



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

OAD MICHOACÁN

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80.



**Relación entre las experiencias infantiles adversas y la depresión en la población
derechohabiente en la UMF 80**

TESIS

QUE PRESENTA

MORENO GUZMÁN YUNUEN

MATRICULA: 97176248

CURP: MOGY930831MMNRZN05

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR DE TESIS

DRA. NAIMA LAJUD ÁVILA

LABORATORIO DE NEUROBIOLOGÍA DEL DESARROLLO,
DIVISIÓN DE NEUROCIENCIAS, CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE
MICHOACÁN.

CO – ASESOR DE TESIS

DRA. PAULA CHACÓN VALLADARES

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR ADSCRITA A HGR N° 1

Número de Registro ante el Comité de Ética e Investigación: R-2020-1602-021

MORELIA MICHOACÁN, MEXICO OCTUBRE 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OOAD MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80.



**Relación entre las experiencias infantiles adversas y la depresión en la población
derechohabiente en la UMF 80**

TESIS

QUE PRESENTA
MORENO GUZMÁN YUNUEN
MATRICULA: 97176248
CURP: MOGY930831MMNRZN05
TELEFONO: 4432603959
yunuen.moreno.93@gmail.com

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR DE TESIS
DRA. NAIMA LAJUD ÁVILA
LABORATORIO DE NEUROBIOLOGÍA DEL DESARROLLO,
DIVISIÓN DE NEUROCIENCIAS, CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE
MICOACÁN.

MATRICULA: 99174682
TELEFONO: 4433222600 ext. 17
naima.lajud@imss.gob.mx

CO – ASESOR DE TESIS
DRA. PAULA CHACÓN VALLADARES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR ADSCRITA A HGR N° 1
MATRICULA: 99175406
TELEFONO: 4431886235
paula.chacon@imss.gob.mx

Número de Registro ante el Comité de Ética e Investigación:

R-2020-1602-021



**Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Regional en Michoacán
Unidad de Medicina Familiar N° 80**

Dr. Juan Gabriel Paredes Saralegui

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Dr. Gerardo Muñoz Cortes

Coordinador Auxiliar Medico de Investigación en Salud

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano

Coordinador Auxiliar Medico de Educación en Salud

Dra. Sara Elena Santillán Carrasco

Director de la unidad de Medicina Familiar N° 80

Dra. Laura Miriam Pérez Flores

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Dr. Gerardo Antonio Gutiérrez Calderón

Profesor Adjunto de la Residencia de Medicina Familiar



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

Dr. Javier Santacruz Varela

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar de la UNAM

División de Estudios de Posgrado

Dr. Isaías Hernández Torres

Coordinador de la especialidad de Medicina Familiar

División de estudios de posgrado

Dr. Geovani López Ortiz

Coordinador de Investigación

División de estudios de Posgrado

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme permitido terminar una meta más en mi vida.

Agradezco al Instituto Mexicano del Seguro Social, al abrirme las puertas para formar parte de este instituto, y formarme como médico especialista en medicina familiar. Así como también agradezco a la coordinación clínica y de enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar N° 80, donde me han permitido llevar a cabo la realización de este proyecto de investigación. Así mismo agradezco a la Dra. Naima Lajud Ávila, investigadora del Centro de Investigación Biomédica de Michoacán (CIBIMI) por la enseñanza y aprendizaje que me ha proporcionado, así como guía y su atención para desarrollar este proyecto la cual me servirá durante mi formación profesional. De igual manera agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México, mi alma mater, de la cual ahora orgullosamente formo parte.

DEDICATORIA

En este día tan especial, un paso más en mi vida e inmensamente importante para mí y quienes me rodean, quiero agradecer y dedicar este triunfo a mis dos pilares, increíbles y luchadores padres Noemí e Isidro por su apoyo incondicional durante este camino, gracias por aguantar esos días de frustración y agobio al máximo. Siempre me motivaron a seguir adelante. Que día a día se esfuerzan por sacar adelante a la familia, se que trabajan duro para poder darnos a mis hermanos y a mí lo que necesitamos, gracias por creer en mí y en mis capacidades porque sin ustedes esto no hubiera sido posible.

A mis hermanos Isidro y Brandon les agradezco por estar siempre en mi vida, por su gran apoyo en esta etapa de mi vida, muchas gracias hermanos.

A mi novio Gerardo a quien considero parte importante en mi vida y estuvo conmigo acompañándome siempre en este camino.

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
ABREVIATURAS.....	3
GLOSARIO	4
RELACION DE TABLAS Y FIGURAS.....	5
INTRODUCCIÓN	6
MARCO TEORICO.....	8
El concepto de Estrés y la respuesta al estrés	8
Enfermedades relacionadas con el estrés: Depresión.....	9
Experiencias infantiles adversas y el estudio EIA	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
JUSTIFICACIÓN	16
HIPOTESIS.....	18
OBJETIVOS	18
MATERIAL Y MÉTODOS.....	19
Diseño de estudio.....	19
Población de estudio	19
Tamaño de muestra	19
Criterios de selección.....	20
Descripción de las variables.....	21
Cuadro operacional de las variables.....	22
Descripción operacional.....	28
Aspectos éticos.....	30
RESULTADOS.....	32
DISCUSIÓN	45
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	51
REFERENCIAS.....	52
ANEXOS	59

1) Hoja de registro SIRELCIS	59
2) Cronograma de actividades.....	60
3) Consentimiento informado	61
4) Instrumentos de Recolección.....	64
A) Inventario de Beck II	64
B) Cuestionario ACE-IQ.....	69
C) Tabla para calcular la calificación EIA y ACE-IQ	77
D) Método de Graffar Méndez Castellano.....	80

RESUMEN

Título del protocolo: Relación entre las experiencias infantiles adversas y la depresión en la población derechohabiente en la UMF 80.

Autores: Yunuen Moreno, Paula Chacón Valladares, Naima Lajud.

Introducción: Las experiencias adversas vividas durante la infancia son factores de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas en la vida adulta, como la depresión en sus diferentes grados; no obstante, la frecuencia de las experiencias infantiles adversas (EIA) y su relación con la depresión no han sido estudiadas en la ciudad de Morelia.

Objetivo: Conocer la relación de las experiencias infantiles adversas con la depresión en la población derechohabiente en la UMF N° 80.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico. Reclutamos a 140 participantes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.80 del IMSS. Se aplicó el cuestionario internacional de experiencias infantiles adversas (ACE-IQ) y el inventario de depresión Beck II. Utilizamos estadística descriptiva y la prueba de Chi cuadrada. Se realizó una regresión logística por pasos para confirmar las asociaciones. Número de Registro Institucional: R-2020-1602-021.

Resultados: 88.6% de la muestra reportó al menos una experiencia infantil adversa, y el 59% reportó tres o más. La frecuencia de síntomas depresivos fue de 30.7% y el 97.6% de los participantes con síntomas depresivos reportaron al menos una experiencia infantil adversa. El análisis estadístico mostró una asociación significativa entre el abuso emocional y la presencia de síntomas depresivos

Conclusión: La frecuencia EIA es más alta en la UMF 80 que la reportada en otros estudios y esta se asocia a la depresión en el adulto.

Palabras claves: depresión, experiencia infantil adversa, evaluación, enfermedad crónica.

ABSTRACT

Title: Relationship between Adverse Childhood Experiences and depression in the UMF 80.

Authors: Yunuen Moreno, Paula Chacón Valladares, Naima Lajud.

Introduction: Adverse experiences during childhood are risk factors for developing chronic diseases in adult life, such as depression in its different degrees; however, the frequency of adverse childhood experiences (ACE) and their relationship with depression have not been studied in the city of Morelia.

Objective: To determine the relationship of adverse childhood experiences with depression in the population from UMF 80.

Material and methods: An observational, retrospective, cross-sectional and analytical study was performed. We recruited 140 participants from the Family Medicine Unit No. 80 of the IMSS. The International Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE-IQ) and the Beck Depression Inventory were applied. We used descriptive statistics and the Chi square test. Stepwise logistic regression was performed to confirm associations

Results: 88.6% of the sample reported at least one adverse childhood experience, and 59% reported three or more. The frequency of depressive symptoms was 30.7%, and 97.6% of participants with depressive symptoms reported at least one adverse childhood experience. Statistical analysis showed a significant association between emotional abuse and the presence of depressive symptoms

Conclusions: The ACEs frequency is higher in UMF 80 than that reported in other studies and is associated with depression in adults.

Keywords: depression, adverse childhood experience, evaluation, chronic illness.

ABREVIATURAS

ACE- IQ: Cuestionario Internacional de Experiencias Infantiles Adversas

ACE: Experiencia Infantil Adversa.

ACTH: Hormona Adrenocorticotropica

AVP: Vasopresina

BD II: Inventario de Beck II

CDC: Centro de Control de Enfermedades

CIE: Clasificación Estadístico Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud

CRH: Hormona Liberadora de Corticotropina.

DSM: American Psychiatric Association

EAI: Experiencias Infantiles Adversas

ETS: enfermedad Trasmisión Sexual.

HHA: Eje Hipotálamo – Hipófisis – Glándulas suprarrenal

HsCRP: Proteína C Reactiva de alta sensibilidad

IDB2: Inventario de Depresión de Beck II

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

ITS: Infección de trasmisión Sexual

MADRS: Montgomay Asberg Depression Rating Scale

NSE: Nivel Socio- Económico

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

POMC: pro – opiomelanocortina

SNPS: Sistema Nervioso Parasimpático

SNS: Sistema Nervioso Simpático

SRS: Sistema de Respuesta al Estrés

TP: Trastorno de Personalidad

UMF: Unidad de Medicina Familiar

GLOSARIO

Depresión: Es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (sentimientos de dolor profundo, de culpa, de soledad, tristeza, patológica, decaimiento, irritabilidad, desesperanza, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo (baja atención, concentración y memoria, pensamientos de muerte o ideación Suicida), volitivo (apatía, anhedonia, retardo psicomotor, descuido en sus labores cotidianas) y somático (cefalea, fatiga, dolores, alteraciones del sueño, somatizaciones, propensión a Infecciones, etc.)

Experiencias infantil Adversa (EIA): Es una constelación de eventos negativos ocurridos antes de cumplir 18 años, relacionados entre sí, y a la falta de recursos individuales, familiares o ambientales para enfrentarlos en forma satisfactoria, volviéndolos, potencialmente traumáticos, caracterizándose como experiencias perjudiciales, crónicas o recurrentes, angustiantes, con efectos acumulativos, con diferente gravedad y consecuencias para la salud.

RELACION DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Frecuencia de depresión	p. 35
Figura 2. Frecuencia de experiencias infantiles adversas (EIA)	p. 38
Figura 3. Frecuencia (%) de cada una de las categorías de experiencias infantiles adversas (EIA)	p.39
Tabla I. Características socio – demográficas de la muestra	p. 33
Tabla II. Fiabilidad del cuestionario ACE-IQ	p. 34
Tabla III. Asociación entre depresión y variables de control	p. 36
Tabla IV. Asociación entre EIAs y las variables de control	p. 40
Tabla V. Asociación entre las experiencias infantiles adversas (EIA) acumuladas y la depresión	p. 42
Tabla VI. Asociación entre cada una de las categorías de EIA y la depresión	p. 43
Tabla VII. Razón de momios en la regresión logística para la depresión y las EIAs.	p. 44

INTRODUCCIÓN

La exposición a las experiencias infantiles adversas (EIA) puede aumentar la probabilidad de desarrollar depresión en la vida adulta. La organización mundial de la salud (OMS) define a las EIA como *“situaciones altamente estresantes que, vividas en la infancia, tienen repercusiones en la vida adulta”* e incluyen el abuso, la negligencia, la violencia por parte de los padres o cuidadores, la disfunción familiar etc (1). La exposición a las EIA es una forma de estrés crónico en el niño, que repercute a lo largo de toda la vida afectando el bienestar de las personas, e interrumpiendo el desarrollo temprano de la niñez. La exposición crónica al estrés durante la infancia puede conducir a problemas graves como alcoholismo, enfermedades crónicas degenerativas, y depresión, entre otros (2).

La depresión es un padecimiento grave que afecta negativamente la manera de sentir, pensar y actuar del paciente y que repercute directamente en su funcionamiento familiar, social y laboral (3). La OMS estima que los trastornos neuropsiquiátricos representan un total del 28% del global de las enfermedades, de estas un tercio es causado por el trastorno depresivo, estableciendo que hay aproximadamente 350 millones de personas afectadas en el mundo por este trastorno. En México la encuesta epidemiológica de salud mental en el 2003, refiere que la depresión tenía una prevalencia del 7.9% en la población mexicana (4). La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en las mujeres que en los hombres (5). La OMS previo que en el 2020 sería la segunda causa de discapacidad en el mundo, tan solo después de las enfermedades cardiovasculares y la primera en países en vías de desarrollo como México. Adicionalmente, en México, la depresión es la principal causa de pérdida de años de vida por discapacidad para las mujeres y la novena para el hombre (6).

De acuerdo a la OMS, a nivel mundial *“una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños”*. Adicionalmente, *“una de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia”* (7). En México el informe nacional de la violencia de la Secretaría de Salud publicado en 2006, reportó que entre 1998 y 2002 más de 72,000 niños fueron víctimas de algún tipo de maltrato infantil

(8). Y la Unicef reportó que “México ocupa el primer lugar a nivel mundial en violencia física y homicidio en menores de 14 años” (9). Las EIA en la población mexicana han sido poco estudiadas y los trabajos existentes se enfocan en poblaciones vulnerables. Un estudio llevado a cabo en migrantes residentes de la ciudad de Tijuana, mostró que existe una relación entre las EIA y síntomas depresivos (10). Otro estudio hecho en nuestro país indica la existencia de una relación estrecha entre las EIA y las infecciones de transmisión sexual en pacientes embarazadas (11). No obstante, estos estudios tienen algunas limitaciones ya que fueron elaborados utilizando una versión no actualizada del cuestionario de EIA. Todo lo anterior deja claro que, en la actualidad el estrés durante la vida temprana asociado a las EIA es un problema de gran importancia. Sin embargo, actualmente no se cuenta con cifras confiables respecto a la frecuencia de las EIA en la población de derechohabiente del IMSS. Por lo que, no se ha podido establecer su relación con problemáticas de salud prioritarias como la depresión. Es por ello que, nos hemos propuesto estimar la fiabilidad de la versión actualizada del cuestionario ACE-IQ, evaluar la frecuencia de las EIA y su relación con la depresión.

MARCO TEORICO

El concepto de Estrés y la respuesta al estrés

Cannon en 1926 creó la palabra homeostasis para describir el concepto de la necesidad de los organismos de mantener constante el medio interno (12). Posteriormente, Hans Selye uso este concepto como base para definir al estrés como: *“la respuesta no específica del cuerpo ante cualquier demanda”* y conceptualizó al estrés como *“un estado de amenaza o desarmonía de la homeostasis”* (13); es decir, el estrés es una respuesta fisiológica y mental adaptativa que permite mantener la homeostasis o equilibrio (14). Un estresor se considera como cualquier elemento o demanda que pone en riesgo la sobrevivencia de un individuo, estos pueden ser: estresores físicos, estresores psicológicos y estresores cardiovasculares (15).

La exposición a un estresor activa el sistema de respuesta al estrés (SRS) en el sistema neuroendocrino (dividiéndose en 3 partes para su estudio): el sistema nervioso simpático (SNS) y el sistema nervioso parasimpático (SNPS) que son los responsables de las respuestas rápidas y el eje hipotálamo-hipófisis-glándulas suprarrenales (HHA) (16). La activación rápida del sistema de respuesta al estrés, provoca un aumento en la producción de catecolaminas (norepinefrina y epinefrina), así como un incremento la respuesta del sistema nervioso simpático; resultando en un comportamiento de huida o lucha ante un estresor. Durante la respuesta tardía se activa el eje HHA (17). La exposición de un estresor causa que la vasopresina (AVP) y la hormona liberadora de corticotropina (CRH) sean producidas por las neuronas parvocelulares hipotalámicas y liberadas hacia la circulación portal. Estas hormonas estimulan la secreción de la pro-opiomelanocortina (POMC) que se escinde en hormona adrenocorticotropa (ACTH) y β – endorfina en la hipófisis. La hormona adrenocorticotropica estimula a la corteza suprarrenal para la producción de glucocorticoides como el cortisol después de la exposición al estrés. Los glucocorticoides son los principales efectores de la respuesta al estrés (16).

La integración de los sistemas de respuesta al estrés es compleja y, de forma aguda, ayuda al organismo a luchar con una situación de emergencia (15). Los organismos son capaces

de generar mecanismos adaptativos ante los cambios internos o externos, esto se llama homeostasis que es un proceso biológico que ayuda para la supervivencia de las especies (18). De forma opuesta, la exposición crónica del estrés provoca una acumulación de carga homeostática que a la larga se asocia a enfermedades físicas y mentales, cardiovasculares, inflamatorias y metabólicas (12, 15). De la misma manera exposición crónica al estrés provoca una alteración en el estado de vigilancia y de excitación induciendo modificaciones conductuales a largo plazo que llevan la aparición de desórdenes del afecto y de ansiedad (13).

Enfermedades relacionadas con el estrés: Depresión

La depresión se define como una enfermedad que afecta el estado de ánimo, los pensamientos y por lo tanto al organismo total (19). Es el *“trastorno del estado de ánimo que se presenta con mayor frecuencia, en la sociedad. Se caracteriza por un sentimiento profundo de tristeza, desesperanza, autodevaluación y desinterés por las cosas que usualmente son fuente de placer”* (3). Otros signos y síntomas de la depresión son los cambios en el nivel de la actividad y energía, dificultades para concentrarse, deficiencias en la habilidad de tomar decisiones, culpabilidad, pesimismo, ideas de auto daño o ideas suicidas, trastornos de sueño y del apetito, así como también alteraciones en la actividad sexual. La depresión es un padecimiento grave que afecta negativamente la manera de sentir, pensar y actuar del paciente y que repercute directamente en su funcionamiento familiar, social y laboral (3). Hay dos formas básicas de la depresión: exógena y endógena. La depresión endógena no tiene una causa externa que la manifieste, lo cual lleva a considerarla una alteración biológica; mientras la depresión exógena se debe a una causa externa generalmente bien definida como es el estrés o la pérdida de un ser querido, esta forma de depresión depende de la cantidad y calidad del estímulo estresor y los substratos biológicos (genéticos, bioquímicos y moleculares) que determinan las alteraciones en la homeostasis y por ende en la función cerebral (20).

La OMS estima que los trastornos neuropsiquiátricos representan un total del 28% del global de las enfermedades, de estas un tercio es causado por el trastorno depresivo,

estableciendo que hay aproximadamente 350 millones de personas afectadas en el mundo por este trastorno. En México la encuesta epidemiológica de salud mental en el 2003, refiere que la depresión tiene una prevalencia del 7.9% en la población mexicana (4). La prevalencia calculada del trastorno depresivo mayor o distimia a lo largo de toda la vida es de 4.2-17% (4). La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en las mujeres que en los hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta (5). La depresión es la cuarta causa principal de carga de morbilidad a nivel mundial y este podría subir a ser la segunda causa en el año 2030. La depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, que son ampliamente reconocidos durante la vida adulta como el contexto (familiar, violencia, ser ama de casa, cuidar algún enfermo, maltrato infantil, abandono de hogar), los factores sociales (desempleo, aislamiento social, migración, etc.), cognitivos (pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales) y genéticos (familiares de primer grado de pacientes con trastornos mentales), estos incrementan el riesgo de que se presente la sintomatología depresiva (4,21, 22).

Los criterios diagnósticos para la depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM). La evaluación de la depresión debe realizarse con un enfoque amplio y no debería basarse únicamente en el recuento de síntomas, por lo que existen varios instrumentos o escalas para esta evaluación como son (5):

- Escala de Hamilton
- Inventario de Depresión de Beck (BD-II)
- Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

La depresión mayor es un trastorno multisistémico que afecta las funciones cerebrales y corporales. La inflamación contribuye al vínculo entre los síntomas psicológicos y somáticos en individuos deprimidos; es decir esta inflamación (proteína C reactiva de alta sensibilidad [hsCRP] fibrinógeno, glóbulos blancos, citocinas pro inflamatorias) puede

estar relacionada con la depresión a través de interacciones neuroinmunoendocrinas (21). El cerebro regula la secreción de hormonas glucocorticoides, a su vez, los glucocorticoides pueden inhibir los procesos de inflamación, y esta inflamación reduce la señalización de glucocorticoides y esto puede conducir a un funcionamiento anormal del cerebro. Por lo tanto, las personas deprimidas a menudo muestran alteración de la señalización de glucocorticoides (21). Así como también existe evidencia que niveles anormales de serotonina, norepinefrina y dopamina, neurotransmisores monoaminérgicos que actúan en las neuronas del sistema nervioso central, son importantes en la fisiopatología de la depresión (20). Se ha propuesto un modelo neuroanatómico de la depresión que comprende las alteraciones en la estructura y función de la corteza prefrontal, el complejo amígdala-hipocampo, el tálamo, los ganglios basales y las abundantes conexiones entre esas estructuras (20).

Experiencias infantiles adversas y el estudio EIA

En el cerebro adulto los efectos de la exposición al estrés y sus enfermedades relacionadas, como la depresión, desaparecen gradualmente después de que desaparece el estímulo estresante; sin embargo, la exposición al estrés crónico durante la infancia tiene efectos deletéreos sobre el desarrollo del cerebro y sus consecuencias son permanentes (23). El estrés crónico durante la infancia puede ocurrir en muchas formas, pero las más tóxicas son el maltrato o abuso, la negligencia y el abandono (24), otras formas generalizadas de estrés durante la infancia son la violencia entre pares, la violencia social o crecer en condiciones de pobreza (7).

La organización mundial de la salud define a las experiencias infantiles adversas como *“situaciones altamente estresantes que, vividas en la infancia, tiene repercusiones en la vida adulta”* e incluyen el abuso, la negligencia, la violencia por parte de los padres o cuidadores, la disfunción familiar etc (1). Todas estas agresiones que se reciben durante la infancia, interrumpen el desarrollo temprano de la niñez, y pueden conducir a problemas como el alcoholismo, las enfermedades crónicas degenerativas, y la depresión, entre otros (2). Las EIA pueden ser reconocidas por tener características identificadas como es el daño

al infante resultado de trauma agudo o insidiosos, ser repetidos en el tiempo y que son causantes de estrés y carga alostática. Las EIA frecuentemente son acumulativas y varían en su severidad (25). La exposición al estrés durante la infancia causado por las EIA es considerada uno de los principales factores que aumentan el riesgo de padecer depresión en la edad adulta (21). Las EIA han demostrado tener una alta incidencia en pacientes con trastornos como la depresión (21,26). Adicionalmente, varios estudios han demostrado que las EIA son factores de riesgo graves para otras enfermedades como, la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2, la depresión, la hipertensión sistémica, las infecciones de transmisión sexual, el síndrome de estrés postraumático, el intento de suicidio y la muerte prematura (11,25, 27, 28,29, 30).

El estudio pionero de Felitti y colaboradores llevado a cabo en colaboración con el centro de control de enfermedades de EU (CDC) y la fundación Káiser Permanente, creó el cuestionario de experiencias infantiles adversas (cuestionario ACE); el cual, evalúa las experiencias adversas que ha experimentado una persona durante la infancia o la adolescencia. Las preguntas hacen referencia a tres áreas generales: abuso, negligencia y disfunción del hogar durante los primeros 18 años de vida (31). A partir de entonces, el cuestionario ACE ha sido utilizado en diversos estudios, señalando que las experiencias adversas tienden a ser frecuentes y concurrentes. Se ha observado que 2/3 de la población ha sufrido al menos una EAI y más de un 10% ha vivido 5 o más (32). Las experiencias adversas son más frecuentes en niños menores de 6 años. Los resultados obtenidos por Kerker, indican que casi la totalidad de los niños entre los 18 y los 71 meses de edad (98.1%) han sufrido al menos un evento adverso y el 50.5% ha vivido 4 o más. En promedio, la primera exposición a las EIA ocurre al año y medio de edad. Una vez que un evento adverso ocurre en la vida de un niño, aumenta significativamente la posibilidad de tener EIAs adicionales (32).

En México, el cuestionario (ACE), fue estandarizado en su versión original por González-Pacheco del departamento de investigación psicosocial del Instituto Nacional de Perinatología y colaboradores en el año 2008. La investigación titulada “ETS/VIH-SIDA y trastornos de la personalidad (TP) en mujeres embarazadas y sus parejas. Detección y

prevención de prácticas de alto riesgo” se realizó con el objetivo de determinar la asociación existente entre la EIAs y la presencia de infecciones de transmisión sexual en la gestación. Se realizó en 178 mujeres gestantes conformado en 2 grupos. El primer grupo de 89 gestantes presentaban ITS y el segundo grupo fue de 89 gestantes sin ITS. Mostrando en el grupo con ITS el 58.98% de las gestantes presentó una asociación de 3 o más experiencias adversas en la infancia. El 45% de las mujeres reportaron abuso físico y el 47% reportaron un consumo de alcohol problemático por parte de sus padres (11). Otro estudio publicado en México en el año 2019 titulado “Asociación de experiencias infantiles adversas con depresión en migrantes latinos residentes en Tijuana, México”, se realizó en 110 latinos de 18 años o más que residen Tijuana, México, observado que el 82% de los participantes sufrieron al menos una EIA, el 33% de ellos presento 3 o más EIA, identificando también que el 14% de los participantes presentaron síntomas de depresión leve, moderada o grave (10).

En el 2018, la OMS, lanzó una nueva versión del cuestionario EIA. El Cuestionario internacional EIA (ACE-IQ) está destinado a medir las EIA en todos los países, la asociación entre ellas y los comportamientos de riesgo en la edad adulta. El cuestionario ACE-IQ está diseñado para la administración a personas mayores de 18 años. De forma similar al cuestionario original, las preguntas cubren la disfunción familiar; el abuso y la negligencia física, sexual o emocional por parte de los padres o cuidadores. Adicionalmente, esta versión actualizada del cuestionario incluye dominios adicionales como la violencia entre pares (bullying); presenciar violencia comunitaria y la exposición a la violencia colectiva (2).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las EIA provocan estrés crónico en el niño que repercutirá a lo largo de toda la vida, afectando su bienestar y su calidad de vida e interrumpiendo el desarrollo temprano de la niñez (24). La exposición crónica al estrés durante la infancia puede conducir a problemas graves como alcoholismo, enfermedades crónicas degenerativas, y depresión, entre otros (40). Si bien, es generalmente aceptado que las EIA dejan secuelas a largo plazo, la relación entre las EIA y la depresión han sido poco descritas en México. Estudios previos llevados a cabo utilizando la versión anterior del cuestionario EIA en poblaciones de mujeres embarazadas de la ciudad de México y migrantes latinos residentes en Tijuana observaron que entre el 60% y 64% de los participantes reportaban al menos una EIA y que estas se relacionaban con un mayor riesgo de padecer depresión (10,11). Resultados de un estudio previo llevado a cabo en pacientes hipertensos de la delegación Michoacán del IMSS mostraron que el 95% de los pacientes que sufrían depresión reportaban al menos una EIA y que la exposición a EIAs correlacionaba de forma positiva con la frecuencia de depresión (41). No obstante, es importante destacar que estos estudios tienen varias limitaciones debido a que se enfocan únicamente en poblaciones altamente vulnerables (mujeres embarazadas, migrantes y pacientes hipertensos) y utilizaron la versión original del cuestionario ACE.

Por otra parte, en 2011, Caroline Cohrdes y Elvira Mauz, realizaron un estudio en Irlanda donde observaron que la relación entre las EIA y la depresión fue más clara en el género femenino, donde se mostró un mayor predominio de depresión en las mujeres que sufrieron violencia doméstica durante la infancia o reportaron psicopatologías de los padres (42). Posteriormente, Shoshana Berenzon y sus colaboradores en el año 2013 observaron que, en México, existen diferentes factores relacionados a la depresión como ser mujer, dedicarse a las labores del hogar, tener un nivel socioeconómico bajo, el aislamiento social, el desempleo, las experiencias de violencia, etc (6). Adicionalmente, es importante destacar que las mujeres presentan prevalencias más elevadas de abuso sexual, violencia física por parte de la pareja, violación, persecución y acoso. Por su parte, los hombres experimentaron

más atracos con arma y accidentes, alrededor del 20% de personas que han sufrido uno o más eventos violentos, presentaron un cuadro de depresión (6). Esto es de particular importancia debido a que, los estudios sobre EIA llevados a cabo en México no toman en cuenta estas diferencias por género. Es más, actualmente, no contamos con un estudio con perspectiva de género sobre la asociación EIA con depresión en la población mexicana; lo cual puede arrojar datos distintos a los reportados en otros países, dado las altas tasas de violencia hacia las niñas y mujeres observadas en nuestra población.

Por todo esto, consideramos importante estimar la fiabilidad de la versión actualizada del cuestionario ACE-IQ en un estudio que abarque a un sector más representativo de la población derechohabiente, y que incluya una perspectiva más amplia, por lo que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación de las experiencias infantiles adversas con la depresión en derechohabientes en la UMF 80 en Morelia Mich?

JUSTIFICACIÓN

En las últimas décadas los estudios sobre EIAs han llegado a ser referente en el mundo de la investigación acerca del impacto del estrés durante la infancia (29). Las *“experiencias infantiles adversas, son situaciones altamente estresantes que, vividas en la infancia, tiene repercusiones en la vida adulta”* (1), sobre todo cuando hay maltrato ya sea físico, verbal (32), psicosocial o abuso sexual (33) así como la disfunción familiar (34). *“Las EIA repercuten negativamente en la vida adulta causando una disminución de la calidad de vida, aumento en las conductas de riesgo y desarrollo de enfermedades crónicas”* (1), como la diabetes mellitus, la hipertensión, la intolerancia a la glucosa; patologías mentales como el comportamiento antisocial (35), el trastorno de depresión mayor (36) o los trastornos de ansiedad (37).

La OMS define al maltrato infantil como *“los abusos y desatención que sufren los menores de 18 años”* (38). De acuerdo a la OMS, a nivel mundial *“una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños”*. Adicionalmente, *“una de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia”* (7). En México el informe nacional de la violencia de la Secretaría de Salud publicado en 2006, reportó que entre 1998 y 2002 más de 72,000 niños fueron víctimas de algún tipo de maltrato infantil (8). La ONU *“asegura que en el mundo existen 275 millones de niños que son maltratados con golpes, insultos, humillaciones y abandonados”* (39), mientras que, la Unicef reporto que *“México ocupa el primer lugar a nivel mundial en violencia física y homicidio en menores de 14 años”* (9), también estimo que en *“México el 62% de los niños y niñas han sufrido maltrato en algún momento de su vida, 7 de cada 10 jóvenes viven o han vivido violencia en su noviazgo, 10.1% de los estudiantes han padecido algún tipo de agresión física en la escuela, 5.5% ha sido víctima de violencia de sexual y un 16.6% de violencia emocional”*(39).

Todo lo anterior deja claro que en la actualidad el estrés durante la vida temprana asociado a las EIA es un problema gran importancia. Sin embargo, actualmente no se cuenta con cifras confiables respecto a la frecuencia de las EIA en la población derechohabiente del

IMSS. Por lo que, no se ha podido establecer su relación con problemáticas de salud prioritarias como la depresión. Esto es de particular importancia debido a que la depresión es una enfermedad grave que dificulta formar relaciones sanas y estables consigo mismo y con las personas que lo rodean.

De acuerdo a la OMS *“en el mundo hay más de 350 millones de personas con depresión”*. En México, las prevalencias oscilan entre 3.3 y 21.4% (6). La encuesta epidemiológica de salud mental en el 2003, indicó que la depresión tiene una prevalencia del 7.9% en la población mexicana. Adicionalmente, la prevalencia calculada del trastorno depresivo mayor o distimia a lo largo de toda la vida es de 4.2-17% y se considera que la depresión en el mundo representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables (4). Es más, los análisis recientes realizados en México muestran que la depresión produce mayor discapacidad que otras condiciones crónicas como la diabetes. La OMS previó que en el 2020 sería la segunda causa de discapacidad en el mundo, tan solo después de las enfermedades cardiovasculares y la primera en países en vías de desarrollo. En México, la depresión es la principal causa de pérdida de años de vida por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres (6). En conjunto, estos datos indican que la depresión asociada a las EIA es un problema de salud grave que ha sido poco estudiado. Es por ello que, nos hemos propuesto valorar las EIA y su relación con la depresión.

HIPOTESIS

El 80% de los derechohabientes de 18 a 65 años de la UMF 80 que tiene depresión reportará al menos una EIA.

OBJETIVOS

General

Conocer la relación de las experiencias infantiles adversas con la depresión en la población derechohabiente en la UMF 80.

Específicos

1. Describir las características socio demográficas de la población de estudio.
2. Calcular la fiabilidad de la versión actualizada del cuestionario internacional de experiencias infantiles adversas (ACE-IQ).
3. Calcular la frecuencia y el tipo de depresión en la población derechohabiente de la UMF 80.
4. Calcular la frecuencia de las experiencias infantiles adversas en la población derechohabiente de la UMF 80.
5. Evaluar la relación de las diferentes categorías de EIA con la depresión en la población derechohabiente de la UMF 80.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio

Observacional, retrospectivo, transversal y analítico

Población de estudio

Pacientes derechohabientes que tengan entre 18 a 65 años de edad de la UMF N° 80.

Tamaño de muestra

Se obtuvo el censo de pacientes por parte del departamento de estadística de la UMF 80, con edad comprendida de los 18 a 65 años. Estos datos se utilizaron para calcular el tamaño de la muestra de acuerdo a la fórmula:

TAMAÑO DE MUESTRA PARA POBLACIÓN FINITA

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Dónde:

n Es el tamaño de la muestra a obtener

N Población finita o número de casos

e Error de estimación que está en condiciones de aceptar

El error que estamos dispuestos a tolerar es de un 85 % (0.085) en error de muestreo entre entrevistar a los 160,000 derechohabientes y el tamaño que arroje la fórmula de cálculo.

Sustituyendo en la fórmula queda:

$$n = \frac{160,000}{1 + 160,000(0.085)^2}$$

$n = 140$ Pacientes

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- 18 años a 65 años
- Ambos sexos
- Derechohabientes de la UMF 80
- Pacientes que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado

Criterios de no inclusión:

- Pacientes analfabetas, o con discapacidad para leer y/o escribir
- Pacientes con cáncer.
- Pacientes con lesión cerebral traumática del adulto.
- Pacientes con alteraciones neuro – psiquiátricas que impidan contestar los cuestionarios o realizar toma de muestras o revisión física.
- Pacientes embarazadas

Criterios de exclusión:

- Pacientes que decidan retirarse del estudio.
- Pacientes con encuestas/cuestionarios incompletos o su base de datos incompletos.

Descripción de las variables

Variable dependiente:

Depresión

Variable independiente:

Experiencias infantiles adversas

Variables de control:

Variables socio demográficas:

Edad

Sexo biológico al nacimiento

Género

Escolaridad

Situación laboral

Estrato socioeconómico

Tipo de familia

Tabaquismo

Alcoholismo

Ejercicio

Enfermedad crónica

Cuadro operacional de las variables

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Unidad de medición
VARIABLE DEPENDIENTE				
<i>Depresión</i>	Es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (sentimientos de dolor profundo, de culpa, de soledad, tristeza, patológica, decaimiento, irritabilidad, desesperanza, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo (baja atención, concentración y memoria, pensamientos de muerte o ideación Suicida), volitivo (apatía, anhedonia, retardo psicomotor, descuido en sus labores cotidianas) y somático (cefalea, fatiga, dolores, alteraciones del sueño, somatizaciones, propensión a Infecciones, etc.) (4).	Se evaluará con el inventario de Depresión de Beck II, Cada ítem se evalúa de 0-1-2-3 puntos. Los puntos de corte son: 1.- Depresión mínima: 0-13. 2.- Depresión leve: 14-19. 3.- Depresión moderada: 20-28. 4.- Depresión severa: 29-63.	Cualitativa	1. Depresión mínima 2. Depresión leve 3. Depresión moderada 4. Depresión severa.
VARIABLE INDEPENDIENTE				
<i>Experiencias infantiles adversas(EAIs)</i>	Es una constelación de eventos negativos ocurridos antes de cumplir 18 años, relacionados entre sí, y a la falta de recursos individuales,	Se evaluará de acuerdo a las recomendaciones de la guía para analizar el cuestionario ACE-IQ, se utilizará el método	Cualitativa	- Con EIA - Sin EIA

	<p>familiares o ambientales para enfrentarlos en forma satisfactoria, volviéndolos, potencialmente traumáticos, caracterizándose como experiencias perjudiciales, crónicas o recurrentes, angustiantes, con efectos acumulativos, con diferente gravedad y consecuencias para la salud (32).</p>	<p>de análisis de la versión binaria. Para calcular la puntuación EIA binaria se verificarán las respuestas de los participantes. Si el participante responde afirmativamente (ya sea con una vez, algunas veces o muchas veces) entonces eso cuenta como un sí, por lo que la respuesta debe ser marcada con un círculo, y un 1 colocado en la columna final. Una vez completado, se obtendrá una puntuación del 0 al 13 llamada calificación EIA o “score ACE” por su nomenclatura en inglés.</p> <p>El cuestionario ACE-IQ está organizando en las siguientes secciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0.- Información demográfica. 1.- Matrimonio 2.- Relación con los padres o tutor. 3.- Negligencia 4.- Ambiente familiar 5.- Abuso 6.- Violencia entre pares. 7.- Violencia en la comunidad 		
--	--	--	--	--

		8.- Guerra o violencia colectiva.		
VARIABLES DE CONTROL				
<i>Edad</i>	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	De acuerdo a la edad se divide: 1. Infancia: 0-9 años de edad. 2. Adolescencia: 10-19 años de edad. 3. Adulthood: 20-59 años de edad. 4. Tercera edad: mayor de 60 años.	Cuantitativa	- Infancia - Adolescencia - Adulthood - Tercera edad
<i>Sexo biológico al nacimiento</i>	Condición orgánica de los animales y las plantas que caracterizan a los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	Femenino Masculino	Cualitativo	Se verificará con su carnet de citas.
<i>Género</i>	Atributos socialmente construidos, roles, actividades, responsabilidades y necesidades predominantemente relacionados con la pertenencia al sexo masculino o femenino en determinadas sociedades o comunidades en un momento dado. 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	Mujer Hombre No binario, LGTBTTTIQA+	Cualitativo	Se preguntará directamente a los participantes

	no binarias. El género es también producto de las relaciones entre las personas y puede reflejar la distribución de poder entre ellas. No es un concepto estático, sino que cambia con el tiempo y del lugar.			
<i>Etnicidad</i>	Son prácticas culturales y perspectivas que distinguen a una determinada comunidad de personas. Los miembros de los grupos étnicos se ven a sí mismos como culturalmente diferentes de otros grupos sociales, y son percibidos por los demás de igual manera	Se evaluará de acuerdo a los diferentes tipos: 1. Hispano 2. Indígena 3. Caucásico 4. Otro	Cualitativa	Se preguntará directamente al paciente
<i>Escolaridad</i>	Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.	Se evaluará el grado de estudios: Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Posgrado	Cualitativa	Se preguntará directamente al paciente
<i>Situación laboral</i>	Es aquella actividad propiamente humana, que hace uso de nuestras facultades tanto físicas como morales e intelectuales; conducentes a obtener un bien o servicio necesario para la satisfacción propia y a veces ajena de alguna necesidad.	Se evaluará de acuerdo al tipo de empleo que ejercen: 1. Empleo de gobierno 2. Empleo privado 3. Negocio propio 4. Estudiante 5. Ama de casa 6. Desempleo	Cualitativa	Se preguntará directamente al paciente

<p><i>Nivel socioeconómico (NSE)</i></p>	<p>Es una medida total que combina la parte económica y sociológica de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas (43)</p>	<p>Se utilizará el método de Graffar-Méndez Castellanos, el cual incluye las siguientes secciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Profesión del jefe de familia. 2.- Nivel de Instrucción de la madre. 3.-Principal fuente de ingreso de la familia. 4.- Condiciones de alojamiento. <p>Para la estratificación se debe sumar las 4 puntuaciones registradas en las respectivas variables; el valor obtenido determina el estrato social del hogar según la escala:</p> <p>I (alto); puntaje 4, 5,6. II (clase media alta); puntaje 7, 8,9. III (clase media baja) puntaje 10, 11,12. IV (clase obrera) puntaje 13, 14, 15, 16. V (pobreza crítica) puntaje17, 18,19, 20</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>I (alto) II (clase media alta) III (clase media baja) IV (clase obrera) V (pobreza crítica)</p>
--	--	--	---------------------	--

<i>Tipo de familia</i>	Conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos, con vínculos consanguíneo o no, con un modo de existencia económico y sociales comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan.	Se evaluará de acuerdo al tipo de familia vivió: 1. Ambos padres. 2. Un padre y una pareja nueva. 3. Monoparental 4. Extendida	Cualitativa	Se preguntará directamente al paciente.
<i>Tabaquismo</i>	Intoxicación aguda o crónica producida por el consumo de tabaco	Se evaluará de acuerdo a la frecuencia de consumo: 1. Frecuente 2. Moderado 3. Leve 4. No fuma	Cualitativa	Se preguntará directamente al paciente
<i>Alcoholismo</i>	Enfermedad causada por el consumo abusivo de bebidas alcohólicas.	Se evaluará de acuerdo a la frecuencia de consumo: 1. Frecuente 2. Moderado 3. Leve 4. No bebe	Cualitativa	Se preguntará directamente al paciente
<i>Ejercicio</i>	Actividad física que se hace para conservar o recuperar la salud o para prepararse para un deporte.	Se evaluará de acuerdo a la frecuencia de su realización: 1. Frecuente 2. Moderado 3. Leve 4. Sedentario	Cualitativa	Se preguntará directamente al paciente
<i>Enfermedad crónica</i>	Enfermedad o afección que por lo general dura 3 meses o más, y es posible que empeore con el tiempo.	Se evaluará si padece alguna patología crónica: 1. Si 2. No	Cualitativa	Se preguntará directamente al paciente

Descripción operacional

La investigación, se realizó en la UMF N° 80, del IMSS, ubicada en Morelia Michoacán, durante el periodo del mes de Noviembre 2020 – Junio 2021. Con previa autorización del Comité de Ética e investigación; para dicha realización, el investigador principal acudió al archivo clínico en el mes de mayo 2020 con la finalidad de conocer el universo de pacientes adscritos a la unidad, de 18 a 65 años y realizó cálculo matemático para obtener la muestra. Una vez que se tuviera esta información, el Investigador principal reclutó a los pacientes de 18 años a 65 años, para la recolección de los datos y la muestra. Para lo cual, el investigador principal acudió a la fila de espera del laboratorio clínico e invitó a voluntarios de 18 a 65 años de edad, con la finalidad invitarlos y darles a conocer los objetivos de la investigación. Quienes aceptaron, fueron llevados al aula 1 de la UMF N° 80 y se les dio a conocer el consentimiento informado (ANEXO 3) para su firma, y ahí mismo el investigador entregó el cuestionario ACE-IQ. Este, constó de un cuestionario dividido en 6 grupos (preguntas centrales, matrimonio, padres/tutores, familiares, abuso, violencia), dando como respuesta SI/NO. Se marcaron como afirmativas si las respuestas del participante coincidían exactamente con la pregunta escrita en la tabla. Una vez completado el cuestionario se calculó la calificación de 0-13 (ANEXO 4-B). Este cuestionario fue estandarizado en este país en su versión original por el departamento de investigación psicosocial del Instituto Nacional de Perinatología, en el año 2008 (11); sin embargo, en el 2018 la organización mundial de la salud lanzó una nueva versión de este cuestionario, el cual fue utilizado en el presente trabajo.

Ese mismo día, el investigador aplicó el inventario de depresión de Beck II. Este cuestionario consistió en 21 ítems, cada ítem se evaluó de 0 a 3 puntos cada categoría, los puntos de corte para determinar el grado de depresión se clasificaron en: sin depresión (0-13puntos), depresión leve (14-19puntos), depresión moderada (20-28puntos), depresión severa (29-63puntos). Este instrumento se aplicó en la Ciudad de México por primera vez en 1991 por Torres – Castillo y fue estandarizado en 1998 (44) (ANEXO 4-A).

Para valorar el estatus socioeconómico se aplicó el método Graffar- Méndez Castellanos el cual se evalúa 4 variables, cada variable tiene 5 puntuaciones que va de 1 a 5 seleccionando la más correcta, así sumado las 4 puntuaciones y clasificar el estrato social del hogar según la escala: I (alto) con un puntaje de 4,5,6. II (clase media alta) con un puntaje 7, 8,9. III (clase media baja) con un puntaje 10, 11, 12. IV (Clase obrera) con un puntaje 13, 14,15, 16. V (pobreza crítica) con un puntaje de 17, 18, 19,20. (ANEXO 4-D).

Toda esta información se registró en una base de datos diseñada para esta investigación.

Análisis estadístico

Se aplicó la estadística descriptiva, para las variables continuas con media y desviación estándar, y para las variables discretas en frecuencia con su respectivo porcentaje. El estadístico de prueba que se utilizó fue la prueba no paramétrica de Chi cuadrada. El proceso de datos se realizó con el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) versión 23.

Aspectos éticos

El protocolo propuesto para esta investigación se llevó a cabo de acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, las normas de ética, los códigos y normas vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica; así como, la declaración de Helsinki.

En el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para salud, capítulo 1 (disposiciones comunes), el artículo 13, dice 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”

En el artículo 14 dice que la investigación que se realice en seres humanos deberá “adaptarse a los principios científicos y éticos que justifiquen la investigación médica, se fundamentará en la experimentación previa realizada en laboratorios o en otros hechos científicos, contará con el conocimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación o del representante legal, deberá ser realizada por profesionales de la salud bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud, así como suspender la investigación de inmediato en caso de haya un riesgo de lesión”

En el artículo 15 menciona “cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación”.

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”

En 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 protocolo de esta investigación, se realiza con el capítulo I:

Investigación sin riesgos: ya que se trata de una investigación documental retrospectivo, no hay ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociables de los individuos que participan en el estudio, como son cuestionarios, entrevista, etc, en lo que no se le identifique ni se trata en aspectos sensitivos de su conducta.

RESULTADOS

1. Características socio - demográficas de la población de estudio.

El total de la muestra fue integrado por 140 participantes entre los 18 a 65 años de edad. Nuestra muestra incluyó una proporción mayor de participantes del sexo y género femenino. La muestra consistió en 83 (59.3%) participantes del sexo femenino y 57 (40.7%) participantes del sexo masculino. Por otra parte, observamos que 82 (58.6%) de los participantes se identificaron como género femenino, mientras que 58 (41.4%) participantes se identificaron como género masculino.

El rango de edad con mayor predominio se encontró entre los 46 a 55 años. La edad promedio del grupo fue 45.2 ± 3.1 años. Se observó que el nivel máximo de estudios más común fue la secundaria terminada, seguida del bachillerato terminado. El grupo étnico con el cual se identificaron los participantes fue hispano con una baja presencia de identificación con el grupo caucásico o indígena. La mayoría de los participantes reportaron que eran empelados en empresa privada y el nivel de desempleo se encontró en 10%. El estrato socioeconómico que predominó fue el obrero, seguido de medio bajo, y solo un mínimo porcentaje fue alto. Las características socio demográficas de la muestra se presentan en la Tabla I.

Tabla I. Características socio- demográficas de la muestra

VARIABLE	N= 140	%
Etnicidad		
Hispano	130	92.9
Indígena	3	2.1
Caucásico	3	2.1
No desea declarar	4	2.9
Escolaridad		
Sin educación	1	0.7
Primaria incompleta	13	9.3
Primaria completa	7	5
Secundaria terminada	51	36.4
Bachillerato terminado	39	27.9
Universidad terminada	21	15
Posgrado	7	5
No deseo declarar	1	0.7
Situación laboral		
Empleado de gobierno	25	17.9
Empleado en instituto privado	46	32.9
Negocio propio	16	11.4
Estudiante	7	5
Ama de casa	26	18.6
Desempleado, pero puede trabajar	14	10
Desempleado, pero no puede trabajar	3	2.1
No deseo declarar	3	2.1
Estrato socioeconómico		
Alto	1	0.7
Medio alto	18	12.9
Medio bajo	54	38.6
Obrero	59	42.1
Critico	8	5.7

Al analizar la tipología familiar durante la niñez, observamos que 109 (77.9%) participantes vivieron con ambos padres, seguido de una familia extendida en 15 (10.7 %) participantes, y 11 (7.9 %) participantes pertenecieron a una familia mono parental. Únicamente (3.6%) participantes vivieron en una familia formada por uno de los dos padres y su nueva pareja. De forma paralela, analizamos la frecuencia de factores de riesgo y

adiciones en la muestra y observamos que 125 (89.3 %) participantes reportaron que no consumen tabaco, 14 (10%) participantes reportaron consumo de tabaco leve, y solo 1 (0.7%) consumo moderado. No se observaron reportes de consumo de tabaco severo. Al considerarlos reportes de consumo de alcohol, observamos que 95 (67.9%) participantes no beben, 43 (30.7%) participantes reportaron consumo de alcohol leve y 2 (1.4%) participantes reportaron consumo de alcohol moderado. En la actividad física se observó con mayor predominio el sedentarismo. 67 (47.9%) participantes reportaron que no realizaban actividad física, 34 (24.3%), participantes reportaron actividad física moderada 26 (18.6%) y sólo 13 (9.3%) reportaron que realizaban actividad física de forma frecuente. La mayoría de los participantes padecían una o más enfermedades crónicas. Observamos que 76 (54.3 %) participantes reportaron diagnóstico de alguna enfermedad crónica; mientras que 64 (45.7%) refirieron no padecer ninguna enfermedad crónica degenerativa.

2.- Fiabilidad de los instrumentos de medición.

El cuestionario ACE-IQ modificado por la OMS, consta de 36 ítems, cuyas respuestas posteriormente se clasificaron en 13 dominios calificados de forma binaria; por lo que, se calculó la fiabilidad para ambos (Tabla II).

Tabla II: Fiabilidad del cuestionario ACE-IQ

INSTRUMENTO	No. de reactivos	Alpha de Cronbach
Cuestionario ACE-IQ	36	.867
Cuestionario ACE binario	13	.582

3.- Frecuencia y tipo de depresión en la población derechohabiente de la UMF 80.

Nuestros resultados mostraron que el promedio del score del cuestionario de Beck de la muestra fue de 9.3 ± 9.1 puntos. La frecuencia de depresión se muestra en la figura 1A. Al analizar la frecuencia de la depresión clasificada de acuerdo a su severidad (Fig. 1B), observamos que la mayor proporción de participantes que reportaron depresión fue el tipo leve y solo una pequeña proporción reportó depresión moderada o severa.

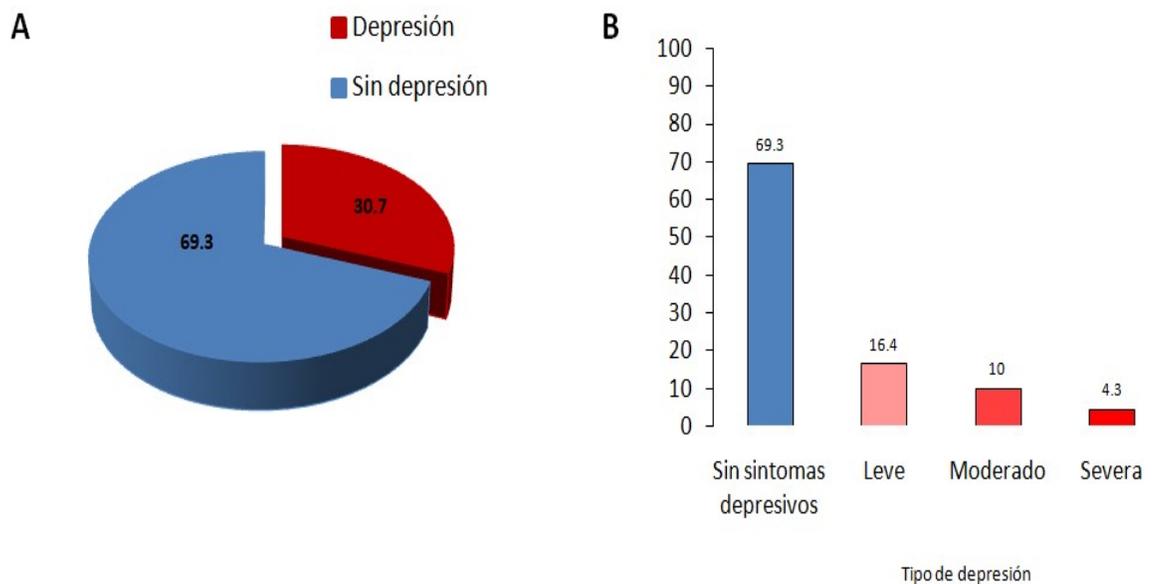


Figura 1. Frecuencia de depresión. Gráfica que muestra la frecuencia (%) de **A)** depresión en la muestra, y **B)** de cada una de las categorías de depresión reportadas en el inventario de depresión de Beck II.

Analizamos la frecuencia de depresión considerando las variables de control y se observó que únicamente la situación laboral y el alcoholismo mostraron una asociación significativa con la presencia de depresión ($p \leq 0.01$). Nuestros datos mostraron que la depresión fue más frecuente en las amas de casa (Tabla III) y que, si bien, el consumo de

alcohol es menor en los participantes que no reportaron depresión, la depresión también se presentó con más frecuencia en aquellos participantes que no reportaron consumo de alcohol.

Tabla III.- Asociación entre depresión y variables de control

VARIABLES DE CONTROL	CON DEPRESIÓN N= 42 n (%)	SIN DEPRESIÓN N= 98 n (%)	X²
Genero			
Femenino	28(20)	54 (38.6)	1.6 (gl=1)
Masculino	14 (10)	44 (31.4)	<i>p</i> = 0.13
Sexo			
Femenino	29 (20.7)	54 (38.6)	2.3 (gl=1)
Masculino	13 (9.3)	44 (31.4)	<i>p</i> = 0.13
Edad			
18-25 años	7 (5)	8 (10.7)	
26-35 años	5 (3.6)	16 (11.4)	7.5 (gl=4)
36-45 años	3 (2.1)	22 (15.7)	<i>p</i> = 0.10
46-55 años	12 (8.6)	28 (20)	
56-65 años	15 (10.7)	24 (17.1)	
Etnicidad			
Hispano	39 (27.9)	91 (65)	6.4 (gl=3)
Indígena	0 (0.0)	3 (2.1)	<i>p</i> = 0.09
Caucásico	0 (0.0)	3 (2.1)	
No deseo declarar	3 (2.1)	1 (0.7)	
Tipo de familia			
Ambos padres	35 (25)	74 (52.9)	
Un padre y una pareja nueva.	2 (1.4)	3 (2.1)	1.91 (gl=3)
Monoparental	2 (1.4)	9 (6.4)	<i>p</i> = 0.59
Extendida	3 (2.1)	12 (8.6)	
Escolaridad			
Sin educación	1 (0.7)	0 (0)	
Primaria incompleta	5 (3.6)	8 (5.7)	
Primaria terminada	3 (2.1)	4 (2.9)	7.4 (gl= 7)
Secundaria terminada	15 (10.7)	36 (25.7)	<i>p</i> = 0.37
Bachillerato terminado	9 (6.4)	30 (21.4)	
Universidad terminada	5 (3.6)	16 (11.4)	
Postgrado	3 (2.1)	4 (2.9)	
No deseo declarar	1 (0.7)	0 (0)	

Situación Laboral			
Empleo de gobierno	6 (4.3)	19 (13.6)	17.7 (gl=7) p= 0.01
Empleado privado	8 (5.7)	38 (27.1)	
Negocio propio	2 (1.4)	14(10)	
Estudiante	4 (2.9)	3(2.1)	
Ama de casa	13 (9.3)	13(9.3)	
Desempleado, pero puede trabajar	5 (3.6)	9(6.4)	
Desempleado, pero no puede trabajar	2 (1.4)	1(0.7)	
No deseo declarar	2 (1.4)	1(0.7)	
Estrato socioeconómico			
Alto	0 (0)	1 (0.7)	4.38 (gl=4) p= 0.35
Medio alto	5 (3.6)	13 (9.3)	
Medio bajo	17 (12.1)	37 (26.4)	
Obrero	20 (14.3)	39 (27.9)	
Critico	0 (0)	8 (5.7)	
Tabaquismo			
Frecuente	0 (0)	0 (0)	2.35 (gl= 2) p= 0.30
Moderado	1 (0.7)	0 (0)	
Leve	4 (2.9)	10 (7.1)	
No fuma	37 (26.4)	88 (62.9)	
Alcoholismo			
Frecuente	0 (0)	0 (0)	7.94 (gl=2) p= 0.01
Moderado	2 (1.4)	0 (0)	
Leve	8 (5.7)	35 (25)	
No bebe	32 (22.9)	63 (45)	
Ejercicio			
Frecuente	5 (3.6)	8 (5.7)	2.31 (gl=3) p= 0.51
Moderado	6 (4.3)	20 (14.3)	
Leve	8 (5.7)	26 (18.6)	
Sedentario	23(16.4)	44 (31.4)	
Diagnóstico de enfermedad crónica			
Si	24 (17.1)	52(37.1)	0.19 (gl= 1) p= 0.39
No	18 (12.9)	46 (32.9)	

4.- Frecuencia de las experiencias infantiles adversas en la población derechohabiente de la UMF 80.

Al analizar la frecuencia de las experiencias infantiles adversas mediante el cuestionario ACE-IQ observamos que la mayoría de los participantes reportaron al menos una EIA (Fig. 2A). El promedio del score del cuestionario ACE-IQ de la muestra fue de 1.76 ± 1.06 puntos. Al analizar la frecuencia de las EIA de forma acumulada (Fig. 2B), observamos que más de la mitad de los participantes reportaron un score EIA alto (≥ 3).

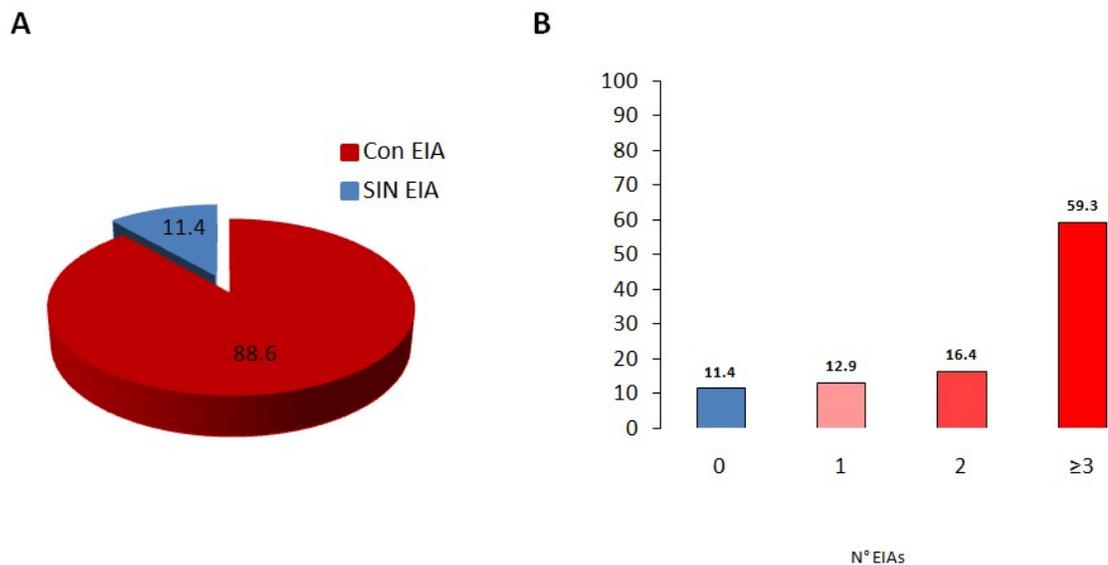


Figura 2. Frecuencia de experiencias infantiles adversas (EIA). Gráfica que representa la frecuencia (%) de **A)** reportar al menos una EIA, y **B)** las EIA acumuladas.

Adicionalmente, evaluamos la frecuencia de cada una de las categorías del cuestionario ACE-IQ de forma independiente y observamos que la EIA más común fue la violencia colectiva, seguida de la violencia doméstica y abuso emocional (Fig. 3).

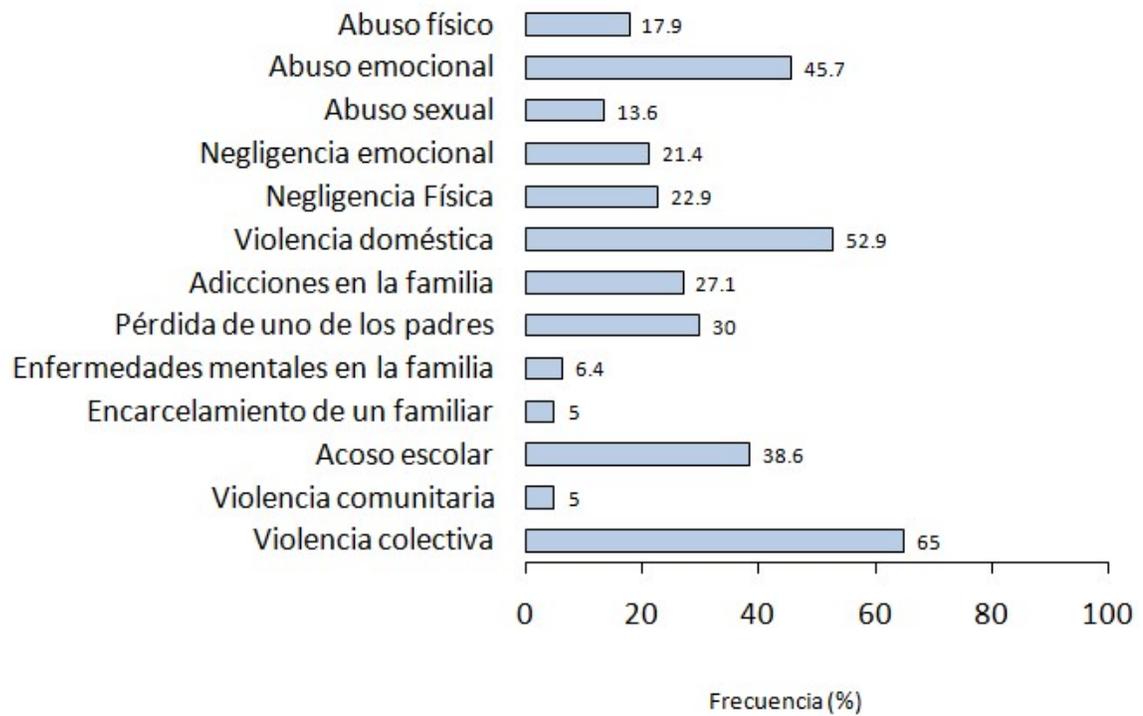


Figura 3. Frecuencia (%) de cada una de las categorías de experiencias infantiles adversas (EIA).

Posteriormente, determinamos si existe una asociación entre la frecuencia de EIA y las variables de control. El análisis estadístico mostró que únicamente la edad y el nivel de escolaridad se asociaron significativamente con la frecuencia de las EIA (Tabla IV). Nuestros datos mostraron que las EIA fueron más frecuentes en los participantes mayores de 46 años y con nivel de escolaridad intermedio.

Tabla IV.- Asociación entre EIAs y las variables de control

VARIABLES DE CONTROL	Con EIA N=124	Sin EIA N=16	χ^2
	n (%)	n (%)	
Genero			
Femenino	72 (51.4)	10 (7.1)	
Masculino	52 (37.1)	6 (4.3)	
Sexo			
Femenino	74 (52.9)	9 (6.4)	0.06(gl=1)
Masculino	50 (35.7)	7 (5.0)	$p= 0.49$
Edad			
18-25 años	15 (10.7)	0 (0)	
26-35 años	20 (14.3)	1 (0.7)	10.23(gl=4)
36-45 años	21 (15.0)	4 (2.9)	$p=0.03$
46-55 años	38 (27.1)	2 (1.4)	
56-65 años	30 (21.4)	9 (6.4)	
Etnicidad			
Hispano	115 (82.1)	15 (10.7)	2.32(gl=3)
Indígena	3 (2.1)	0 (0)	$p= 0.50$
Caucásico	2 (1.4)	1 (0.7)	
No deseo declarar	4 (2.9)	0 (0)	
Tipo de familia			
Ambos padres	93 (66.4)	16 (11.4)	
Un padre y una pareja nueva.	5 (3.6)	0 (0)	5.13(gl=3)
Monoparental	11 (7.9)	0 (0)	$p= 0.16$
Extendida	15 (10.7)	0 (0)	
Escolaridad			
Sin educación	1 (0.7)	0 (0)	
Primaria incompleta	12 (8.6)	1 (0.7)	
Primaria terminada	3 (2.1)	4 (2.9)	19.15(gl= 7)
Secundaria terminada	43 (30.7)	8 (5.7)	$p= 0.008$
Bachillerato terminado	37 (26.4)	2 (1.4)	
Universidad terminada	20 (14.3)	1 (0.7)	
Postgrado	7 (5)	0 (0)	
No deseo declarar	1 (0.7)	0 (0)	
Situación Laboral			
Empleo de gobierno	23 (16.4)	2 (1.4)	
Empleado privado	41 (29.3)	5 (3.6)	
Negocio propio	14 (10)	2 (1.4)	3.78(gl=7)
Estudiante	7 (5)	0 (0.0)	$p= 0.80$
Ama de casa	22 (15)	4 (2.9)	
Desempleado, pero puede trabajar	11 (7.9)	3 (2.1)	
Desempleado, pero no puede trabajar	3 (2.1)	0 (0)	

No deseo declarar	3 (2.1)	0 (0)	
Estrato socioeconómico			
Alto	1 (0.7)	0 (0)	
Medio alto	16 (11.4)	2 (1.4)	2.71(gl=4)
Medio bajo	50 (35.7)	4 (2.9)	<i>p</i> = 0.60
Obrero	51 (36.4)	8 (5.7)	
Critico	6 (4.3)	2 (1.4)	
Tabaquismo			
Frecuente	0 (0)	0 (0)	0.42(gl= 2)
Moderado	1 (0.7)	0 (0)	<i>p</i> = 0.80
Leve	13 (9.3)	1 (0.7)	
No fuma	110 (78.6)	15 (10.7)	
Alcoholismo			
Frecuente	0 (0)	0 (0)	
Moderado	2 (1.4)	0 (0)	0.26(gl=2)
Leve	38 (27.1)	5 (3.6)	<i>p</i> =0.87
No bebe	84 (60)	11 (7.9)	
Ejercicio			
Frecuente	10 (7.1)	3 (2.1)	
Moderado	23 (16.4)	3 (2.1)	2.03(gl=3)
Leve	31 (22.1)	3 (2.1)	<i>p</i> =0.56
Sedentario	60 (42.9)	7 (5)	
Diagnóstico de enfermedad crónica			
Si	65 (46.4)	11 (7.9)	1.52(gl= 1)
No	59 (42.1)	5 (3.6)	<i>p</i> = 0.16

5. Relación de las diferentes categorías de EIA con la depresión en la población derechohabiente de la UMF 80.

Nuestros resultados mostraron que no existe una asociación significativa entre la depresión y las EIA al considerarlas de forma dicotómica $X^2(1, N = 140) = 4.8, p = .20$. Observamos que 41 (29%) participantes que presentaban depresión reportaron al menos una EIA, mientras que solo 1 (0.7%) no reportó EIA. Así mismo, nuestros datos mostraron que 83 (59%) participantes que no presentaron depresión reportaron al menos una EIA, y

15 (11%) participantes no reportaron EIA ni depresión. No obstante, observamos una correlación significativa entre el score numérico obtenido en el cuestionario ACE-IQ y el score en el IDB2 $\rho(139) = .33, p < .001$. Adicionalmente; el análisis estadístico mostró una asociación significativa entre la presencia de depresión y las EIA cuando son clasificadas de forma acumulada (Tabla V).

Tabla V: Asociación entre las experiencias infantiles adversas (EIA) acumuladas y la depresión

	CON DEPRESIÓN N= 42	SIN DEPRESIÓN N= 98	X²
	n (%)	n (%)	
No. de EIA			
>3	34 (81)	49 (50)	
2	4 (9.5)	19 (19.4)	12.3(gl=3)
1	3 (7.1)	15 (15.3)	p=0.006
0	1 (2.4)	15 (15.3)	

Posteriormente, estudiamos la asociación entre la depresión y cada una de las categorías de EIA por separado. Observamos que los tres tipos de abuso (emocional, físico y sexual), la violencia doméstica, la pérdida de uno de los padres por divorcio o muerte, la negligencia física, el acoso escolar y la violencia colectiva, mostraron una asociación significativa con la presencia de depresión (Tabla VI).

Tabla VI.- Asociación entre cada una de las categorías de EIA y la depresión.

CATEGORÍA DE EIA	CON	SIN	X^2
	DEPRESIÓN	DEPRESIÓN	
	N= 42	N= 98	
	n (%)	n (%)	
Abuso Físico			
Si	14 (10)	11 (7.9)	9.79(gl=1)
No	28 (20)	87 (62.1)	$p<0.001$
Abuso Emocional			
Si	28 (20)	36 (25.7)	10.61(g=1)
No	14 (10)	62 (44.3)	$p<0.001$
Abuso Sexual			
Si	10 (7.1)	9 (6.4)	5.36(gl=1)
No	32 (22.9)	89 (63.6)	$p=0.02$
Adicciones en la familia			
Si	15 (10.7)	23 (16.4)	2.22(gl=1)
No	27 (19.3)	75 (53.6)	$p=0.10$
Encarcelamiento de un familiar			
Si	3 (2.1)	4 (2.9)	0.58(gl=1)
No	39 (27.9)	94 (67.1)	$p=0.35$
Enfermedades mentales en la familia			
Si	4 (2.9)	5 (3.6)	0.95(gl=1)
No	38 (27.1)	93(66.4)	$p= 0.26$
Violencia doméstica			
Si	27 (19.3)	47 (33.6)	9.14(gl=1)
No	15 (10.7)	51 (36.4)	$p=0.05$
Divorcio o pérdida de uno de los padres			
Si	18 (12.9)	24 (17.1)	4.72(gl=1)
No	24 (17.1)	74 (52.9)	$p=0.02$
Negligencia Emocional			
Si	11 (7.9)	19 (13.6)	0.80(gl= 1)
No	31 (22.1)	79 (56.4)	$p=0.24$
Negligencia Física			
Si	15 (10.7)	17 (12.1)	5.62(gl=1)
No	27 (19.3)	81 (57.9)	$p= 0.01$
Acoso escolar			
Si	23 (16.4)	31 (22.1)	6.6(gl=1)
No	19 (13.6)	67 (47.9)	$p<0.001$
Violencia Comunitaria			
Si	4 (2.9)	3 (2.1)	2.58(gl=1)
No	38 (27.1)	95 (67.9)	$p=0.12$
Violencia Colectiva			
Si	33 (23.6)	58 (41.4)	4.85(gl=1)
No	9 (6.4)	40 (28.6)	$p= 0.02$

Se utilizó una regresión logística escalonada (Tabla VII) considerando la situación laboral y el consumo de alcohol como variables de control y observamos que no reportara EIAs disminuye el riesgo de presentar depresión (β : .847; R^2 Cox Snell: .200; p =.001). Posteriormente, determinamos si cada una de las categorías de EIA eran factores de riesgo para depresión. Nuestros resultados indicaron que la ausencia de abuso emocional es un factor protector contra la depresión (β : .847; R^2 Cox Snell: .238; p <.0001)

Tabla VII.-Razón de momios en la regresión logística para la depresión y las EIA.

VARIABLE	OR	IC95%	<i>p</i>
Factores protectores			
Sin EIA	.003	.013-.961	.046
Sin abuso emocional	.205	.083-.507	.001

Variable dependiente: depresión

DISCUSIÓN

Las experiencias adversas vividas durante la infancia son factores de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas o enfermedades mentales en la vida adulta como la depresión en sus diferentes grados; no obstante, la frecuencia de las EIA y su relación con la depresión han sido poco estudiadas en la población mexicana. Los resultados de esta investigación, revelaron la importancia de la relación que existe entre las EIA y la depresión en la vida adulta en la población mexicana. En el análisis estadístico de una muestra representativa encontramos que, 88.6 % de la población reportó antecedentes de al menos una EIA y que más de la mitad de los participantes reportaron un score EIA alto (≥ 3). La EIA más frecuente fue la violencia colectiva. Nuestros datos mostraron que la edad y el nivel de escolaridad se asociaron significativamente con la presencia de al menos una EIA. Las EIA fueron más frecuentes en participantes mayores de 46 años y con el nivel de escolaridad intermedio. Adicionalmente, el análisis estadístico mostró una asociación significativa entre la presencia de síntomas depresivos y las EIA.

De acuerdo a lo esperado, nuestra muestra estuvo integrada por una proporción similar de participantes del sexo femenino y masculino con una edad promedio de 45.2 años. El nivel de escolaridad más predominante fue nivel básico e intermedio y el grupo étnico con el cual se identificaron fue hispano. Así mismo observamos que, de acuerdo a lo esperado en la población derechohabiente del IMSS, la mayoría de los participantes reportó provenir de un estrato socioeconómico de obrero. Al analizar la tipología familiar, observamos que el 77.9% de los participantes vivieron con ambos padres. Por otra parte, observamos que el consumo del tabaco y alcoholismo fue mínimo, y que la mayoría de los

participantes no realizaba actividad física. Adicionalmente, nuestra muestra reportó una alta frecuencia de enfermedades crónico- degenerativas, lo cual se encuentra en congruencia con lo previamente reportado. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 (Ensanut 2018-19) las enfermedades crónicas con mayor prevalencia en México son las nefropatías (61.5%), seguidas de las cardiopatías (42.2%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (38.5%), la diabetes (29.3%) y la hipertensión (26.4%) (45).

En el presente trabajo observamos que el 30.7% de la muestra reportó síntomas depresivos, y la depresión leve fue la más frecuente. Si bien, estos datos son mayores que lo reportado por la OMS (46), la encuesta nacional de comorbilidad en México en adultos (47) y la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica (ENEP) (48); nuestros resultados se encuentran en concordancia lo previamente reportado al analizar la frecuencia de depresión leve en países de Latinoamérica (49). Es importante destacar que el presente trabajo se llevó a cabo durante el periodo comprendido entre noviembre de 2020 y junio de 2021; el cual, coincidió con el periodo de confinamiento debido a la pandemia de la COVID-19. En este sentido, la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT), reportó un aumento en la prevalencia de depresión en la población mexicana debido al confinamiento por la pandemia de la Covid – 19 (50). Esto, nos permite suponer que la alta frecuencia de depresión observada en este estudio pudiera estar asociada, al menos parcialmente, al estrés asociado al confinamiento y la pandemia.

En nuestro estudio observamos una asociación significativa entre la presencia de síntomas depresivos con el consumo de alcohol y la situación laboral. Observamos que la presencia de síntomas depresivos fue mayor en las amas de casa seguida de las personas

que trabajan como empleados de gobierno. Estos datos se encuentran en congruencia con lo previamente reportado en un estudio realizado en México en mujeres que sufren depresión por violencia doméstica debido al alcoholismo por parte de su pareja (51). Así mismo, se ha observado que existe una asociación positiva entre el desempleo y la depresión (52). No obstante, estos datos dependen del contexto social y cultural de las poblaciones. Por ejemplo, se ha observado que, en las mujeres mexicanas, tener una ocupación laboral aumenta la probabilidad de presentar depresión; sin embargo, tener empleo reduce el riesgo de aparición de depresión en los hombres (53).

En el presente trabajo analizamos por primera vez la frecuencia de las experiencias infantiles adversas mediante el cuestionario de ACE-IQ actualizado. Nuestros resultados indicaron que cerca del 90% de nuestra muestra reportó al menos una EIA. Estos datos son mucho mayores a lo reportado en países económicamente desarrollados como EE.UU (57.8%) (54) o Alemania (43.7%) (55). La frecuencia de EIA en México han sido poco estudiada. En congruencia con nuestros datos, un estudio realizado en una población de migrantes latinos en la ciudad fronteriza de Tijuana mostró que la frecuencia de EIA en esta población fue de 82% (10). No obstante, estos datos aún son controversiales, ya que se ha observado que la frecuencia de EIA en mujeres mexicanas es cercana al 60% (11, 56). En conjunto estos datos podrían indicar que las diferencias entre los resultados reportados en los diferentes estudios y el nuestro podría ser causadas por una distribución diferencial de las EIA de acuerdo al sexo/genero; no obstante, esto es poco probable dado que en nuestro estudio no encontramos una asociación significativa entre el sexo/género y la frecuencia de EIA. Otra posibilidad es que dichos estudios se realizaron utilizando el cuestionario ACE

de 10 categorías que no incluye a la violencia colectiva; la cual fue la EIA más común en nuestra muestra.

En el presente trabajo observamos que la EIA más frecuente fue la violencia colectiva. Como mencionamos anteriormente, a la fecha no existen estudios en México que utilicen la versión actualizada del cuestionario ACE-IQ y por lo tanto los estudios realizados no consideraban a la violencia dentro de las categorías de EIA evaluadas. No obstante, la alta prevalencia de violencia colectiva observada en la muestra se encuentra en concordancia con los datos estadísticos sobre violencia colectiva y migración reportados durante el periodo en que la mayoría de los participantes eran menores de 18 años (8). En nuestro estudio, la categoría de EIA más frecuente después de la violencia colectiva fue la violencia domiciliaria seguida del abuso emocional. En concordancia con nuestros resultados, se ha observado que en EE.UU. la categoría más prevalente fue el abuso emocional con 34.42% (57), aunque estos datos son controversiales (54). De forma similar a nuestros resultados, estudios previos llevados a cabo en mujeres y migrantes mostraron que el abuso físico es la categoría de EIA más frecuente (10, 11)

En nuestro estudio observamos una asociación significativa entre la presencia de experiencias infantiles adversas con la edad y el nivel escolar. Observamos que las experiencias infantiles adversas fueron mayores en los participantes mayores de 46 años y con nivel escolar intermedio. Estos datos se encuentran en concordancia con lo previamente reportado en un estudio realizado en EEUU (57).

Al analizar la relación entre las EIA y los síntomas depresivos, se mostró que no existe una asociación significativa al considerarlas de forma dicotómica. Sin embargo, observamos una correlación significativa entre el score numérico en el cuestionario ACE-IQ y el score en el IDB2. Así como también observamos una asociación significativa entre la presencia de depresión y las EIA cuando son clasificadas de forma acumulada. También observamos que los tres tipos de abuso, la violencia doméstica, la pérdida de uno de los padres por divorcio o muerte, la negligencia física, el acoso escolar y la violencia colectiva, muestran una asociación significativa con la presencia de síntomas depresivos. Estos datos se encuentran en congruencia con lo previamente reportado (58, 59,60).

El presente trabajo tiene como limitaciones una muestra pequeña para obtener resultados más certeros de la UMF 80, así como también esta muestra se limitó para un cierto grupo de edad, dejando afuera a la población que no entran en este rango de edad para el presente estudio. Otra limitación es que en la muestra solo incluyó personas que supieran leer y escribir, excluyendo a la población que tengan una barrera en leer o escribir.

CONCLUSIONES

La frecuencia de depresión en la unidad estudiada fue de 30.7% dentro de esta la depresión leve fue el grado más frecuente.

La frecuencia de las experiencias infantiles adversas fue alta en la UMF 80 que la reportada en otros estudios. La experiencia infantil adversa más frecuente fue la violencia colectiva, seguida de la violencia familiar y abuso emocional.

Observamos que existe una asociación entre las diferentes categorías de las experiencias infantiles adversas con la depresión en el adulto.

RECOMENDACIONES

El presente trabajo tiene como recomendaciones para futuros proyectos de investigación como aumentar el tamaño de muestra para obtener resultados más certeros. Así como ampliar el rango de edad para tener resultados más concretos de la situación en la UMF 80. Considero también que para futuras investigaciones se debe realizar alguna estrategia para que el resto de la población que tengan una discapacidad o barreras en leer y escribir puedan participar en el estudio ya que esa población también esta propenso de a ver sufrido una experiencia infantil adversa y por lo tanto padecer depresión secundaria a las experiencias vividas en la infancia.

REFERENCIAS

1. Castillo- Martinez A, Cleves -Luna D, Garcia – Cifuentes AM, Laverde – Martinez L, Medina- Medina V, Cortes- Ruiz H, et al. Experiencias Adversas de la Infancia en una muestra de pacientes con enfermedad crónica en Cali- Colombia. MEDICINA U.P.B.2017; 36(1): 9-15.
2. who.int (Internet).OMS, 2018[actualizado 2018; citado 20 abril 2020]. Disponible en:https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/en/
3. Castillo – Parra G, Ostrosky – Solis F, Nicolini H. Alteraciones Neurobiológicas, Cognitivas y Emocionales e Índices Predictivos de la Respuesta al Tratamiento Farmacológico en el Trastorno Depresivo Mayor. eduPsykhé. 2011; 10(1): 155-72.
4. Torres- Arreola LP, Esquinca- Ramos JL, García- América A, Platas- Vargas EC, Rodríguez- Galindo DM, et al Zamora- Olvera MA, et al. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. Secretaria de Salud. [Internet]. 2015; 1-64. Available from: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>.
5. Álvarez M, Atienza G, González A, Guitián D, Heras E, Louro A, et al. Guia de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. [Internet]. 2014: 1-264. Availablefrom:https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf.
6. Berenzon S, Asunción – Lara M, Robles R, Medicina-Mora E. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Pública de Mexico.2013; 55(1):1-9.
7. who.int (Internet). OMS ,2016[actualizado 30 septiembre 2016; citado 16 abril 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment#>

8. Secretaría de Salud. Informe Nacional sobre Violencia y Salud. México, DF: SSA; 2006.
9. universal.int (Internet). Unicef ,2019[actualizado 16 diciembre 2019; citado 26/mayo2020]. Disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/mexico-primer-lugar-en-violencia-infantil>.
10. Kremer P, Ulibarri M, Ferraiolo N, Pinedo M, Vargas A, Burgos JL, et. Al. Asociación de Experiencias Infantiles Adversas con Depresión en Migrantes Latinos Residentes en Tijuana, Mexico. Perm J. 2019; 23(1): 18-031.
11. González-Pacheco I, Lartigue T, Vázquez G. Estudio de casos y controles en u grupo de mujeres embarazadas con experiencias adversas en la infancia y/o adolescencia e infecciones de transmisión sexual. Salud Ment. 2008; 31(4); 261-270.
12. Davies KJA. Adaptive homeostasis. Mol Aspects med. 2016; 49:1-7.
13. Selye H. Stress and the general adaptation syndrome. Br Med J. 1950/06/17. 1950; 1 (4667): 1383-1392.
14. Chrousos GP, Gold PW. The Concepts of Stress and Stress System Disorders Overview of. Jama. 1992; 267: 1244-1252.
15. Carrasco GA, Van De Kar LD. Neuroendocrine pharmacology of stress. Eur J Pharmacol. 2003; 463(1-3): 235-272.
16. Del M, Ellis BJ, Shirtcliff E. Neuroscience and Biobehavioral Reviews the Adaptive Calibration Model of stress responsivity. 2011; 35(7): 1562-1592.
17. Nicolaides NC, Kyratzi E, Lamprokostopoulou A, Chrousos GP, Charmandari E. Stress, the stress System and the Role of Glucocorticoids. Neuroimmunomodulation. 2015; 22(1-2):6-9.
18. Danese A, McEwen BS. Adverse Childhood Experience, allostatic load, and age – related disease. Physiol Behav. 2012; 106(1): 29-39.
19. Baena-Zúñiga A, Sandoval- Villegas MA, Urbina- Torres C, Hele-Juárez N, Villaseñor – Bayardo SJ. LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO.2005; 6(11) ISSN: 1067-6079.
20. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Rev. Fac Med UNAM.2006; 49(2): 66-72.

21. Danese A, Moffitt T, Pariante C, Ambler A, Poulton R, Caspi A. Niveles de inflamación elevada en adultos deprimidos con una historia infantil. Arch Gen Psychiatry. 2008; 65(4):409-415.
22. Joffre V, Martínez G, García G, Sánchez L. Depresión en estudiantes de medicina. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck en su versión de 13 ítems. Alcmeon, Rev Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. 2007; 14(1):86-93.
23. McEwen B, Gianaros PJ. Central role of the brain in stress and adaptation: Links to socioeconomic status, health, and disease. Ann NY Acad Sci. 2010; 1186:190-222.
24. who.int (Internet). OMS, 2020 [actualizado 2020; citado 17 abril 2020]. Disponible en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/en/
25. Kalmakis KA, Chandler GE. Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. 2013 ;(November): 1489-1501.
26. Vitriol V, Gomberoff M, Basualto M, Ballesteros S. Relación entre trastornos por estrés postraumático de inicio tardío, abuso sexual infantil y re victimización sexual. Caso clínico. Rev Med Chile. 2006; 134: 1302-1305.
27. Huang H, Yan P, Shan Z, Chen S, Li M, Luo C, et al. Adverse childhood experiences and risk of type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. Metabolism. 2015; 64(11): 1408-1418.
28. Vega- Arce M, Núñez – Ulloa G. Experiencias Adversas en la Infancia: mapeo bibliométrico de la literatura científica en la Web of Science. Revista cubana de Información en Ciencias de la Salud 2018; 29(1): 25-40.
29. Vega – Arce M, Núñez – Ulloa G. Cribado de las experiencias adversas en la infancia en preescolares: revisión sistemática. Bol Med Hosp Infant Mex. 2017; 74(6):385-396.
30. Larkin H, Shields JJ, Anda RF. The health and social consequences of adverse childhood experiences (ACE) across the lifespan: An Introduction to prevention and Intervention in the community. J Prev Interv Community. 2012; 40(4):263-270.

31. Gomis PA, Villanueva L. ¿Influyen las experiencias adversas infantiles en el comportamiento antisocial y altruista durante la adultez emergente? *AgoraSalut*.2020; 7(14): 135-145.
32. Vega – Arce M, Núñez – Ulloa G. Experiencias Adversas en la Infancia: Revisión de su impacto en niños de 0-5 años. *Enferm.univ*.2017; 14(2): 124-130.
33. Pizzanelli M, Mann R, Hamilton H, Erickson P, Brands B, Giesbrecht N, et al. Uso de drogas en estudiantes de medicina y su relación con experiencias de maltratado durante la infancia y adolescencia en Uruguay. *Texto & Contexto Enfermagen*. 2015; 24(Esp.): 97-105.
34. Hillis SD, Anda RF, Dube AR, Felitti VJ, Marchbanks PA, Macaluso M, et al. The protective effect of family strengths in childhood against adolescent pregnancy and its long-term psychosocial consequences. *The Permanente Journal/Fall*.2010; 14(3): 18-27.
35. Schilling EA, Aseltine RH, Gore S. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health*. 2007; 7(30): 1-10.
36. Wingenfeld K, Kuehl LK, Boeker A, Schilterbraucks K, Schulz A, Stenzel J, et al. Are adverse childhood experiences and depression associated with impaired glucose tolerance in female? An experimental study. *Journal of Psychiatric Research*.2017; 95(1): 60-67.
37. 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 la atención primaria en Chile. *Rev Med Chile*. 2017; 145: 1145-1153.
38. Palacios LC, Duran MC, Orozco CL, Saez OM, Ruiz MR. Maltrato infantil en México. *Dermatol Rev Mex*. 2016; 60(4):326-333.
39. Forbes.int (Internet).Forbes, 2013[actualizado 4 junio 2013; citado 26 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.forbes.com.mx/violencia-infantil-la-otra-cara-de-mexico/>.

40. Heim, C. y Nemeroff, CB. *El papel del trauma infantil en la neurobiología de los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad: estudios preclínicos y clínicos. Psiquiatría biológica. 2001; 49 (12):1023-1039.*
41. Morán Ramírez D. Relación de las experiencias adversas durante la infancia y las fortalezas familiares durante la niñez con el desbalance metabólico y la depresión en pacientes adultos jóvenes con hipertensión arterial sistémico. [tesis]. Morelia: Universidad Michoacana de San Nicolás Hidalgo; 2019.
42. Cohrdes C, Mauz E. Self-Efficacy and Emotional Stability Buffer Negative Effects of Adverse Childhood Experiences on Young Adult Health-Related Quality of Life. *EL SEVIER. 2020; 10(1):1-8.*
43. Vera – Romero OE, Vera – Romero FM. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Rev. cuerpo med. HNAAA. 2013; 6(1): 41-45.*
44. Joffre- Velázquez VM, Martínez- Perales G, García- Maldonado G, Gutiérrez- Lara Depresión en estudiante de medicina. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck en su versión de 13 Ítems. *Alcmeon Rev Argentina Clínica Neuropsiquiatría. 2007; 14: 86-93.*
45. Poblano-Verástegui O, Bautista-Morales AC, Acosta-Ruiz O, Gómez-Cortez PM, Saturno-Hernández PJ. Polifarmacia en México: un reto para la calidad en la prescripción. *Salud Pública Mex. 2020; 62 (6): 859-867.*
46. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. 2021. [Consultado 15 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
47. Wagner F, González C, Sánchez – García S, García Crimen, Gallo J. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental. 2012.; 35(1): 3-11.*
48. Corea Del Cid M. La depresión y su impacto en la salud pública. *Rev Med Hondur.2021; 89(1): S1-68.*
49. Rosas M, Yampufe M, López M, Sotil de Pacheco A. Niveles de depresión en estudiantes de Tecnológica Médica. *An Fac med. 2017; 72(3): 183-186.*

50. Coyuntura Demográfica. Depresión en México en tiempos de pandemia. [Internet]. 2021[Consultado 20 Noviembre 2021]. Disponible en: depresión: http://coyunturademografica.somede.org/wp-content/uploads/2021/04/Teruel-et-al_CD19.pdf
51. Natera G, Juarez F, Medina ME, Tiburcio M. La depresión y su relación con la violencia de pareja y el consumo de alcohol en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*. 2017; 24(2): 165-174.
52. Pontificia Universidad Javeriana. Asociación entre depresión y desempleo: un estudio trasversal en Colombia. [Internet]. 2016[Consultado 22 Noviembre 2021]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/42735/Proyecto%20de%20grado%20Stefano%20Leonardi%20.pdf?sequence>
53. De los Santos P, Carmona S. Prevalencia en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y salud en Mesoamérica*. 2018; 15(2):1-24.
54. Giano Zachary, Denna L, Wheeler and Randolpg D. The frequencies and disparities of adverse childhood experiences in the U.S. *BMC Public Health*. 2020; 20:1327-1338.
55. Witt A, Sachser C, Plener P, Braehler E, Fegert J. The Prevalence and Consequences of Adverse Childhood Experiences in the German Population. *PubMed*.2019; 116(38):635-642.
56. Lopez-Ridaura R, Flores-Torres MH, Comerford E, Signorello L, Grodstein F, Ortiz-Panozo E, et al. Impact of adverse childhood experiences on cardiovascular disease risk factors in adulthood among Mexican women. *Child Abuse & Neglect* 99. (2020) 104175.
57. Merrick M, Ford D, Puertos K, Guinn A. Prevalencia de experiencias infantiles adversas del sistema de vigilancia de factores de riesgo conductual 2011-2014 en 23 estados. *JAMA Pediatr*.2018; 172(11):1038-1044.
58. De Venter M, Demyttenaere K, Bruffaerts R. La relación entre las experiencias adversas de la niñez y la salud mental en la edad adulta. Una revision sistemática de la literatura. 2016; 55(4):259-268.

59. Merrick M, Ports K, Ford D, Afifi T, Gershoff E. Unpacking the impact of adverse Childhood experiences on adult mental Health. EL SEVIER.2017; 69: 10-19.
60. Elmore A, Crouch E. The Association of Adverse Childhood Experiences With Anxiety and Depression for Children and Youth, 8 to 17 Years of Age. Academic Pediatrics.2020; 20(5): 600-608.

ANEXOS

1) Hoja de registro SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1602.
H GRAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 16 022 019
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 16 CEI 002 :017033

FECHA Jueves, 01 de octubre de 2020

Dra. Nalma Lajud Avila

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Relación entre las experiencias infantiles adversas y la depresión en la población derechohabiente en la UMF 80** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A.P.R.Q.B.A.D.O.**

Número de Registro Institucional

R-2020-1602-021

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la renovación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Patricia Ortega León
Patricia Ortega León

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1602

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

2) Cronograma de actividades

	Mar – Jun 2020	Jul-Dic 2020	Ene – Jun 2021	Jul-Dic 2021	Ene – Jun 2022	Jul-Dic 2022
Diseño del Protocolo de investigación	X					
Evaluación por El CEIS		X				
Reclutamiento pacientes		X	X			
Aplicación de Instrumentos			X			
Análisis de resultados			X			
Redacción de Resultados			X			
Redacción de Discusión y Conclusiones			X			
Redacción Tesis terminada				X		
Manuscrito Publicación					X	
Difusión Foro					X	
Examen de Grado						X

3) Consentimiento informado

Instituto Mexicano Del Seguro Social
Delegación Regional en Michoacán
Unidad de Medicina Familiar N° 80

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Morelia, Michoacán, a _____ de _____ del 2021

Usted ha sido invitado a participar en el estudio de investigación titulado: ***RELACIÓN ENTRE LAS EXPERIENCIAS INFANTILES ADVERSAS Y LA DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN DERECHOABIENDE EN LA UMF 80***. Registrado ante el comité de Investigación y ante el comité de ética en Investigación 16028 del Hospital General Regional N° 1 del Instituto del Seguro Social con el numero _____.

El siguiente documento le proporciona información detallada. Por favor léalo atentamente.

JUSTIFICACION Y OBJETIVO:

Las situaciones difíciles que sufre una persona de niño(a) pueden causar enfermedades como depresión (tristeza extrema que no le deja tener una vida plena) en la vida adulta. En nuestro estado no contamos con cifras exactas respecto a estas malas experiencias y su relación con la salud. Por lo que este trabajo servirá para el personal de la salud mejorar la atención médica en los pacientes adultos que hayan tenido una situación difícil cuando era niño(a).

OBJETIVO: Conocer si la población de Michoacán sufrió situaciones difíciles cuando eran niña(o) y si estas se relacionan con enfermedades que causan profunda tristeza en su etapa de adultos.

PROCEDIMIENTO:

Si usted acepta participar en el estudio se le realizarán 2 encuestas. El primer cuestionario para saber si usted tiene un estado de ánimo tan triste que no le permite vivir una vida plena (depresión) y tiene preguntas sobre sus emociones y su vida cotidiana reciente. El segundo son preguntas sobre su vida actual, como su trabajo o su edad y sobre situaciones que pudo padecer cuando era niño(a), las respuestas son Si o No. Y por último recolectaremos información para conocer si recientemente ha recibido algún diagnóstico de una enfermedad grave (ejemplo: diabetes, hipertensión, cáncer, etc), si ha sufrido alguna pérdida familiar, de trabajo, económica o profesional, si fue víctima de alguna violencia, asalto o algún tipo de ataque o si le afecto mucho la pandemia del coronavirus. Durante

todo el proceso contará con el apoyo del personal de salud que estará para apoyar en las dudas que pudiera tener respecto alguno de las preguntas.

BENEFICIOS

Una vez concluyendo los cuestionarios antes descritos, usted podrá solicitar al investigador un resumen de los resultados para entregárselo al médico familiar con el objetivo de dar seguimiento a aquellas condiciones que resulten importantes para mejorar mi estado de salud.

RIESGOS Y MOLESTIAS

El investigador me ha dado a conocer que dentro de esta investigación se me pedirá contestar ciertas preguntas personales y delicadas sobre mi niñez así como mi estado de ánimo, la opinión de mí mismo(a), y de las personas que se encuentran alrededor en mi entorno(familiares, amigos, etc), cómo es mi relación con ellos cuando era niño(a); así como también si disfruto las cosas que suelo hacer; además sobre el nivel económico que tengo o a nivel personal y familiar; y si he tenido algún problema grave recientemente, teniendo en cuenta que estas preguntas no están exentas de generarme emociones o pensamientos incómodos. Reconociendo que el investigador me ha dado a conocer que se aplicaran preguntas acerca de mi historia personal y familiar lo que puede llegar a incomodarme.

INFORMACION DE RESULTADOS

El investigador responsable se ha comprometido a darme información que se obtenga de los cuestionarios y a responder cualquier pregunta y aclararme cualquier duda que le plantee sobre las preguntas que se me realizaran. El investigador no hará ninguna modificación a mi tratamiento médico, solo lo registrará en una hoja.

PARTICIPACION O RETIRO

Entiendo que mi participación en esta investigación es completamente voluntaria y conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi relación con el IMSS, ni mi derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que ya recibo.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

La información que proporcione y que pudiera ser utilizada para identificarme será guardada de manera confidencial que no se identifique mi identidad en las publicaciones que derive esta investigación para garantizar mi privacidad.

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haber leído y habiéndose explicado todas mis dudas acerca del estudio.

No acepto participar en esta investigación Acepto participar en esta investigación

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación dirigirse a:

Investigadores responsables:

Dra. Yunuen Moreno Guzmán Dra. Naima Lajud Ávila Dra. Paula Chacón Valladares
Tel: 443-260-39-59 Tel: 443 322-26-00 Tel: 443-188-62-35
Correo electrónico: Correo electrónico: Correo electrónico:
yunuen.moreno.93@gmail.com naima.lajud@imss.gob.mx paula.chacon@imss.gob.mx

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.

Nombre y firma del participante

Testigo 1

Testigo 2

Nombre y firma

Nombre y firma

4) Instrumentos de Recolección

A) Inventario de Beck II

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:.....
Sexo.....Ocupación.....Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

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 del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

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 de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de 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 mí mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 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.

12. Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado 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. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso.

1 No me considero a mi 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. Pérdida 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 energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1^a Duermo un poco más que lo habitual.

1b Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b Duermo mucho menos que lo habitual

3^a 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.

1^a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2^a Mi apetito es mucho menor que antes.

2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.

3^a 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.

Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía.

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.

Puntaje Total: _____

B) Cuestionario ACE-IQ

0		INFORMACION DEMOGRÁFICA	
C1	¿Cuál es la identidad de género con la que se identifica?	Mujer	
		Hombre	
		No binario, LGBTTTIQA+	
		No deseo declarar	
C2	¿Cuál es el sexo biológico con el que nació?	Femenino	
		Masculino	
		Otro	
		No deseo declarar	
C3	Fecha de nacimiento	Día/Mes/año	
		/ /	
		Desconocida	
C4	¿Qué edad tiene?		
C5	¿Se identifica usted como miembro de una comunidad indígena o una etnia indígena?	SI	
		NO	
C6	¿Sus padres hablan alguna lengua indígena?	SI	
		NO	
C7	¿Cuál es su grupo étnico?	Hispano/latino/mestizo	
		Indígena	
		Afro-descendiente	
		Caucásico (blanco)	
		Asiático	
		No deseo declarar	
C8	¿Cuál es su nivel máximo de estudios?	Sin educación	
		Primaria incompleta	
		Primaria terminada	
		Secundaria terminada	
		Bachillerato terminado	
		Universidad terminada	
		Posgrado	
		No deseo declarar	
C9	¿Cuál de estas opciones describe mejor su principal situación laboral	Empleado(a) de Gobierno	

	de los últimos 12 meses?	Empleado(a) en una institución privada	
		Negocio propio (autoempleo)	
		Sin remuneración	
		Estudiante	
		Ama(o) de casa	
		Desempleado(a) (pero puede trabajar)	
		Desempleado (a) (pero no puede trabajar)	
		No deseo declarar	
C 10	¿Cuál es su estado civil?	Soltera(o)	
		Casada(o) <i>(Saltar a la pregunta M2)</i>	
		Viviendo en pareja (unión libre)	
		Divorciada(o) o separada(o)	
		Viuda(o) <i>(saltar a la pregunta M2)</i>	
		Otro	
		No deseo declarar	
1 MATRIMONIO			
M1	¿Ha estado casada/o alguna vez?	Si	
		No <i>(saltar a la pregunta M5)</i>	
		No deseo declarar	
M2	¿A qué edad contrajo matrimonio Por Primera vez?	Edad	
		No deseo declarar	
M3	La primera vez que contrajo matrimonio, ¿Usted eligió a la persona con quien se casó?	Sí <i>(saltar a la pregunta M5)</i>	
		No	
		No sé/ No estoy segura(o)	
		No deseo declarar	
M4	Si usted NO eligió a su pareja la vez que contrajo matrimonio, ¿Usted estuvo de acuerdo con la elección?	Sí	
		No	
		No deseo declarar	
M5	Si usted es padre o madre, ¿A qué	Edad	

	edad tuvo a su primer hijo?	No aplica	
		No deseo declarar	
2	RELACIÓN CON LOS PADRES O TUTORES		
Cuando usted era niña/o hasta que cumplió 18 años....			
P1	¿Sus padres o tutores comprendían sus problemas y preocupaciones?	Siempre	
		La mayoría de las veces	
		Algunas veces	
		Muy pocas veces	
		Nunca	
		No deseo declarar	
P2	¿Sus padres o tutores realmente sabían lo que usted hacía en su tiempo libre mientras no estaba en la escuela o el trabajo?	Siempre	
		La mayoría de las veces	
		Algunas veces	
		Muy pocas veces	
		Nunca	
		No deseo declarar	
3			
P3	¿Qué tan frecuentemente sus padres o tutores NO le dieron comida a pesar de que lo podían haber hecho fácilmente?	Muy frecuentemente	
		Algunas veces	
		Sólo una vez	
		Nunca	
		No deseo declarar	
P4	¿Qué tan frecuentemente sus padres o tutores se encontraban demasiado borrachos o drogados para cuidar de usted?	Muy frecuentemente	
		Algunas veces	
		Sólo una vez	
		Nunca	
		No deseo declarar	
P5	¿Qué tan frecuentemente sus padres o tutores NO lo llevaron a la escuela a pesar de que la escuela estaba abierta?	Muy frecuentemente	
		Algunas veces	
		Sólo una vez	
		Nunca	
		No deseo declarar	
4	AMBIENTE FAMILIAR		
Cuando usted era niño o hasta que cumplió 18 años.....			
F1	¿Cuándo era niño vivía en una casa Donde había una persona con problemas con el alcohol, alcoholismo, consumía drogas o tenía adicción a los medicamentos?	Si	
		No	
		No deseo declarar	

		Alcohol	
	¿Cuál?	Drogas	
		Medicamentos	
		Solventes	
F2	¿Cuándo era niño usted vivía en una Casa donde había una persona que tenía depresión, alguna enfermedad mental o había tratado de cometer suicidio?	Si	
		No	
		No deseo declarar	
F3	¿Cuándo era niño usted vivía en una casa donde había una persona que fue enviada a prisión o estuvo en la cárcel?	Si	
		No	
		No deseo declarar	
F4	¿Sus padres alguna vez se separaron o divorciaron?	Si	
		No	
		No aplica	
		No deseo declarar	
F5	¿Su madre, padre o tutor murió mientras usted era niña/o?	Si	
		No	
		No se/No estoy segura(o)	
		No deseo declarar	
<p>La siguiente parte abordará preguntas sobre ciertas cosas de usted puede haber visto o escuchado EN SU CASA. Estas cosas pudieron pasarle a otra persona que vivía en su hogar y no necesariamente a usted.</p>			
F6	¿Usted vio o escucho que a una de las personas que vivían en su casa la/lo regañaban muy fuertemente, gritaban, insultaban o humillaban?	Muy frecuentemente	
		Algunas veces	
		Sólo una vez	
		Nunca	
		No deseo declarar	
F7	¿Usted vio o escucho que a una de las personas que vivían en su casa la/lo abofeteaban, pateaban, empujaban o le golpeaban?	Muy frecuentemente	
		Algunas veces	
		Sólo una vez	
		Nunca	
		No deseo declarar	
F8	¿Usted vio o escucho que a una de las personas que vivían en su casa fue golpeado/a o cortado/a con algún objeto como un palo (o bastón), una botella, un bat, un cuchillo, un látigo, etc....?	Muy frecuentemente	
		Algunas veces	
		Sólo una vez	
		Nunca	
		No deseo declarar	

Las siguientes preguntas son acerca de ciertas cosas que USTED experimento cuando era niño/a o hasta que cumplió 18 años.

5			
A1	¿Alguno de sus padres, tutores o alguna persona que vivían en su casa la/lo regañaban muy fuertemente, gritaban, insultaban o humillaban?	Muy frecuentemente	
		Algunas veces	
		Sólo una vez	
		Nunca	
		No deseo declarar	
A2	¿Alguno de sus padres, tutores o alguna persona que vivían en su casa la/lo amenazaba con abandonarla/o correrla/o de la casa o de hecho la/lo abandonaron o corrieron de la casa?	Muy frecuentemente	
		Algunas veces	
		Sólo una vez	
		Nunca	
		No deseo declarar	
A3	¿Alguno de sus padres, tutores o alguien de las personas que vivían en su casa le daba nalgadas, cachetadas, la/lo pateaba, empujaba o golpeaba?	Muy frecuentemente	
		Algunas veces	
		Sólo una vez	
		Nunca	
		No deseo declarar	
A4	¿Alguno de sus padres, tutores o alguna persona que vivían en su casa la/lo golpeo/a o cortó/a con algún objeto como un palo (o bastón), una botella, un bat, un cuchillo, un látigo, etc...?	Muy frecuentemente	
		Algunas veces	
		Sólo una vez	
		Nunca	
		No deseo declarar	
A5	¿Alguien la/lo toco o manoseó de forma sexual y usted no deseaba que lo hiciera?	Muy frecuentemente	
		Algunas veces	
		Sólo una vez	
		Nunca	
		No deseo declarar	
A6	¿Alguien la/lo obligó a tocarle de una forma sexual a pesar de que deseaba tocar a esa persona?	Muy frecuentemente	
		Algunas veces	
		Sólo una vez	
		Nunca	
		No deseo declarar	
A7	¿Alguien intentó tener sexo oral, anal o vaginal con usted a pesar de que usted no deseaba hacerlo?	Muy frecuentemente	
		Algunas veces	
		Sólo una vez	
		Nunca	

		No deseo declarar	
A8	¿Alguien de hecho tuvo sexo oral, anal o vaginal con usted a pesar de que usted no deseaba hacerlo?	Muy frecuentemente	
		Algunas veces	
		Sólo una vez	
		Nunca	
		No deseo declarar	
6	VIOLENCIA ENTRE PARES		
<p>Las siguientes preguntas abordaran si usted sufrió acoso o "bullying" cuando era niña/o. El acoso escolar o "bullying" es cuando otros niños o jóvenes dicen o hacen cosas malas o incómodas hacia otra/o niña/o. También es acoso o "bullying" cuando se burlan mucho de un/a niña/o la/lo dejan fuera de los juegos a propósito. NO es acoso o "bullying" cuando dos niñas/os de más o menos la misma edad y con el mismo poder discuten o cuando se ríen o mofan de forma amigable.</p> <p>Cuando era niño/a o hasta que cumplió 18 años.</p>			
V1	¿Qué tan seguido le hacían bullying o acoso escolar?	Muy frecuentemente	
		Algunas veces	
		Sólo una vez	
		Nunca <i>(saltar a la pregunta V3)</i>	
		No deseo declarar	
V2	¿Qué tipo de bullying o acoso escolar sufría con más frecuencia?	Fui golpeada/o, pateada/o, empujada/o, jaloneada/o encerrada/o en algún lugar.	
		Se burlaban de mi por mi color de piel, raza, cuánto dinero tenía, mi nacionalidad o etnicidad	
		Se burlaban de mi con comentarios, bromas o señas sexuales u obscenas	
		Me dejaban afuera de las actividades o juegos a propósito o me dejaban de hablar o me ignoraban	
		Se burlaban de mi cuerpo o mi cara o de la forma que me veía	
		Se burlaban de mí de otras formas	

		No deseo declarar	
<p>Las siguientes preguntas son sobre peleas físicas. Una pelea física es cuando dos personas de más o menos la misma edad y que tienen el mismo poder escogen pelearse a golpes.</p> <p>Cuando era niño/a o hasta que cumplió 18 años.</p>			
V3	¿Qué tan seguido se peleaba?	Muy frecuentemente	
		Algunas veces	
		Sólo una vez	
		Nunca	
		No deseo declarar	
7	VIOLENCIA EN LA COMUNIDAD		
<p>Las siguientes preguntas son sobre qué tan seguido usted vio o escucho ciertas cosas en su vecindario o comunidad (no en su casa, la TV, las películas o la radio) mientras era niña.</p> <p>Cuando era niño/a o hasta que cumplió 18 años.</p>			
V4	¿Alguna vez vio que le daban una golpiza a alguien en la vida real?	Muy frecuentemente	
		Algunas veces	
		Sólo una vez	
		Nunca	
		No deseo declarar	
V5	¿Alguna vez vio o escucho que disparaban o apuñalaban a alguien en la vida real?	Muy frecuentemente	
		Algunas veces	
		Sólo una vez	
		Nunca	
		No deseo declarar	
V6	¿Alguna vez vio o escucho que Amenazaban a alguien con un arma o un cuchillo en la vida real?	Muy frecuentemente	
		Algunas veces	
		Sólo una vez	
		Nunca	
		No deseo declarar	
8	GUERRA O VIOLENCIA COLECTIVA		
<p>Las siguientes preguntas son sobre si USTED experimento o no cualquiera de los siguientes eventos cuando era niño. Todos estos eventos están relacionados con la violencia colectiva, incluyendo guerras, terrorismo, conflictos étnicos o políticos, genocidio, represión, desapariciones forzadas, tortura y crimen organizado como las peleas entre bandas o cárteles de narcotráfico.</p> <p>Cuando era niño/a o hasta que cumplió 18 años.</p>			
V7	¿Cuándo era niña/o, usted fue forzada/o a mudarse a vivir a otro lado por culpa de alguno de estos	Muy frecuentemente	
		Algunas veces	
		Sólo una vez	

	eventos?	Nunca	
		No deseo declarar	
V8	¿Cuándo era niña/o, usted experimento la destrucción de su hogar por culpa de alguno de estos eventos?	Muy frecuentemente	
		Algunas veces	
		Sólo una vez	
		Nunca	
		No deseo declarar	
V9	¿Cuándo era niña/o, usted fue golpeada/o por soldados, la policía, pandillas, milicias o narcos?	Muy frecuentemente	
		Algunas veces	
		Sólo una vez	
		Nunca	
		No deseo declarar	
V10	¿Cuándo era niña/o, alguien de su familia fue asesinada/o por soldados, la policía, pandillas, milicias o narcos?	Muy frecuentemente	
		Algunas veces	
		Sólo una vez	
		Nunca	
		No deseo declarar	

C) Tabla para calcular la calificación EIA y ACE-IQ

Tabla 1: Cálculo de la calificación EIA o “score ACE” a partir del cuestionario ACE-IQ en versión Binaria. A todas las preguntas se les asignará una respuesta SI o NO. Si el participante respondió SI en cualquiera de las categorías se colocará un número 1 en la columna de respuesta.

Categoría	P	Pregunta escrita	Respu esta
Abuso Físico	A3	¿Alguno de sus padres, tutores o alguna de las personas que vivían en su casa le daba nalgadas, cachetadas, la/lo pateaba, empujaba o golpeaba? o	
	A4	¿Alguno de sus padres, tutores o alguna las personas que vivían en su casa la/lo golpeo/a o cortó/a con algún objeto como un palo (o bastón), una botella, un bat, un cuchillo, un látigo, etc...?	
Abuso Emocional	A1	¿Alguno de sus padres, tutores o alguna las personas que vivían en su casa la/lo regañaban muy fuertemente, gritaban, insultaban o humillaban? o	
	A2	¿Alguno de sus padres, tutores o alguna las personas que vivían en su casa la/lo amenazaba con abandonarla/o correrla/o de la casa o de hecho la/lo abandonaron o corrieron de la casa?	
Abuso Sexual	A5	¿Alguien la/lo toco o manoseó de forma sexual y usted no deseaba que lo hiciera? o	
	A6	¿Alguien la/lo obligó a tocarle de una forma sexual a pesar de que usted no deseaba tocar a esa persona? o	
	A7	¿Alguien intentó tener sexo oral, anal o vaginal con usted a pesar de que usted no deseaba? o	
	A8	¿Alguien de hecho tuvo sexo oral, anal o vaginal con usted a pesar de que usted no deseaba hacerlo?	
Disfunción Familiar: abuso de sustancias en la familia/casa	F1	¿Cuándo era niño vivía en una casa donde había una persona con problemas con el alcohol, alcoholismo, consumía drogas o tenía adicción a los	

		medicamentos?	
Disfunción Familiar: encarcelamiento de un miembro de la familia/casa	F3	¿Cuándo era niño usted vivía en una casa donde había una persona que fue enviada a prisión o estuvo en la cárcel?	
Disfunción Familiar: presencia de enfermedad mental o conducta suicida en la familia/casa	F2	¿Cuándo era niño usted vivía en una casa donde había una persona que tenía depresión, alguna enfermedad mental o había tratado de cometer suicidio?	
Disfunción Familiar: violencia contra los miembros del hogar	F6 F7 F8	¿Usted vio o escucho que a una de las personas que vivían en su casa la/lo regañaban muy fuertemente, gritaban, insultaban o humillaban? o ¿Usted vio o escucho que a una de las personas que vivían en su casa la/lo abofeteaban, pateaban, empujaban o le golpeaban? o ¿Usted vio o escucho que a una de las personas que vivían en su casa fue golpeado/a o cortado/a con algún objeto como un palo (o bastón), una botella, un bat, un cuchillo, un látigo, etc....?	
Disfunción Familiar: pérdida de uno o ambos uno o no padres, separación parental o divorcio	F4 F5	¿Sus padres alguna vez se separaron o divorciaron o fue parte de una familia Monoparental? ¿Su madre, padre o tutor murió mientras usted era niña/o?	
Negligencia emocional	P1 P2	¿Sus padres o tutores comprendían sus problemas y preocupaciones? O ¿Sus padres o tutores realmente sabían lo que usted hacía en su tiempo libre mientras no estaba en la escuela o el trabajo?	
Negligencia física	P3 P4	¿Qué tan frecuentemente sus padres o tutores NO le dieron comida a pesar de que lo podían haber hecho fácilmente? o ¿Qué tan frecuentemente sus padres o tutores se encontraban demasiado borrachos o drogados para cuidar de	

	P5	usted? o ¿Qué tan frecuentemente sus padres o tutores NO lo llevaron a la escuela a pesar de que la escuela estaba abierta?	
Acoso	V1	¿Qué tan seguido le hacían bullying o acoso escolar?	
Violencia comunitaria	V4	¿Alguna vez vio que le daban una golpiza a alguien en la vida real? O	
	V5	¿Alguna vez vio o escucho que disparaban o apuñalaban a alguien en la vida real? O	
	V6	¿Alguna vez vio o escucho que amenazaban a alguien con un arma o un cuchillo en la vida real?	
Violencia colectiva	V7	¿Cuándo era niña/o, usted fue forzada/o a mudarse a vivir a otro lado por culpa de alguno de estos eventos? O	
	V8	¿Cuándo era niña/o, usted experimento la destrucción de su hogar por culpa de alguno de estos eventos? O	
	V9	¿Cuándo era niña/o, usted fue golpeada/o por soldados, la policía, pandillas, milicias o narcos? O	
	V10	¿Cuándo era niña/o, alguien de su familia fue asesinada/o por soldados, la policía, pandillas, milicias o narcos?	

D) Método de Graffar Méndez Castellano

En las siguientes preguntas por favor de subrayar el numero que corresponda a su situación actual (1-5).

Variables	Puntaje	Ítems
1.- Profesión del 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, <u>mediano</u> comerciante o productores.
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, <u>pequeño</u> 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).
2.- Nivel de instrucción de la 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.
3.- 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.
4.- Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran 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 inadecuadas.

