróticos que afectan los circuitos fronto-subcorticales y dan como resultado la depresión. A su vez, la depresión promueve y mantiene la inflamación por el descenso de la sensibilidad del sistema inmune a las hormonas glucocorticoides, responsables de la disminución de la respuesta inflamatoria (26,27).

Estrés y programación temprana

De acuerdo con la teoría de Barker, también conocida como teoría de la programación intra-útero, “las adaptaciones fetales son la causa de cambios permanentes en la estructura y fisiología del organismo, que finalmente derivan en el desarrollo de enfermedades en la vida adulta”. Barker consideró a el bajo peso al nacer como una variable que podía demostrar que el feto se había desarrollado en un ambiente intrauterino adverso, además esto se relacionaba con la posibilidad de presentar un evento cerebrovascular en la vida adulta (27). La hipótesis de la programación de Barker, proponía que la salud, durante toda la vida de un individuo, se programa durante los periodos críticos del desarrollo (27).

Durante el desarrollo, los organismos son susceptibles a estímulos internos y externos, que pueden ocasionar repercusiones a lo largo del desarrollo, lo cual los hace susceptibles a diferentes enfermedades en la vida adulta, como la aterosclerosis, la hipertensión arterial, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes mellitus tipo 2 y las dislipidemias (28).

Los estímulos que pueden programar el desarrollo de los organismos se dividen en macrodeterminantes y microdeterminantes. En los macrodeterminantes podemos encontrar a el medio ambiente; el clima; la altitud; el estado nutricional de la madre; los factores sociales y económicos, y el estrés. En los microdeterminantes están los cambios en la regulación genética, el metabolismo o la regulación hormonal (29). Estos estímulos conducirán a una programación de la función y comportamiento del eje HPA, y amentar los niveles de glucocorticoides de forma crónica. Como se mencionó con anterioridad, los glucocorticoides pueden actuar en múltiples niveles del cerebro (29), donde afectan la plasticidad sináptica, la morfología dendrítica y la neurogénesis (30).

De la misma forma que los estímulos adversos durante el desarrollo fetal pueden tener repercusiones en la estructura y función de diversos órganos, la exposición crónica al estrés durante la infancia (como las EIA), causa cambios y adaptaciones que afectan principalmente a neurotransmisores, hormonas neuroendocrinas factores neurotrópicos, implicados en el desarrollo normal del cerebro (12). Se considera que, la exposición al estrés, durante la vida temprana afecta la formación y función de diferentes estructuras cerebrales y causa una disfunción del eje HPA, lo cual ocasiona cambios en la estructura del cerebro y variaciones en la metilación del ADN de distintos genes, sobre todo los relacionados al eje HPA (como el gen del GR NR3C1 encontrado en el hipocampo, que ocasiona una reducción de su volumen) (31). A nivel de la amígdala se ha observado que la exposición al estrés durante la

vida temprana causa una reducción en la densidad de los receptores centrales de benzodiazepinas y un aumento en la afinidad de los receptores GABAA, acompañado de un incremento en los niveles de dopamina y una disminución en los niveles de serotonina. Esto, causa una actividad acelerada del sistema límbico (12). La actividad acelerada del sistema límbico impide el desarrollo correcto del cerebro y afecta el procesamiento de la información, además causa un deterioro en el desarrollo del córtex prefrontal y alteraciones en la adquisición de conductas y emociones (12).

Existe una relación importante entre el maltrato infantil y la erosión de los telómeros, pues ocasionan un mal funcionamiento en las células y generan inflamación y tumores. Lo anterior, se relaciona también con una metilación en el ADN de los espermatozoides, lo cual causa problemas para tener descendencia. Los genes que se relacionan con la metilación del ADN por violencia son GABBR1, CACNA2D4 y PSEN2; estos se asocian con la enfermedad de Alzheimer, amiloidosis, miocardiopatía y neurodegeneración (31,32).

El estudio ACE

Felitti & Anda, junto con los centros para el control y prevención de enfermedades (DCD) en EEUU y la fundación Kaiser Permanente, diseñaron el primer cuestionario para estudiar las experiencias infantiles adversas (cuestionario ACE, por sus siglas en inglés) en el año de 1998. En esa ocasión, encuestaron a 17000 participantes y evaluaron tres tipos de abuso y experiencias traumáticas padecidas antes de los 18 años (33). El cuestionario ACE califica el estrés durante la infancia en una escala del 1 al 10, a través de 10 preguntas, enfocadas a un tipo de experiencia sufrida. Las categorías que este cuestionario engloba son: el abuso infantil (físico, psicológico y sexual), la negligencia física y emocional, y la disfunción familiar (34).

Los resultados del estudio ACE original mostraron que más de la mitad de los participantes sufrieron al menos una experiencia infantil adversa; la más frecuente fue el abuso de sustancias en el hogar, seguida del abuso sexual. También observaron que a medida que aumentaba la exposición a las ACE, los individuos adultos tenían mayor probabilidad de cometer un intento suicida, padecer alcoholismo, usar drogas ilícitas, contraer enfermedades de transmisión sexual, sufrir un accidente cerebrovascular o enfermedad cardíaca (5,34).

Recientemente, la OMS realizó importantes modificaciones al cuestionario original propuesto por Felitti, ya que consideraba que no incluía la medición de otras formas perniciosas de estrés como la violencia entre compañeros, la violencia social y la violencia comunitaria (7). Dicha organización afirma que esta versión actualizada del cuestionario (ACE-IQ) permitirá la medición de las EIA en todos los países de forma más precisa (8).

VIII. JUSTIFICACIÓN

Según la OMS, el maltrato infantil es un problema mundial con graves consecuencias que pueden afectar la salud de los individuos en la edad adulta (1). El maltrato infantil causa estrés y se relaciona con un mayor riesgo de sufrir problemas físicos, mentales y de conducta; por lo que tiene un gran impacto a nivel económico y social.

La exposición a las experiencias infantiles adversas (EIA), es una forma de estrés crónico que puede desencadenar enfermedades, tanto psicológicas como metabólicas en la vida adulta. Particularmente, se ha observado que la exposición a las EIA aumenta el riesgo de padecer depresión y enfermedades mentales; las cuales, se encuentran clasificadas dentro de los temas prioritarios propuestos por la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS.

A nivel mundial, se sabe que una cuarta parte de los adultos han reportado que fueron víctimas de maltrato físico de niños, y 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres sufrieron abuso sexual en la infancia (1). El Informe Mundial sobre la Violencia contra los Niños y las Niñas de la UNICEF, publicado en 2006, señaló que el 75% de niños y niñas de entre 2 y 4 años sufrieron abuso psicológico o castigos físicos. Dentro de estos, el abuso físico fue más frecuente en los niños (1 de cada 6) y el sexual en las niñas (39), con este informe observamos que la violencia en niños y niñas es cada vez más frecuente; y que el sufrir violencia de forma constante los lleva a un estado de estrés crónico y con ello un aumento en el riesgo de padecer una patología mental en la vida adulta.

México es el segundo país en el mundo con más casos de violencia contra los menores de edad según la UNICEF (2). La violencia afecta a los niños, niñas y adolescentes sin importar la condición económica o social. En México, se ha reportado que el 62% de los niños y niñas han sufrido maltrato en algún momento de su vida; para 2013 y 2015 la prevalencia aumentó en un 50% (14). La prevalencia de depresión oscila entre el 12% y el 20% (2). Aunado a lo anterior, se sabe que el 10% de los estudiantes han padecido algún tipo de agresión física en la escuela, 5.5% ha sido víctima de violencia sexual y un 16.6% de violencia emocional (2).

Por todo lo anterior, consideramos que es de suma importancia realizar un estudio que permita conocer la frecuencia de las EIA y su posible asociación con la presencia de patologías en la vida adulta. Esto, nos permitirá dar un mejor enfoque a la prevención y el

tratamiento de las personas que sufrieron EIA y se encuentran en riesgo de presentar enfermedades.

IX. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las experiencias infantiles adversas (EIA) son definidas como experiencias traumáticas que ocurren antes de los 18 años. Entre estos tipos de adversidades se encuentran: el maltrato psicológico, el físico, o el sexual y la negligencia; así como algunas formas de disfunción familiar como: ser testigo de violencia, abuso de alcohol o drogas en el hogar, abandono parental, presencia de enfermedades mentales en la familia y encarcelamiento de algún miembro de la familia. Las EIA aumentan la vulnerabilidad a el desarrollo de enfermedades como la depresión, los trastornos de ansiedad, el abuso de sustancias, la obesidad, la hipertensión, la diabetes, los problemas cardiovasculares, el tabaquismo y las conductas sexuales de riesgo en la edad adulta. Respecto a las patologías mentales, la evidencia sugiere que, en los pacientes con historia de EIA el trastorno mental emerge más temprano, asociándose a mayor severidad, cronicidad y peor respuesta a tratamientos estandarizados (32).

Los trastornos depresivos son uno de los problemas de salud más destacados en todo el mundo. Según las predicciones para el 2030 la depresión será la principal causa de discapacidad. Hay evidencia de que la depresión en la edad adulta se relaciona con el maltrato emocional, sexual, y la negligencia física durante la niñez (35).

En México, existen pocos estudios que evalúen la relación entre las ACE y la depresión. En 2008, González-Pacheco y colaboradores realizaron un estudio en mujeres embarazadas para mostrar la relación de las experiencias infantiles adversas y las infecciones de transmisión sexual. Observaron que las infecciones de transmisión sexual tenían una asociación significativa con el abuso y la disfunción familiar (13). Posteriormente, en 2018, Kremer y colaboradores, evaluaron la relación de las ACE y la depresión en migrantes Latinos residentes de Tijuana, México y observaron que existe una asociación significativa entre la exposición a las EIA y la depresión (14).

Existen estudios recientes realizados en Morelia, Michoacán donde se utilizó el cuestionario ACE-IQ estandarizado por la OMS. En 2023, Moreno-Guzmán y colaboradores realizaron un estudio en población adulta de la Unidad de Medicina Familiar No. 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social para evaluar la relación de las EIA con síntomas depresivos. Observaron que la frecuencia de las EIA fue alta y se asocia con la presencia de

síntomas depresivos. Las EIA que predominaron fueron el abuso emocional, físico y sexual, la negligencia física y el acoso escolar (15). En 2024, Meléndez-Diego y colaboradores, evaluaron la relación de las EIA y el síndrome metabólico en población adulta de la Unidad de Medicina Familiar No 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Observaron que la frecuencia de las EIA también fue alta pero no encontraron una asociación significativa con la presencia de síndrome metabólico (16).

Consideramos que estudiar a la población adulta, con un posible historial de experiencias adversas es importante ya que podemos conocer si existe una asociación entre estas experiencias y la aparición de depresión y así poder dar un mejor enfoque al tratamiento para evitar su severidad y cronicidad. Por todo esto, en el presente trabajo nos hemos planteado la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de las experiencias infantiles adversas y su relación con la depresión en la población de la UMF 82 en Zamora?

X.OBJETIVOS

General:

Determinar la frecuencia de las experiencias infantiles adversas y su relación con la depresión en la UMF 82 de Zamora, Mich

Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de la muestra
2. Determinar la frecuencia de las EIA en la UMF 82
3. Determinar si existe una asociación entre las características sociodemográficas de la muestra y la frecuencia de las EIA.
4. Determinar la frecuencia de síntomas depresivos en la UMF 82 y su severidad
5. Determinar si existe una asociación entre las características sociodemográficas de la muestra y la presencia de síntomas depresivos.
6. Evaluar si existe una asociación entre la frecuencia de las EIA y los síntomas depresivos

XII. HIPOTESIS

La frecuencia de las experiencias infantiles adversas en la UMF 82 de Zamora, Michoacán será mayor al 30% y existirá una asociación significativa con la presencia de síntomas depresivos.

XII.MATERIAL Y METODOS

Diseño del estudio

Observacional, transversal, ambispectivo.

Población del estudio

Derechohabientes mayores de 19 años de edad que estén adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 82 de Zamora, Michoacán

Tamaño de la muestra

De acuerdo al censo de derechohabientes de la UMF 82, al mes de junio de 2022 existían 40,011 derechohabientes mayores de 19 años de edad, cuyos datos se utilizaron para calcular el tamaño de muestra con la fórmula para población finita.

Donde:

n : es el tamaño de nuestro a obtener

N : población finita o número de casos

E : El error dispuesto a tolerar fue de 10% (0.1%)

Sustituyendo la formula obtuvimos:

$$\frac{40,011}{1 + 40,011(0.1\%)^2}$$

$$n = 100 (99.7) \text{ participantes}$$

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

1. Derechohabientes de la UMF 82
2. Mayores de 19 años de edad
3. Que acepten participar en el estudio
4. Que sepan leer y escribir

Criterios de no inclusión:

1. Pacientes con alguna lesión cerebral o enfermedad que les impide contestar el cuestionario
2. Mujeres embarazadas
3. Pacientes con cáncer

Criterios de exclusión:

1. Participantes con encuestas o datos incompletos
2. Participantes que decidan retirarse del estudio

Variables

Variable dependiente:

Síntomas depresivos

Variable independiente:

Experiencias infantiles adversas

Variables de control:

Variables sociodemográficas

Edad

Sexo biológico al nacimiento

Género

Escolaridad

Estrato socioeconómico

Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Unidad de medición
Variable Dependiente				
Síntomas depresivos	Conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva	Inventario de depresión de Beck consta de 21 ítems En cada uno de los ítems, la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos. Se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63.	Cualitativa	Mínima (0-13) Leve (14-19) Moderada (20-28) Severa (29-63)
Variable Independiente				
Experiencias infantiles adversas	Son experiencias traumáticas que ocurren antes de los 18 años de forma crónica que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad	Se medirá mediante el cuestionario ACE-IQ, que se clasifican en 13 categorías, cada	Cualitativa	1.- Maltrato emocional 2.- Abuso físico 3.- Abuso sexual 4.- Violencia contra miembros del hogar 5.- Abuso de sustancias en el hogar 6.- Miembros del hogar con enfermedades mentales

	del niño o poner en peligro su supervivencia.	pregunta tendrá valor de un punto		7.- Miembros del hogar que fueron encarcelados 8.- Separación o divorcio de padres 9.- Negligencia emocional 10.- Negligencia física 11.- Acoso 12.- Violencia comunitaria 13.- Violencia colectiva
VARIABLES DE CONTROL				
Sexo	Características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer	Carnet de citas	Cualitativa	Femenino, masculino
Genero	Se refiere a los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas con identidades no binarias.	Como el paciente se identifique al recolectar los datos	Cualitativa	Hombre, Mujer, LGTBTTIQ+ (Lésbico, Gay, Bisexual, Transgénero, Transexual, Travesti, Intersexual, Queer+)
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Carnet de citas	Cuantitativa	Adolescente (19 años) Adulto (20-59 años) Adulto mayor (60 años o más)
Estrato socioeconómico	Situación de una persona según la educación, los ingresos y el tipo de trabajo que tiene	Se utilizará el método de Graffar-Méndez Castellanos que	Cualitativa	La puntuación se va a obtener sumando el puntaje obtenido en cada variable: I- Alto II- Medio alto III- Medio bajo

		<p>consta de 4 variables:</p> <p>1.-Profesión del jefe de familia</p> <p>2.- Nivel de instrucción de la madre</p> <p>3.- Principal fuente de ingreso de la familiar</p> <p>4.- Condiciones de alojamiento.</p>		<p>IV- Obrero</p> <p>V- Crítico</p>
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Se preguntará a los pacientes su nivel de estudios	Cualitativa	primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura.

Descripción operativa

La investigación, se realizará en la UMF 82 de Zamora, Michoacán, durante el periodo comprendido entre el mes de noviembre de 2022 y octubre de 2023. Con previa autorización del Comité Local de Investigación y Ética y acorde a las normas internacionales, nacionales y locales. De forma inicial, el investigador acudirá al archivo clínico con la finalidad de conocer el universo de pacientes de 19 años en adelante adscritos a la unidad, y realizará cálculo para determinar el tamaño de muestra. Una vez que se tenga esta información, se reclutará personas mayores de 19 años a las que se les invitara a participar en el estudio y se les dará a conocer su finalidad y se les informara que el llenado de los cuestionarios toma aproximadamente 30 minutos. Aquellos que acepten participar se les se entregara el consentimiento informado para su lectura y firma. Posteriormente se les invitará a pasar al aula donde se entregará una hoja para la recolección de datos, y los cuestionarios para evaluar las experiencias infantiles adversas (ACE-IQ), el inventario de depresión de Beck (IDB-2) y para evaluar el nivel socioeconómico se aplicará el método de Graffar- Méndez Castellanos.

El cuestionario ACE-IQ consta de 29 ítems, los cuales evalúan 13 categorías de experiencias infantiles adversas, que son: la negligencia emocional, la negligencia física, el abuso emocional, el abuso físico, el abuso sexual, vivir con abusadores de sustancias, vivir con un miembro del hogar con enfermedades mentales o tendencias suicidas, vivir con un miembro del hogar que estuvo encarcelado, la separación de los padres, la violencia doméstica, el acoso, la violencia comunitaria y la violencia colectiva. El cuestionario ACE-IQ fue validado en español por Swingen J. en 2020 (36).

El IDB-2 es un cuestionario de 21 ítems que permite evaluar la presencia de síntomas depresivos y fue validado por primera vez en México por González D. en 2015 (37). En este cuestionario, cada ítem se evalúa de 0 a 3 puntos cada categoría, los puntos de corte para determinar el grado de depresión se clasifican en: depresión mínima (0- 13 puntos), depresión leve (14- 19 puntos), depresión moderada (20- 28 puntos), depresión severa (29- 63 puntos).

Para determinar el estrato socioeconómico se utilizará el método de Graffar- Méndez Castellanos (38). Este, consiste en un cuestionario de 4 preguntas en el que se evalúa la profesión del jefe de familia, el nivel de instrucción de la madre, la principal fuente de ingreso familiar y las condiciones de vivienda. Las respuestas a cada pregunta se evaluaron

con una puntuación de 1 a 5 y la sumatoria de estos puntajes permitió clasificar en clase alta, media alta, media baja, obrera y pobreza.

Análisis estadístico

Se utilizará estadística descriptiva. Para las variables cuantitativas continuas de tipo normal se usará la media y desviación estándar, y se realizará una prueba de Shapiro-Wilks para determinar la normalidad de los datos; y para las no paramétricas utilizaremos la mediana y el rango inter cuartil. Para las variables cualitativas se usará frecuencia con porcentajes. Se utilizará la prueba estadística Chi-cuadrada. El análisis de datos se realizará con el programa SPSS versión 23 para Windows. Las cifras estadísticas significativas se asociarán a un p valor <0.05. Los instrumentos utilizados se van a someter a un análisis de fiabilidad con el Alfa de Cronbach.

XIII.ASPECTOS ETICOS

Los procedimientos realizados en este estudio se llevarán a cabo en concordancia con la Ley General de Salud en Materia de Investigación, las normas de ética, los códigos y normas vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica; así como, la declaración de Helsinki.

El propósito de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas.

La investigación médica está sujeta a las normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

En el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para salud, capítulo 1 (disposiciones comunes), el artículo 13, establece que “*en toda investigación en la*

que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar". Así mismo, El artículo 14 de la Ley general de salud en materia de investigación menciona que la investigación que se realiza en seres humanos deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica. En el artículo 16 refiere que *"en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice"*, adicionalmente, el artículo 17 considera *"un riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio"*. Para efectos de este reglamento, las investigaciones se clasifican en 3 categorías, de acuerdo al grado de riesgo. La presente investigación se clasifica como: "investigación sin riesgos", ya que se trata de una investigación documental ambispectiva, y no hay ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociables de los individuos que participan en el estudio.

El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador y debe estar debidamente calificado.

XIV. FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

El estudio se llevará a cabo utilizando los recursos y la infraestructura de la unidad de medicina familiar 82, ubicada en Zamora, Michoacán y el centro de investigación biomédica de Michoacán. El protocolo se realizará con la participación de residentes de medicina familiar, y de investigadores con experiencia en el estudio del estrés durante la infancia, así como con experiencia clínica.

Se utilizará equipo de cómputo portátil para la impresión de encuestas, obtención de información y documentos. Se utilizarán las aulas de la UMF 82 para la aplicación de cuestionarios.

XV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Mar 2022 a octubre 2022	Noviembre 2022 a diciembre 2022	enero 2022 a abr 2023	Mayo 2023 a oct 2023	Nov 2023 a abr 2024	May 2024 a oct 2024	Nov 2024 a feb 2025
Diseño del protocolo de investigación	X						
Evaluación por el CIES		X					
Reclutamiento de participantes			X	X			
Aplicación de instrumentos			X	X			
Análisis de resultados			X	X			
Redacción de resultados				X			
Redacción de discusión y conclusiones				X			
Redacción de tesis terminada					X		
Envío de manuscrito						X	
Difusión en foros						X	X
Examen de grado							X

XVI.- RESULTADOS

Características sociodemográficas de la muestra

El total de la muestra fue de 100 participantes elegidos al azar. La muestra estuvo conformada principalmente por mujeres 58% ($n = 58$), un 10% ($n = 10$) se identificó como LGBTTTIQA+. El nivel socioeconómico predominante fue el obrero y el nivel de escolaridad fue la licenciatura. (Tabla 1). La mediana de la edad de la muestra fue de 34 años (RIC 19-70).

Tabla No 1. Características sociodemográficas de la muestra.

	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Sexo</i>		
Femenino	65.0	65.0
Masculino	35.0	35.0
<i>Género</i>		
Hombre	32.0	32.0
Mujer	58.0	58.0
LGBTTTIQA+	10.0	10.0
<i>Educación</i>		
Primaria	22.0	22.0
Secundaria	14.0	14.0
Bachillerato	15.0	15.0
Licenciatura	49.0	49.0
<i>Estrato socioeconómico</i>		
<i>Alto</i>	5.0	5.0
<i>Medio alto</i>	28.0	28.0
<i>Medio bajo</i>	24.0	24.0
<i>Obrero</i>	35.0	35.0
<i>Critico</i>	8.0	8.0

Frecuencia de las EIA en la UMF 82

El 96% de los participantes reporto al menos una EIA, de forma acumulada el 72% de los participantes reporto un puntaje alto ≥ 4 EIA. (Figura 1).

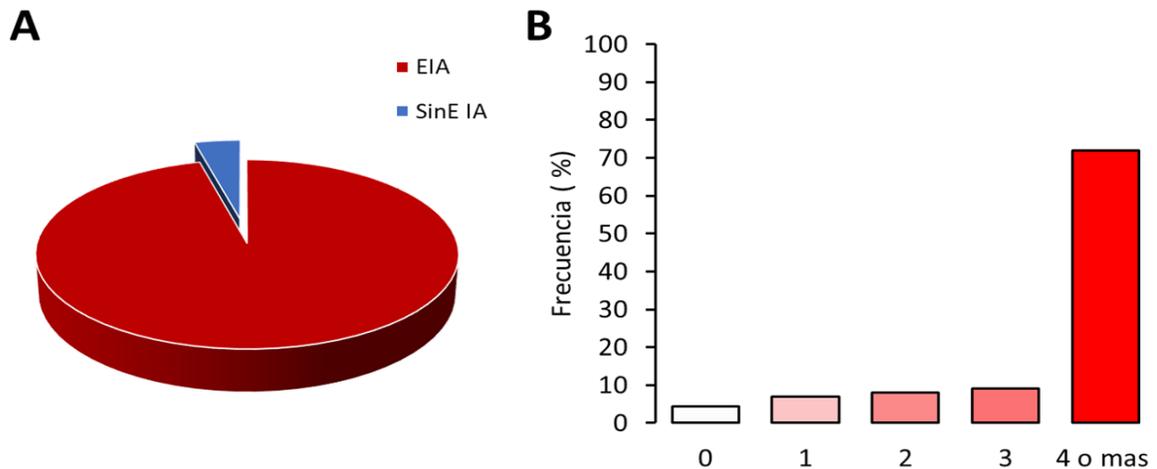


Figura 1. Frecuencia de las EIA en la UMF: A) reporte al menos una EIA, B) EIA de forma acumulada.

Al analizar la frecuencia de cada una de las categorías de EIA por separado, observamos que la más frecuente fue la negligencia emocional, seguida de la violencia comunitaria. También observamos una alta frecuencia de participantes que reportaron la presencia de violencia hacia uno de los miembros de la familia y Abuso emocional. La frecuencia de las categorías de EIA se presentan en la figura 2.

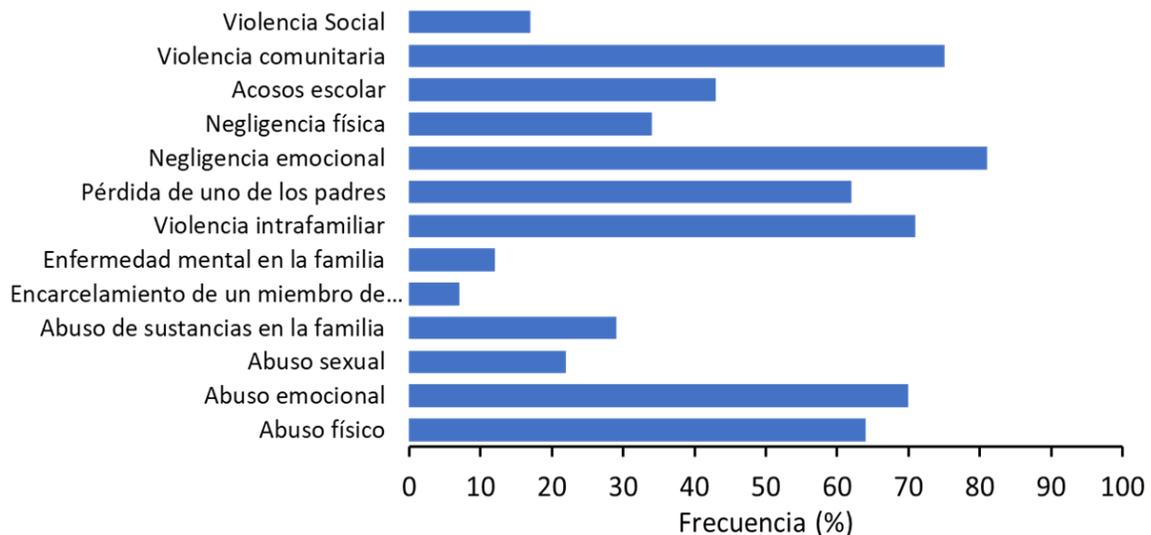


Figura 2. Frecuencia (%) de cada una de las categorías de experiencias infantiles adversas.

Posteriormente, determinamos si existe una asociación entre la presencia de EIAs y las características sociodemográficas de la muestra; no obstante, el análisis estadístico no mostró ninguna asociación entre las variables estudiadas (Tabla 2).

Tabla No 2: Asociación entre las características sociodemográficas de la muestra y la presencia de EIAs

	<i>EIA</i>		<i>Sin EIA</i>		X^2 <i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
<i>Sexo</i>					
Femenino	62	64.6	3	75.0	0.18 (gl= 1) <i>p</i> = 0.563
Masculino	34	35.4	1	25.0	
<i>Género</i>					
Hombre	30	31.3	2	50.0	0.88 (gl=2) <i>p</i> = 0.643
Mujer	56	58.3	2	50.0	
LGBTTTIQA+	10	10.4	0	0.0	
<i>Educación</i>					
Primaria	21	21.9	1	25.0	0.87 (gl=3) <i>p</i> = 0.830
Secundaria	14	14.6	0	0.0	
Bachillerato	14	14.6	1	25.0	
Licenciatura	47	49.0	1	50.0	
<i>Estrato socioeconómico</i>					
<i>Alto</i>	4	4.2	1	25.0	8.09 (gl=4) <i>p</i> = 0.091
<i>Medio alto</i>	26	27.1	2	50.0	
<i>Medio bajo</i>	24	25.0	0	0.0	
<i>Obrero</i>	35	36.5	0	0.0	
<i>Critico</i>	7	7.3	1	25.0	

Frecuencia de síntomas depresivos en la UMF 82

Se observó que la frecuencia de síntomas depresivos ($IDB\ II \geq 14$) en la muestra fue de 50%. Al clasificar a los participantes de acuerdo a su grado de depresión se observó que un 24% presento depresión leve, 19% moderada y 7 % severa. (Figura 3)

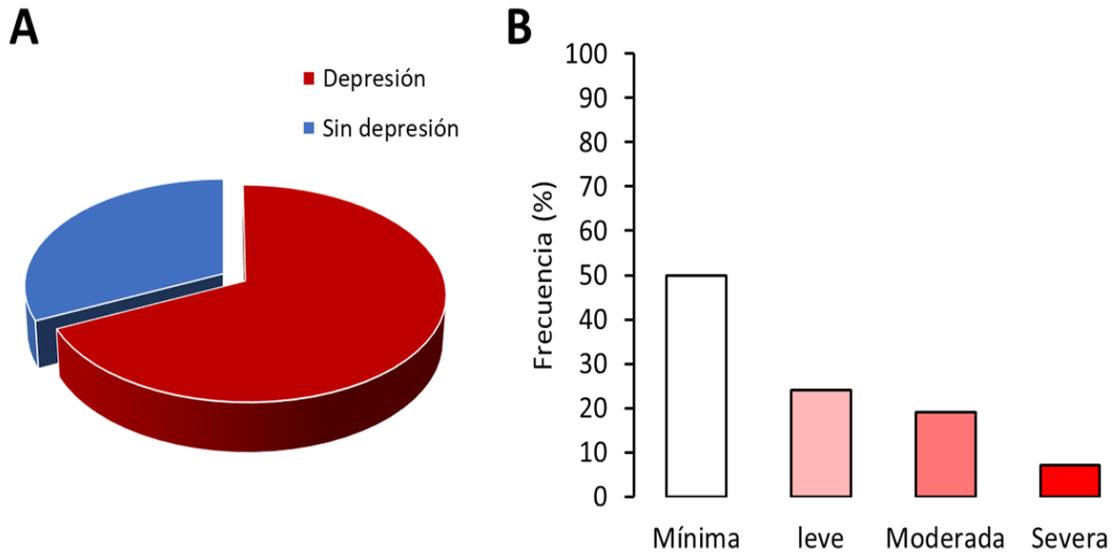


Figura 3. Frecuencia (%) de síntomas depresivos en A) total de la muestra y B) clasificadas de acuerdo a su severidad.

Al analizar si existe una asociación entre la presencia de depresión y las características sociodemográficas de la muestra (Tabla 3) observamos una asociación significativa con el género y el estrato socioeconómico ($p < 0.05$). Los datos mostraron que el 80% de los participantes que se identificaron como LGBTTIQ+ y el 53% de los participantes que se identificaron como mujeres reportaron síntomas depresivos. Así mismo, se observó que el 70% de los participantes pertenecientes al estrato obrero reportaron depresión.

Tabla No 3: Asociación entre las características sociodemográficas de la muestra y la presencia de síntomas depresivos

	<i>Con depresión</i>		<i>Sin depresión</i>		X^2 <i>p</i>
	N	%	n	%	
<i>Sexo</i>					
Femenino	36	72.0%	29	58.0%	2.15 (gl=1) <i>p</i> = 0.104
Masculino	14	28.0%	21	42.0%	
<i>Género</i>					
Hombre	11	22.0%	21	42.0%	7.00 (gl=2) <i>p</i>= 0.030
Mujer	31	62.0%	27	54.0%	
LGBTTTIQA+	8	16.0%	2	4.0%	
<i>Educación</i>					
Primaria	12	24.0%	10	20.0%	0.71 (gl= 3) <i>p</i> = 0.869
Secundaria	8	16.0%	6	12.0%	
Bachillerato	7	14.0%	8	16.0%	
Licenciatura	23	46.0%	26	52.0%	
<i>Estrato socioeconómico</i>					
<i>Alto</i>	1	2.0%	4	8.0%	10.75 (gl= 4) <i>p</i>= 0.029
<i>Medio alto</i>	9	18.0%	19	38.0%	
<i>Medio bajo</i>	17	34.0%	7	14.0%	
<i>Obrero</i>	20	40.0%	15	30.0%	
<i>Critico</i>	3	6.0%	5	10.0%	

Asociación entre la frecuencia de las EIA y los síntomas depresivos

Al analizar la asociación entre la frecuencia de EIA y los síntomas depresivos, observamos que existe una asociación positiva con el número de experiencias infantiles adversas de forma acumulada con la aparición de síntomas depresivos ($p=0.024$). El 86% de los participantes que reportaron 4 o más EIA presento síntomas de depresión. (Tabla No 4).

Tabla No 4: Asociación entre la presencia de EIAs y la depresión

	<i>Con depresión</i>		<i>Sin depresión</i>		X^2 <i>p</i>
	N	%	n	%	
<i>EIA</i>					
Si	50	100.0%	46	0.9	4.16 (gl= 1) <i>p</i> = 0.059
No	0	0.0%	4	0.1	
<i>No. EIAs</i>					
Cero	0	0.0%	4	0.1	11.28 (gl= 4) <i>p</i>= 0.024
Una	2	4.0%	5	0.1	
Dos	3	6.0%	5	0.1	
Tres	2	4.0%	7	0.1	
≥ 4	43	86.0%	29	0.6	

Posteriormente, analizamos si existe una asociación entre la presencia de síntomas depresivos y las diferentes categorías de ACE (tabla 5). Se observó una asociación significativa con la negligencia física, el abuso de sustancias en la familia, la violencia intrafamiliar y el abuso emocional ($p < 0.05$). También se observó una asociación significativa con el abuso físico, la pérdida de uno de los padres y en menor grado el abuso sexual ($p < 0.05$).

Tabla No 5: Asociación entre las categorías de EIAs y los síntomas depresivos

	<i>Con depresión</i>		<i>Sin depresión</i>		X^2 <i>P</i>
	N	%	n	%	
<i>Abuso físico</i>	37	57.8%	27	42.2%	4.3 (gl=1), p=0.030
<i>Abuso emocional</i>	40	57.1%	30	42.9%	4.7 (gl=1), p= 0.024
<i>Abuso sexual</i>	15	68.2%	7	31.8%	3.7 (gl=1), p= 0.045
<i>Abuso de sustancias en la familia</i>	20	69.0%	9	31.0%	5.8 (gl=1), p= 0.013
<i>Encarcelamiento de un miembro de la familia</i>	6	85.7%	1	14.3%	3.8 (gl=1), p= 0.056
<i>Enfermedad mental en la familia</i>	9	75.0%	3	25.0%	3.4 (gl=1), p= 0.061
<i>Violencia intrafamiliar</i>	41	57.7%	30	42.3%	5.8 (gl=1), p= 0.013
<i>Pérdida de uno de los padres</i>	26	41.9%	36	58.1%	4.2 (gl=1), p= 0.032
<i>Negligencia emocional</i>	44	54.3%	37	45.7%	3.1 (gl=1), p= 0.062
<i>Negligencia física</i>	24	70.6%	10	29.4%	8.7 (gl=1), p= 0.003
<i>Acoso escolar</i>	24	55.8%	19	44.2%	1.0 (gl=1), p= 0.210
<i>Violencia comunitaria</i>	11	64.7%	6	35.3%	1.7 (gl=1), p= 0.143
<i>Violencia Social</i>	40	53.3%	35	46.7%	1.3 (gl=1), p= 0.178

Se utilizó un modelo de regresión logística por pasos para confirmar las asociaciones entre las EIAs y los síntomas depresivos. El modelo de regresión logística fue estadísticamente significativo $X^2(1) = 20.66$, $p < 0.001$. El modelo explicó el 24% (Nagelkerke R^2) de la varianza en los síntomas depresivos y clasificó correctamente al 77% de los casos. El modelo indicó que el género, el número de EIAs y la negligencia física fueron factores que predicen para la presencia de síntomas depresivos (Tabla 6).

Tabla No 6: modelo de regresión logística

Variable	Wald	RM	IC95%	<i>p</i>
Género	6.1	0.37	0.17-0.81	0.013
Número de EIAs	3.0	0.65	0.40-1.05	0.082
Negligencia física	5.0	0.32	0.11-0.86	0.025
Constante	10.6	35.45		0.001

XVII. DISCUSION

En el presente trabajo se evaluó por primera vez la frecuencia de EIAs y su relación con la presencia de síntomas depresivos en una muestra de adultos de la ciudad de Zamora. Se observó que el 96% de los participantes reportó al menos una EIA, y el 72% reportó cuatro o más EIAs. La EIA más frecuente fue la negligencia emocional, seguida de la violencia comunitaria. Además, se observó que la frecuencia de síntomas depresivos ($IDB II \geq 14$) en la muestra fue del 50%. Se observó una asociación significativa de estos con el género y el estrato socioeconómico. El modelo de regresión logística confirmó que el género, el número de EIAs y la negligencia física fueron factores que predicen la presencia de síntomas depresivos.

En este estudio se observó una asociación significativa de la presencia de síntomas depresivos y el género, mas no con el sexo. Donde la presencia de síntomas depresivos fue mayor en las personas que se identificaron como mujeres. Estos datos apoyan la idea de que la mayor frecuencia de depresión observada generalmente en las mujeres podría estar asociada a la desigualdad de género, mayor carga de trabajo doméstico y mayor exclusión social que sufren la personas que se identifican como mujeres, y no a diferencias en la vulnerabilidad biológica. El estrato obrero también mostro asociación significativa con la presencia de síntomas depresivos. Esto, se relaciona a las condiciones de vida, como sufrir insuficiencias de rentas, bajo nivel educativo o desempleo. Estos datos tienen congruencia con lo previamente reportado y donde se encontraron esos factores de riesgo (40).

En este estudio se observó que la presencia de EIA en nuestra población fue elevada. Estos datos contrastan con lo reportado en otros países como EUA, donde la frecuencia de EIAs es de 57.8% (41). Esta discrepancia podría ser debida a que en este estudio se utilizó el cuestionario original creado por Felitti & Anda en 1998, en el que solo se incluyen las categorías de abuso, la negligencia y la disfunción familiar, pero no la violencia social, comunitaria o la violencia entre pares. En apoyo a esta idea, se ha observado que la frecuencia de EIAs evaluada mediante el cuestionario ACE-IQ en la ciudad de Morelia se encuentra entre 85% y 95% (15-16). No obstante, es importante destacar que en ambos estudios la frecuencia de reportar 4 o más EIAs acumuladas fue menor (59%) que la observada en este estudio (72%). Estos datos resaltan las diferencias regionales entre la frecuencia de las EIAs.

A pesar de que la Chi cuadrada mostró que existe una asociación de los síntomas depresivos con el abuso físico, el abuso emocional, el abuso sexual, las adicciones en la familia, la violencia intrafamiliar, la pérdida de los padres y la negligencia física, al incluir estas categorías en el modelo de regresión logística y controlando por las características sociodemográficas, observamos que la mayoría de estas asociaciones desaparecen. En su lugar, únicamente el género, el número de EIAs y la negligencia física prevalecieron como predictores de los síntomas depresivos. En 2023, Moreno y colaboradores evaluaron la relación entre las EIA y los síntomas depresivos en la Ciudad de Morelia y observaron que, de forma similar a lo observado aquí, que el abuso físico, emocional y sexual mostraron una asociación significativa con la presencia de síntomas depresivos (15). Sin embargo, a diferencia de nuestros resultados, el acoso escolar también mostró una asociación con los síntomas depresivos. Es importante destacar que, en dicho estudio, el modelo de regresión logística solo confirmó que el abuso físico y el abuso emocional son predictores de la presencia de síntomas depresivos, y a diferencia nuestros resultados, el género no fue un predictor importante. Estos datos resaltan la importancia de estudiar las EIA en diferentes contextos sociales y de reconocer que existen diferencias entre los determinantes sociales de la salud, incluso dentro del mismo estado.

XVIII.- CONCLUSION

La frecuencia de EIAs y síntomas depresivos en la muestra fue mayor de lo esperado. Observamos una asociación significativa entre el género, el número de EIAs y la negligencia física con la frecuencia de síntomas depresivos. Estos datos resaltan la importancia de estudiar las EIA en diferentes contextos sociales y de reconocer que existen diferencias entre los determinantes sociales de la salud, incluso dentro del mismo estado.

XIX. RECOMENDACIONES

Se recomienda a los médicos familiares investigar en nuestros pacientes un posible historial de experiencias infantiles adversas y con esto identificar a tiempo síntomas de depresión, para evitar la cronicidad del padecimiento y brindar un mejor enfoque al tratamiento.

XX.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.- Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil. Organización Mundial de la Salud [internet]. 8 de junio 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- 2.- Amores-Villalba A, Mateos-Mateos R. Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología Educativa* 2017; 23: 81-88.
- 513.- Arruabarrena I, De Paúl J. Early Intervention Programs for Children and Families: Theoretical and Empirical Bases Supporting their Social and Economic Efficiency. *Psychosocial Intervention* 2012; 2 (21): 117-127.
- 4.- Forkey H, Gillespie RJ, Pettersen T, Spector L, Stirling J. Adverse Childhood Experiences and the Lifelong Consequences of Trauma. [Internet]. 21 Julio 2021. Disponible en: <https://www.aap.org/traumaguide>
- 5.- Morse M, Strompolis M, Srivastav A. The Adverse Childhood Experiences Study: Lessons Learned and Future Directions. *Children's Trust of South Carolina Research Brief* 2018; 06:1-3.
- 6.- Gomiz A, Villanueva L. ¿Influyen las experiencias adversas infantiles en el comportamiento antisocial y altruista durante la adultez emergente? *Agora De Salut* 2020; 14 (7): 135-145.
- 7.- Rutter A. The Relevance of the Adverse Childhood Experience International Questionnaire to Working Children: Knowledge Gaps and Implications for Policy Makers. *Children* 2021; 8 (897): 1-17.
- 8.- Organización Mundial de la Salud. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). Organización Mundial de la Salud [internet]. 28 enero 2020. Disponible: [https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-\(ace-iq\)](https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-iq))
- 9.- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías

Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalía-t 2013/06.

10.- Organización Mundial de la Salud. Depresión. Organización Mundial de la Salud [internet]. 13 septiembre 2021. Disponible: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

11.- Wagner F, González-Fortesa C, Sánchez-García S, García-Peña C, Gallo J. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Salud Mental. 2012; 35 (1) : 3-11.

12.- Mesa P, Moya L. Neurobiología del maltrato infantil: el ‘ciclo de la violencia’. Rev Neurol 2011; 52 (8): 489-503.

13.- González-Pacheco I, Lartigue T, Vázquez G. Estudio de casos y controles en un grupo de mujeres embarazadas con experiencias adversas en la infancia y/o adolescencia e infecciones de transmisión sexual. Salud Mental. 2008; 31 (4): 261-270.

14.- Kremer P, Ulibarri M, Ferraiolo N, Pinedo M, Vargas-Ojeda AC, Burgos JL, et al. Association of Adverse Childhood Experiences with Depression in Latino Migrants Residing in Tijuana, Mexico. Perm J. 2019; 23. Disponible en: <https://www.thepermanentejournal.org/issues/2019/winter/6903-tijuana-mexico.html>

15.- Moreno Y, Chacón P, Lajud N. Experiencias infantiles adversas y síntomas depresivos en una unidad de medicina familiar en Michoacán. Aten. Fam. 2023;30(2):143-152.

16.- Meléndez K, Chacón P, Lajud N. Experiencias infantiles adversas y síndrome metabólico en adultos de una unidad de medicina familiar en Michoacán, México. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2024;32(1):e1360.

17.- Cruz G. Desestigmatizando la función del estrés. Revista Electrónica de Psicología Iztacala 2018; 2 (21): 604-620.

18.- De Nicola A. Mecanismos neuroendocrinos de respuesta durante el estrés y la carga alostática. Ciencia e Investigación 2015; 1 (65): 17-26.

18.- Elena G. Estrés: desarrollo histórico y definición. Rev Arg Anest 2002; 60 (6): 350-353.

20.- Rodríguez J, García M, Franco P. Neurobiología del Estrés Agudo y Crónico: Su Efecto en el Eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal y la Memoria. Rev. Ecuat. Neurol 2012; 1-3 (21): 78-90.

21.- Fernández de la Vega O. El cerebro, órgano central de percepción y respuesta al estrés. Revista gallega de psiquiatría y neurociencias 2013; 12: 110-116.

- 22.- Mucio J. La neuroquímica del estrés y el papel de los péptidos opioides. REB 2007; 26 (4): 121-128.
- 23.- Duval F, González F, Rabia H. Neurobiología del estrés. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2010; 48 (4): 307-318.
- 24.- Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Rev Fac Med UNAM 2006; 49 (2): 66-72.
- 25.- Martino P. Un análisis de las estrechas relaciones entre el estrés y la depresión desde la perspectiva psiconeuroendocrinológica. El rol central del cortisol. Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology 2014; 8 (1): 60-75.
- 26.- Diaz Villa B, González González C. Actualidades en neurobiología de la depresión. Rev Latinoam Psiquiatría 2012;11(3):106-115.
- 27.- Barker DJ, Gluckman PD, Godfrey KM, Harding JE, Owens JA, Robinson JS. Fetal nutrition and cardiovascular disease in adult life. Lancet 1993; 341(8850):938-41.
Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PII0140-6736\(93\)91224-A/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PII0140-6736(93)91224-A/fulltext).
- 28.- Barrera R, Fernández L. Programación metabólica fetal. Perinatol Reprod Hum. 2015; 29 (3):99-105
- 29.- Rodríguez N, Martínez T, Martínez R, Garriga M, Fernández J, et al. Programación in útero: un desafío. Revista Cubana De Investigaciones Biomédicas 2014; 33 (1): 94-101.
- 30.- Olivares R, Toledo C, Vera Y, Pérez H, Aboitiz F. Efecto del estrés sobre el sistema nervioso central. Av.Cs.Vet 2008; 1(23): 43-49.
- 31.- Hinojosa- Pérez B, Flores-Díaz A. Lo invisible del maltrato infantil: ¿Puede modificar la expresión genética?. REMUS 2022; 7: 16-25.
- 32.- Vitriol V, Cancino A, Leiva-Bianchi M, Serrano C, Ballesteros S, Potthoff S, et al. Depresión Adulta y Experiencias Infantiles Adversas: Evidencia De Un Subtipo Depresivo Complejo En Consultantes De Atención Primaria. Rev Med Chile. 2017; 145:1145-1153.
- 33.- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Koss, D. F., & Marks, J. (1998). "Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study". Rev. Amer Journ of Prev Medic, 1998

- 34.- Corral Proaño V, Díaz Mosquera E. Entender la conducta suicida desde los vínculos de apego inseguro y el trauma infantil. *CienciAmérica* 2019; 8 (1). Disponible en: <https://cienciamerica.edu.ec/index.php/uti/article/view/204>.
- 35.- Dagnino P, Ugarte M, Morales F, González S, Saralegui D, Ehrental J, et al. Risk Factors for Adult Depression: Adverse Childhood Experiences and Personality Functioning. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2020; 11. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2020.594698>.
- 36.- Swingen JK. Psychometric Developments of the ACE-IQ: Understanding the Trauma History of Latine Immigrants [Tesis doctoral]. Richmond, VA. Virginia Commonwealth University. April 9, 2020. Disponible: <https://scholarscompass.vcu.edu/etd/6187>
- 37.- González DA, Reséndiz RA, Reyes-Lagunes I. Adaptation of the BDI–II in México. *Salud Mental*. 2015; 38(4):237-244.
- 38.- Huerta-González J-L. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. *Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad* [Internet]. 2005. Disponible en: <https://www.worldcat.org/title/medicina-familiar-la-familia-en-el-proceso-salud-enfermedad/oclc/891591590>
- 39.- Informe Mundial sobre la Violencia contra los Niños y las Niñas, UNICEF. Gobierno de México [Internet]. 26 de agosto 2020. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/4750-violencia-ninios-unicef.html>
- 40.- Bacigalupe A, Cabezas A, Baza M, Martín U. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gac Sanit*. 2020;34(S1):61–67.
- 41.- Giano Z, Wheeler D, Hubach R. The frequencies and disparities of adverse childhood experiences in the U.S. *BMC Public Health* 2020; 20:13-27.

XXI. ANEXOS

ANEXO 1.



Instituto Mexicano del Seguro Social
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada en
Michoacán
Unidad de Medicina Familiar #82

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Zamora, Michoacán, a _____ de _____ del 2022

Usted ha sido seleccionado para participar en el estudio de investigación titulado **“Frecuencia de las experiencias infantiles adversas y su relación con la depresión en la UMF 82 de Zamora, Michoacán”**. Registrado ante el Comité de Investigación y ante el Comité de Ética en Investigación 16028 del Hospital General Regional No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social con el número _____.

Justificación y objetivos

El maltrato infantil y las experiencias malas en la infancia pueden hacer que las personas tengan enfermedades en la vida adulta. En nuestro estado no sabemos cuántas personas sufrieron malas experiencias de niños, por lo que este trabajo servirá para ayudar a el personal de la salud a mejorar la atención médica en los pacientes adultos que hayan tenido una situación difícil cuando era niña (o).

Procedimiento

Si usted desea participar en el estudio lo invitaremos a pasar a un salón donde podamos respetar su privacidad y le pediremos que responda un cuestionario que dura media hora sobre su vida actual y sobre las cosas que le pasaron cuando era niño.

Beneficios

Al participar en este estudio podrá conocer sobre su estado emocional y si tiene riesgo de que le dé una enfermedad. En caso de que tenga una enfermedad de las emociones se le ayudará para buscar tratamiento

Riesgos y molestias

Los posibles riesgos y molestias derivados de su participación en el estudio son: la incomodidad al responder las preguntas muy personales o delicadas sobre las cosas que le pasaron cuando era niña (o).

Información de resultados

El médico que me hará las preguntas se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que pudiera tener al realizar las encuestas de este protocolo de investigación y los resultados obtenidos de las mismas para referirlos de manera oportuna con el médico familiar y a si obtener una valoración y seguimiento del caso.

Participación o retiro

Usted es libre de decidir si participa en este estudio y podrá salirse o retirarse de el en el momento que lo desee sin que esto afecte la atención que recibe del IMSS, ni su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que ya recibe. El momento en el que decida abandonar el estudio, no modificará de ninguna manera los beneficios que usted tiene como derechohabiente. Para fines de esta investigación, solo se utilizará la información que usted brindó desde el momento en el que aceptó participar, y hasta el momento en que el que ya no desee participar.

Privacidad y confidencialidad

La información que se proporción y que pueda ser utilizada para identificarlo será guardada de manera confidencial, al igual que la respuesta de los cuestionarios y los resultados de sus pruebas clínicas, para garantizar su privacidad. Nadie tendrá acceso a la información que usted nos proporcione.

Personal del contacto en caso de dudas o aclaraciones

En caso de dudas con el protocolo de investigación dirigirse a:

-Dra. Mariana Michelle Salcedo García, investigadora responsable, al teléfono 3511056085.

-D.C. Naima Lajud Ávila. Centro de Investigación Biomédica de Michoacán.
Teléfono 443222600.

-Dr. Andrés Eusebio Olalde, colaborador. 3511099669

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podría dirigirse a:
Comisión Nacional de Ética en Investigación del IMSS. Paseo de la Reforma 476, Ciudad de México CP. 06600 Teléfono: (55) 52382700 Atención a la ciudadanía: 01800062232323, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx.

Instituto Mexicano del Seguro Social o con la Dra en C. Anel Gómez García, presidente del Comité Local de Ética en Investigación en salud (CLES) N 16028 del HGR N1 al teléfono 3109950, extensión 31315.

Declaración del consentimiento informado

Se me ha explicado con claridad en que consiste este estudio, además he leído el contenido de este formato de consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción y se me ha dado una copia de este formato. Al firmar estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

Nombre y firma del participante

Testigo 1

Nombre, dirección, relación
y firma

Nombre y firma de quien obtiene
el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación
y firma

ANEXO 2



GOBIERNO DE
MÉXICO



Enseñanza unidad de medicina familiar No. 82
Residencia de Medicina Familiar

Zamora, Michoacán, a 12 de diciembre de
2022

CARTA DE NO INCONVENIENTE

Dra. Naima Lajud

Investigador Clínico

Presente

Por medio de la presente, en respuesta a su petición por oficio, le hago de su conocimiento que no existe ningún inconveniente para que pueda realizar su protocolo de investigación titulado **“FRECUENCIA DE LAS EXPERIENCIAS INFANTILES ADVERSAS Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN EN LA UMF 82 DE ZAMORA, MICHOACÁN”** realice su proyecto de investigación en esta Unidad, por lo cual, se otorga la autorización para llevar a cabo la realización de encuestas al personal dirigido en esta investigación

Debo recordar que se debe apegar a las disposiciones legales de la protección de datos personales, así como resguardar y mantener la confidencialidad de los datos de los participantes.


ENTE
Dr. Eduardo Vega Espinosa
Director Médico UMF 82
Zamora, Michoacán

ANEXO 3

Instrumento de recolección de datos

Título del estudio: “Frecuencia de las experiencias infantiles adversas y su relación con la depresión en la UMF 82 de Zamora, Michoacán”

ID DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

C0 INFORMACION DEMOGRÁFICA (ENTREVISTA)

C1 ¿Cuál es el sexo biológico con el que nació? _____

1. Femenino 2. Masculino 3. Otro

C2 ¿Cuál es la identidad de género con la que se identifica? _____

1. Femenino 2. Masculino 3. LGBTTTIQA+

C3 ¿Qué edad tiene? (años) _____

C4 ¿En qué localidad vivió cuando era niño? _____

¿Qué municipio? _____

C5 ¿Se identifica usted como miembro de una comunidad indígena o una etnia indígena? y/o ¿Sus padres hablan alguna lengua indígena?

1. SI _____ 0. NO _____

¿Cuál es su grupo étnico? _____

1. Hispano/latino/mestizo 2. Indígena 3. Afro descendiente
4. Blanco 5. Asiático

C6 ¿Cómo era su familia cuando era niño? _____

1. Vivía con mis dos padres o tutores (sin importar su género) durante la mayor parte de mi Infancia
2. Vivía con uno solo de mis padres o tutor y su nueva pareja (sin importar el género) durante la mayor parte de mi Infancia
3. Vivía con uno solo de mis padres o tutor que NO tenía pareja durante la mayor parte de mi infancia (mamá o papá solos)
4. Vivía en una casa donde también vivían otros miembros de la familia como mis abuelos, tíos, o primos durante la mayor parte de mi infancia

C7 ¿Cuál es su nivel máximo de estudios? _____

1. Sin educación 2. Primaria incompleta 3. Primaria terminada
 4. Secundaria terminada 5. Bachillerato terminado 6. Universidad
 7. Posgrado

C8 ¿Cuál de estas opciones describe mejor su principal situación laboral de los últimos 12 meses?

- 1. Empleado(a) de Gobierno _____
- 2. Empleado(a) en una institución privada _____
- 3. Negocio propio (autoempleo) _____
- 4. Sin remuneración _____
- 5. Estudiante _____
- 6. Ama(o) de casa _____
- 7. Desempleado(a) (pero puede trabajar) _____
- 8. Desempleado (a) (pero no puede trabajar) _____

Método de Graffar-Méndez Castellanos

C9 En las siguientes preguntas por favor escriba en la casilla superior el número que corresponda a la situación actual del participante (1-5)

¿Cuál es la profesión de la/el jefa/ jefe de familia? _____

- 1. profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad. Oficiales de las Fuerzas Armadas (Si tienen un rango de Educación Superior).
- 2. Profesión técnica superior, mediano comerciante o productores.
- 3. Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeño comerciante o productores.
- 4. Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa).

5. Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa).

¿Cuál es el nivel de Instrucción de su madre? _____

1. Enseñanza universitaria o su equivalente.
2. Técnica superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
3. Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior.
4. Enseñanza primaria, o analfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
5. Analfabeta.

¿Cuál es la principal fuente de ingreso de la familia? _____

1. Fortuna heredada o adquirida.
2. Ganancias o beneficios, honorarios profesionales.
3. Sueldo mensual.
4. Salario semanal, por día, entrada a destajo.
5. Donaciones de origen público o privado.

¿Cómo describiría su vivienda? _____

1. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de lujo.
2. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujos sin exceso y suficientes espacios.
3. Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2.
4. Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
5. Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

Llevar al participante a un aula o consultorio donde pueda responder los cuestionarios escritos de forma privada, e indicar que el investigador se encuentra disponible para resolver las dudas que puedan surgir.

ANEXO 4

Cuestionarios para responder en privado (escritos)

Inventario de depresión de Beck

En este cuestionario hay varios grupos de afirmaciones. Lea cada afirmación y elija la que describa de la mejor manera como se ha sentido las últimas dos semanas hasta el día de hoy. Circule el número del enunciado correspondiente.

1.- Tristeza

- 0.- No me siento triste
- 1.- Me siento triste gran parte del tiempo
- 2.- Me siento triste todo el tiempo
- 3.- Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo

2.- Pesimismo

- 0.- No estoy desalentado respecto al futuro
- 1.- Me siento mas desalentado respecto a mi futuro que lo que solía estarlo
- 2.- No espero que las cosas funcionen para mi
- 3.- Siento que como persona soy un fracaso total

3.- Fracaso

- 0.- No me siento como un fracasado
- 1.- He fracasado más de lo que hubiera debido
- 2.- Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos
- 3.- Siento que como persona soy un fracaso total

4.- Pérdida del placer

- 0.- Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
- 1.- No disfruto tanto las cosas como solía hacerlo
- 2.- Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar
- 3.- No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar

5.- Sentimientos de culpa

- 0.- No me siento particularmente culpable
- 1.- Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
- 2.- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- 3.- Me siento culpable todo el tiempo

6.-Sentimientos de castigo

- 0.- No siento que este siendo castigado
- 1.- Siento que tal vez pueda ser castigado
- 2.- Espero ser castigado
- 3.- Siento que estoy siendo castigado

7.- Disconformidad con uno mismo

- 0.- Siento acerca de mi lo mismo de siempre
- 1.- He perdido la confianza en mí mismo

- 2.- Estoy decepcionado conmigo mismo
- 3.- No me gusto a mí mismo

8.- Autocritica

- 0.- No me critico ni me culpo más de lo normal
- 1.- Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2.- Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3.- Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede

9.- Pensamientos o deseos suicidas

- 0.- No tengo ningún pensamiento de matarme
- 1.- He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2.- Querría matarme
- 3.- Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo

10.- Llanto

- 0.- No lloro más de lo que solía hacerlo
- 1.- Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2.- Lloro por cualquier pequeñez
- 3.- Siento ganas de llorar, pero no puedo

11.- Agitación

- 0.- No estoy más inquieto o tenso que lo habitual
- 1.- Me siento más inquieto o tenso que lo habitual
- 2.- Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3.- Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo

12.- Perdida de interés

- 0.- No he perdido el interés en otras actividades o en personas
- 1.- Estoy menos enterado que antes en otras personas o cosas
- 2.- He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas
- 3.- Me es difícil interesarme por algo

13.-Indecisión

- 0.- Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre
- 1.- Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2.- Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones
- 3.- Tengo problemas para tomar cualquier decisión

14.-Desvalorizacion

- 0.- Siento que soy valioso
- 1.- No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2.- Me siento menos valioso cuando me comparo con otros
- 3.- Siento que no valgo nada

15.- Perdida de energía

- 0.- Tengo tanta energía como siempre

- 1.- Tengo menos energía que la que solía tener
- 2.- No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3.- No tengo suficiente energía para hacer nada

16.- Hábitos del sueño

- 0.- No he experimentado ningún cambio en mis hábitos del sueño
- 1a.- Duermo un poco más de lo habitual
- 1b.- Duermo un poco menos que lo habitual
- 2a.- Duermo mucho más que lo habitual
- 2b.- Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a.- Duermo la mayor parte del día
- 3b.- Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17.- Irritabilidad

- 0.- No estoy tan irritable que lo habitual
- 1.- Estoy más irritable que lo habitual
- 2.- Estoy mucho más irritable que lo habitual
- 3.- Estoy irritable todo el tiempo

18. -Cambios en el Apetito

- 0.- No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a.- Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b.- Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a.- Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b.- Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a.- No tengo apetito en absoluto.
- 3b.- Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0.- Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1.-No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2.-Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3.- Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0.- No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1.-Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2.- Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3.- Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0.- No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1.-Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2.-Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3.- He perdido completamente el interés en el sexo.

CUESTIONARIO ACE-IQ

1.- Durante los primeros 18 años de su vida:

	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Casi nunca	nunca
¿sus padres o tutores entendían sus problemas preocupaciones?	1	2	3	4	5
¿Sus padres o tutores sabían qué hacía en su tiempo libre cuando no estaba en casa o en la escuela?	1	2	3	4	5
¿Con qué frecuencia sintió que lo trataron mal o injustamente debido a su raza, origen étnico, color, idioma, acento o país de cultura diferente?	1	2	3	4	5
¿Su familia a veces redujo el tamaño de las comidas o se saltó comidas porque no había comida disponible?	1	2	3	4	5

2.- ¿Vivía con un familiar que tenía problemas con la bebida o era alcohólico, o que abusaba de las drogas ilícitas o de los medicamentos?

a. Sí b. No

3.- ¿Vivía con un familiar que sufría de depresión, alguna enfermedad mental o que era suicida?

a. Sí b. No

4.- ¿Vivía con un familiar que alguna vez estuvo en la cárcel o prisión?

a. Sí b. No

5.- ¿Vivía con un familiar que tuvo que huir del país para vivir o trabajar?

a. Sí b. No

6.- ¿Vivía en un hogar donde temía que un pariente se viera obligado a abandonar el país en el que vivía o trabajaba?

a. Sí b. No

7.- ¿Alguna vez sus padres se separaron o divorciaron?

a. Sí b. No

8.- ¿Se murió su madre, padre o tutor?

a. Sí b. No

9.- ¿Fue separado de su madre o padre por un periodo largo de tiempo por motivos de migración?

- a. Sí b. No

10.- Cuando era niño(a), durante los primeros 18 años de su vida:

	Muchas veces	Pocas veces	Una vez	Nunca
¿Con qué frecuencia sus padres/tutores no le ofrecieron suficiente comida aun cuando hubieran podido hacerlo con facilidad?	1	2	3	4
¿Sus padres/tutores estaban demasiado ebrios o intoxicados por drogas para cuidar de usted?	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia sus padres/tutores no lo enviaron a la escuela, aun cuando había posibilidad?	1	2	3	4

Las siguientes preguntas son sobre ciertas cosas que puede haber escuchado o visto en su hogar. Estas son cosas que pudieron haber hecho a otro familiar, pero no a usted.

	Muchas veces	Pocas veces	Una vez	Nunca
¿Alguna vez vio o escuchó gritar, maldecir, insultar o humillar a alguien en su hogar?	1	2	3	4
¿Alguna vez vio o escuchó a alguien en su casa siendo abofeteado, pateado, golpeado?	1	2	3	4
¿Alguna vez vio o escuchó alguien en su casa siendo golpeado o cortado con objetos como un palo (o bastón), botella, garrote, cuchillo, látigo, machete, etc.?	1	2	3	4

Las siguientes preguntas son acerca de ciertas cosas que puede haber experimentado cuando era niño, durante los primeros 18 años de su vida

	Muchas veces	Pocas veces	Una vez	Nunca
¿Algún padre, tutor u otro familiar le gritó, lo insulto o lo humillo?	1	2	3	4
¿Algún padre, tutor u otro familiar lo amenazó con abandonarlo o echarlo de la casa, en verdad lo hizo?	1	2	3	4
¿Algún padre, tutor u otro familiar lo azotó, abofeteó, pateó o golpeó?	1	2	3	4
¿Algún padre, tutor u otro familiar lo golpeó o cortó con un objeto como un palo (o bastón), botella, garrote, cuchillo, látigo, machete, etc.?	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia alguna persona más mayor que usted o un adulto intentó o le tocó de manera sexual?	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia alguna persona más mayor que usted o un adulto lo forzó o intento forzarlo para tener relaciones sexuales?	1	2	3	4

Las siguientes preguntas son sobre haber sufrido intimidación cuando era niño. La intimidación es cuando una persona joven o un grupo de jóvenes dicen o hacen cosas malas y desagradables a otra persona joven. También es intimidación cuando una persona joven se burla mucho de manera desagradable o cuando una persona joven queda fuera de las cosas a propósito. No es intimidación cuando dos jóvenes de aproximadamente la misma fuerza o poder discuten o pelean o cuando las burlas se hacen de manera amigable y divertida.

Cuando era niño durante los primeros 18 años de su vida:

	Muchas veces	Pocas veces	Casi nunca	Nunca
¿Con que frecuencia sufría de intimidación	1	2	3	4

Esta pregunta se trata de peleas físicas. Una pelea física ocurre cuando dos jóvenes de aproximadamente la misma fuerza o poder deciden pelearse.

Cuando era niño, durante los primeros 18 años de su vida:

	Muchas veces	Pocas veces	Casi nunca	Nunca
¿Con que frecuencia se encontraba en una pelea física?	1	2	3	4

Las siguientes preguntas se tratan sobre la frecuencia, cuando era niño, con que pudo haber visto o escuchado ciertas cosas en su vecindario o comunidad (No en su casa ni en latelevisión, en las películas o en el radio)

Cuando era niño, durante los primeros 18 años de su vida:

	Muchas veces	Pocas veces	Casi nunca	Nunca
¿Vio o escucho que alguien fuera golpeado?	1	2	3	4
¿Vio o escucho que alguien era acuchillado, golpear con un machete o que recibiera un disparo?	1	2	3	4
¿Vio o escucho que alguien fuera amenazado con un cuchillo, un machete o una pistola?	1	2	3	4

Estas preguntas son sobre si experimentó o no alguno de los siguientes eventos cuando era niño. Todos los eventos están relacionados con la violencia colectiva, incluyendo guerras, terrorismo, conflictos políticos o étnicos, genocidios, represiones, desapariciones, tortura y crímenes violentos organizados, como bandidaje y guerra de pandillas.

Cuando era niño, durante los primeros 18 años de su vida:

	Muchas veces	Pocas veces	Casi nunca	Nunca
¿Fue obligado a huir y vivir en otro lugar debido a alguno de los eventos anteriores?	1	2	3	4
¿Experimento la destrucción deliberada de su casa debido a alguno de los eventos anteriores?	1	2	3	4

¿Fue golpeado por soldados, policías, militares, paramilitares o pandillas?	1	2	3	4
¿Algún familiar o amigo fue asesinado o golpeado por soldados, policías, militares, paramilitares o pandillas?	1	2	3	4

Mariana Michelle Salcedo García

Frecuencia de las experiencias infantiles adversas y su relación con la depresión en la UMF 82 de Za

 Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::3117:420015842

Fecha de entrega

9 ene 2025, 12:45 p.m. GMT-6

Fecha de descarga

9 ene 2025, 1:11 p.m. GMT-6

Nombre de archivo

Frecuencia de las experiencias infantiles adversas y su relación con la depresión en la UMF 82 depdf

Tamaño de archivo

1.7 MB

65 Páginas

14,053 Palabras

72,602 Caracteres

54% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Fuentes principales

- 52%  Fuentes de Internet
- 32%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Especialidad en Medicina Familiar	
Título del trabajo	Frecuencia de las experiencias infantiles adversas y su relación con la depresión en la UMF 82 de Zamora, Michoacán.	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	Mariana Michelle Salcedo García	marianamsalcedo@gmail.com
Director	Naima Lajud Ávila	naima.lajud@imss.gob.mx
Codirector	Andrés Eusebio Olalde	andres.olalde@imss.gob.mx
Coordinador del programa	Cleto Álvarez Aguilar	cleto.alvarez@imss.gob.mx

Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	No	
Traducción al español	No	

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Traducción a otra lengua	No	
Revisión y corrección de estilo	No	
Análisis de datos	No	
Búsqueda y organización de información	No	
Formateo de las referencias bibliográficas	No	
Generación de contenido multimedia	No	
Otro		

Datos del solicitante	
Nombre y firma	Mariana Michelle Salcedo García 
Lugar y fecha	Zamora, Michoacán 8 de Enero del 2025