

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA**



**Trabajo terminal
Para obtener el diploma en la especialidad de:
Medicina Familiar**

**Presenta:
C. Narda Yajaira Bobadilla Castro**

**ASESOR DE TRABAJO TERMINAL:
Dra. Carmen Gorety Soria Rodríguez**

**Frecuencia de experiencias adversas durante la infancia y su asociación
con la depresión en población adulta de 20 a 34 años, adscrita a la UMF
No. 28.**

Mexicali Baja California Marzo 2024



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA
REGIONAL EN BAJA CALIFORNIA
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en salud
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
Mexicali B.C.**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de medicina
Coordinación General de Posgrado e Investigación**

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Título del proyecto:

"Frecuencia de experiencias adversas durante la infancia y su asociación con la depresión en población adulta de 20 a 34 años, adscrita a la UMF No. 28.

Presenta:

**Dra. Narda Yajaira Bobadilla Castro
Residente de la especialidad en Medicina Familiar**

**Investigador principal:
Dra. Vanessa Johanna Caro**

**Investigador asociado:
Dra. Itzel Sarmiento Molina**

**Investigador metodológico:
Dr. Alberto Barreras Serrano**

Mexicali, Baja California, Marzo 2024.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Alumno tesista:

Nombre: Narda Yajaira Bobadilla Castro

Matricula: 97023414

Adscripción: UMF No. 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Teléfono: (646) 121 5124

Correo electrónico: narda.bobadilla@gmail.com

Investigador principal:

Nombre: Dra. Vanessa Johanna Caro

Matricula: 99264825

Institución: UMF No. 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Teléfono: (667) 117 0521

Correo electrónico: vanessa.caro@imss.gob.mx

Investigador temático:

Nombre: Dra. Itzel Sarmiento Molina

Matricula: 98021678

Médico Familiar de la UMF No. 28

Instituto: UMF No. 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Teléfono: (686) 555 50 85, extensión 31409

Correo electrónico: dra.itzelsarmiento@hotmail.com

Investigador metodológico:

Nombre: Dr. Alberto Barreras Serrano

Adscripción: Instituto de Investigaciones en Ciencias Veterinarias

Institución: Universidad Autónoma de Baja California

Teléfono: (686) 225-53-43

Correo electrónico: aberreras@uabc.edu.mx

ÍNDICE

RESUMEN	5
MARCO TEÓRICO	7
ANTECEDENTES	12
JUSTIFICACIÓN	15
PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	16
OBJETIVOS:	17
Objetivo General	17
Objetivos específicos	17
HIPÓTESIS:	18
HIPÓTESIS NULA:	18
MATERIAL Y MÉTODOS:	19
CRITERIOS DE SELECCIÓN	20
Criterios de inclusión	20
Criterios de exclusión	20
Criterios de eliminación	20
VARIABLES	21
Variable dependiente (efecto o resultado):	21
Variables independientes (causales):	21
Definición de las variables y operacionalización	21
PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN	24
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	27
ASPECTOS ÉTICOS	28
Recursos humanos:	30
Recursos materiales:	30
Recursos financieros:	30
Factibilidad:	30
RESULTADOS:	31
DISCUSIÓN	39
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	49

RESUMEN

“Frecuencia de experiencias adversas durante la infancia y su asociación con la depresión en población adulta de 20 a 34 años, adscrita a la UMF No. 28.”

Narda Yajaira Bobadilla Castro, Vanessa Johanna Caro, Alberto Barreras Serrano, Itzel Sarmiento Molina
IMSS, UABC

Introducción: Las experiencias adversas de la infancia (EAI), son eventos que ocurrieron durante la niñez que según su número, tipo y duración producen niveles altos de estrés, causando cambios duraderos del desarrollo social, cerebral e inmunológico. Se estima a nivel mundial que el 62% de la población ha experimentado mínimo una EAI, la red nacional de estrés traumático infantil reporta que con ≥ 4 EAI se tiene de 10-12 veces más riesgo de intento de suicidio. Uno de los trastornos mentales que pueden presentarse es la depresión, convirtiéndose en la principal causa de problemas de salud y discapacidad a nivel mundial. A pesar del conocimiento de las repercusiones de la depresión se reporta que 7/10 pacientes no reciben tratamiento adecuado. Por lo tanto, toda intervención al control, atención temprana y prevención de esta patología impactará de manera significativa en la disminución de la morbilidad.

Objetivo: Determinar la frecuencia de experiencias adversas durante la infancia y su relación con la depresión en población adulta de 20 a 34 años, adscrita a la UMF No. 28. **Material y métodos:** Previa autorización por el comité local de investigación y el director de la unidad, se realizó un estudio, Observacional, Transversal, Analítico, Correlacional donde incluyo población entre 20-34 años de la UMF No. 28 con definición operacional de depresión. Se aplicó el cuestionario ACEs previa firma del consentimiento informado, para evaluar el número de EAI vividos y su asociación con la depresión. **Análisis estadístico:** Se realizó un análisis de frecuencia para las variables cualitativas mientras que se calcularán medidas de resumen para las variables cuantitativas. Se obtuvo la razón de momios con intervalo de confianza al 95% así como el riesgo relativo. El análisis se realizó mediante tablas de contingencia en el paquete estadístico SPSS v25. **Resultados:** Se observó que el de los 223 pacientes, 71.3% fueron mujeres, el grupo de edad más frecuencia fue de 30-34 años (47.98%), El 92.38% presentó al menos 1 EAI y un 59.19% presentó 3 o más EIA. El evento

adverso en la infancia que más se presentó fue el de negligencia emocional (47.53%), seguido de abuso emocional (46.64%) y separación, divorcio o muerte de los padres (44.84%). **Conclusiones:** En los pacientes con depresión la frecuencia al menos de 1 EAI es mayor que la reportada por otras literaturas, observando que la más prevalente son la violencia emocional la cual incluye tanto la negligencia como el abuso. Por lo cual es de vital importante detectar estas situaciones en los pacientes para otorgar una atención dirigida y incivilizada a cada caso de manera multidisciplinaria.

Palabras claves: Experiencias adversas de la infancia, depresión, relación y frecuencia.

MARCO TEÓRICO

Los trastornos depresivos afectan a un gran porcentaje de la población en el mundo, y actualmente se ha convertido en la principal causa de discapacidad, representando el 40.5% de los años de vida ajustados por discapacidad causados por trastornos mentales. Los años de vida ajustados por discapacidad variaron según sexo y edad, teniendo la mayor incidencia entre las edades de 10 a 29 años. ⁽¹⁾

Existen diversos estudios acerca del impacto de experiencias adversas de la infancia en el desarrollo infantil como el maltrato o abuso sexual, las cuales indican que las consecuencias desfavorables se relacionan directamente con la acumulación de múltiples factores de riesgo. Las secuelas de estas experiencias se manifiestan durante la vida adulta, encontrando como consecuencias la obesidad, cáncer, diabetes mellitus tipo 2, depresión, intento de suicidio, estrés postraumático y policonsumo de sustancias. Se estima que más del 60% de los niños menores de 5 años han vivido situaciones adversas, potencialmente perniciosas. ⁽²⁾

Definición

Las Experiencias Adversas en la infancia (EAI), se han relacionado con la presencia de enfermedades en la edad adulta, entre ellas la depresión la cual se define como un trastorno mental que se caracteriza por una anhedonia o tristeza intensa, y una pérdida de interés o placer que se mantiene durante al menos 2 semanas y que se presenta la mayor parte del día. Además, puede presentar otros síntomas entre los que podemos encontrar cansancio excesivo, llanto, irritabilidad, pérdida del interés, retraimiento, pérdida del libido y pérdida del disfrute de las actividades de la vida cotidiana, además de sentimiento de inutilidad o culpa. ⁽³⁾

Las experiencias adversas en la infancia aluden a diversas categorías de vivencias de adversidades o maltrato padecidas en los primeros 18 años de vida de una persona. Las experiencias infantiles incluyen diferentes eventos paranormativos las cuales se engloban en 10 ítems incluyendo maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual, negligencia física, negligencia emocional, violencia contra la madre o madrastra, vivir en un hogar cuyos miembros abusan de sustancias, separación de los progenitores por divorcio o muerte, enfermedad

mental, suicidio o intento de suicidio de adultos con los que se convive y encarcelamiento de familiares. ⁽⁴⁾

Epidemiología

De acuerdo con la OMS cerca de 50 millones de personas en las Américas viven con depresión, aproximadamente el 5% de la población actual. En marzo del 2017 en Washington, la depresión era la principal causa de problemas de salud y discapacidad a nivel mundial, estimando que más de 300 millones de personas viven con depresión, teniendo un incremento del 18% entre el año 2005 y 2015. En países de ingreso alto, el 50% de las personas con diagnóstico de depresión no reciben tratamiento y en las Américas 7 de cada 10 pacientes con diagnóstico no reciben el tratamiento necesario, esto ya que solo se dirige el 3% en promedio del presupuesto a la salud mental, disminuyendo hasta menos del 1% en países de bajo ingreso. ⁽⁵⁾

En México el informe sobre sistema de salud mental del 2011 revela que una gran parte de la población nacional ha sido expuesta a algún acontecimiento violento, encontrando que las mujeres presentan mayormente actos violentos sexuales y psicológicos. Se estima que alrededor del 20% de las personas que sufrieron uno o más eventos violentos, presentó un cuadro de depresión. Por lo tanto, se posiciona como la principal causa de pérdida de años de vida ajustados a discapacidad en mujeres y la novena en hombres, siendo las edades más afectadas los pacientes de las primeras décadas de la vida en un 50%, constituyendo una de las primeras tres causas de mortalidad entre personas de 15 a 35 años por suicidio. A pesar de estas cifras alarmantes en México solo se estima el 2% del presupuesto asignado a la salud mental y de este el 80% se dirige a atención hospitalaria en psiquiátricos, dejando insuficientes el presupuesto para las acciones preventivas o trabajo comunitario. ⁽⁶⁾

En México, la depresión es la principal causa de discapacidad, sobrepasando otras condiciones crónicas como diabetes, enfermedades cardíacas, artritis o trastornos respiratorios, llegando a perder hasta 2.7 días más de trabajo que otro tipo de patologías. En Baja California se ha observado una tendencia al alta en el diagnóstico de depresión con el 55.3%. El promedio de días de incapacidad del trastorno depresivo fue de 180.3 días. ⁽⁷⁾

Relación de experiencias adversas en la infancia como factor de riesgo para desarrollar trastorno depresivo en la edad adulta joven.

Actualmente se han realizado múltiples investigaciones para la búsqueda de factores de riesgo relacionados con trastornos depresivos y de ansiedad, en donde se ha reportado que la presencia de conflictos en la infancia con los cuidadores, disfunción familiar moderada o grave y eventos traumáticos, se han asociado a la presencia de secuelas psicológicas como trastornos del afecto o trastornos de ansiedad en ambos géneros. ⁽⁸⁾

Se estima que alrededor del 62% de los adultos han experimentado algún evento potencialmente traumático en su infancia (0-17 años), desde violencia, abuso o negligencia, o que algún miembro de la familia intente o fallezca por suicidio. Además, aspectos dentro del entorno del niño, si este le da la seguridad y estabilidad necesaria o si vive en un hogar con abuso de sustancias, problemas de salud mental o inestabilidad de los padres o hermanos. Todos estos eventos negativos producen cambios duraderos en el desarrollo social, cerebral e inmunológico y pueden causar métodos de afrontamiento poco saludables. ⁽⁹⁾

Se han relacionado múltiples alteraciones a nivel cerebral por medio de la electroencefalografía por la exposición crónica a eventos estresores en la infancia, presentando a largo plazo trastornos cognitivos, mentales, depresión, ansiedad, conducta suicida, trastornos del sueño, afecciones endocrinas, entre otras. La exposición del cerebro en desarrollo a la respuesta al estrés causa deterioro en múltiples estructuras y funciones cerebrales, causando una pérdida de la homeostasis, y a largo plazo alteraciones en la materia gris y blanca, con reducción del volumen cortical. ⁽¹⁰⁾

Según la red nacional de estrés traumático infantil o NCTSN por sus siglas en inglés (The National Child Traumatic Stress Network) cuando los niños son expuestos a situaciones que sobrepasan la capacidad para hacer frente a lo experimentado, se produce un trauma infantil. Los niños que experimentan 4 o más EAI tienen de 10 a 12 veces mayor riesgo de intento de suicidio o de consumir drogas intravenosas, 32 veces más probabilidades de problemas relacionados con el aprendizaje y comportamiento, así como que 8 de las 10 causas principales de muerte en estado unidos están relacionadas con la presencia de 4 o más EAI. ⁽¹¹⁾

Diagnóstico

Los trastornos depresivos de acuerdo con la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V se define como la presencia de 5 o más de los síntomas siguientes presentes durante 2 semanas y que representar una alteración del funcionamiento previo; mínimo 1 de los síntomas debe ser estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o placer que no es atribuible a ninguna otra alteración fisiológica de sustancias o afección médica:⁽¹²⁾

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día y casi todos los días. En niños o adolescentes el estado de ánimo puede cambiar a irritable.
- Disminución o pérdida del interés o placer por las actividades la mayor parte del día.
- Pérdida de peso sin cambios en el estilo de vida o aumento de peso de más del 5% del peso corporal en periodo de 1 mes.
- Hipersomnias o insomnio la mayoría de los días.
- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
- Fatiga casi todos los días
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
- Dificultad para toma de decisiones o para concentrarse casi todos los días
- Pensamiento de muerte recurrente, ideas suicidas sin plan, intento de suicidio o plan bien elaborado.

Clasificación

Los trastornos depresivos se pueden clasificar por gravedad dependiendo del número de síntomas y la gravedad de los mismos, así como el grado de discapacidad funcional que presente el paciente. Se divide en leve cuando presenta pocos o ningún síntoma más de los necesarios para su diagnóstico, así como los síntomas son manejables y producen poco deterioro en el funcionamiento laboral o social, moderado cuando presenta de 6 a 7 síntomas que producen un mayor deterioro funcional, o grave cuando presentan más de 7 síntomas y la intensidad de los síntomas causa un notable malestar que no logra manejar el paciente, así como interfieren en el funcionamiento social y laboral.

(13)

Tratamiento

El tratamiento de los trastornos depresivos es multidisciplinario incluyendo la psicoterapia, terapia electroconvulsiva y los psicofármacos. Los tratamientos antidepresivos actuales cuentan con una eficacia limitada, con tasas de remisión desde el 30% con 1 paso de tratamiento, hasta 67% tras 4 pasos de tratamiento consecutivo, y hasta un tercio de los pacientes con trastornos depresivos no logran una remisión aun después de múltiples tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos. ⁽¹⁴⁾

Los tratamientos antidepresivos farmacológicos se utilizan si presenta episodios moderados o severos en su mayoría a excepción de algunos casos específicos con episodios leves. En su mayoría los fármacos están dirigidos a la regulación de algún neurotransmisor (serotonina, dopamina o noradrenalina), siendo más eficaces discretamente el escitalopram, mirtazapina, sertralina y venlafaxina sobre el resto en cuanto a respuesta. El tratamiento de un primer episodio depresivo debe durar de 6 a 12 meses posterior a la remisión de la sintomatología, para disminuir el riesgo de recurrencias. ⁽¹⁵⁾

Encuesta de ACEs

El término de Experiencias Adversas en la infancia se describió en un estudio realizado en el año 1998 en la clínica de evolución de salud en San Diego de Kaiser Permanente, aprobado por las juntas de revisión institucional del grupo médico permanente del sur de California, la escuela de medicina de la universidad de Emory y la oficina de protección contra riesgos de investigación, institutos nacionales de salud. La encuesta incluye preguntas sobre el abuso infantil y la exposición a formas de disfunción doméstica mientras crecían. Múltiples enfermedades se han asociado a la presencia de experiencias adversas durante la infancia, así como sus complicaciones aumentan a mayor número de EAI a los que se expuso el individuo. ⁽¹⁶⁾

ANTECEDENTES

Vitriol Verónica, Cancino Alfredo y asociados realizaron en el año 2017, en Chile, un estudio cuantitativo descriptivo transversal y correlacional, teniendo un universo de 2,978 pacientes, de los cuales 394 aceptaron participar en el estudio y se logró confirmar el diagnóstico de depresión por médicos psiquiatras y psicólogos. Obteniendo como resultados que la mayoría de su población eran mujeres, que presentaron su primer episodio de depresión durante la tercera década de la vida, de los cuales el 82% refirió al menos un evento adverso en la infancia, y se estableció una correlación significativa entre mayor número de eventos adversos de la infancia y mayor severidad depresiva, número de episodios depresivos y tiempo de duración de episodios más prolongados. ⁽¹⁷⁾

En el año 2021, Sabando María y Chávez María, publicaron un estudio no experimental de tipo descriptivo, transversal retrospectivo sobre el maltrato infantil intrafamiliar desde una perspectiva social donde se le realizaron a 60 familias el cuestionario The Adverse Childhood Experiences. Se encontró que el 64.9% de los padres habían sufrido algún tipo de maltrato infantil, siendo el más prevalente el psicológico, seguido por el físico, negligencia emocional, madre víctima de violencia y familiar que consume alcohol u otras sustancias. Obteniendo como resultado que el 45.6% presentaba baja autoestima, 41.1% baja afectividad, 30.7% agresividad y 27.2% depresión. ⁽¹⁸⁾

Durante el año 2017, Arroyo Estefanía, López David y Zúñiga Yuli publicaron un estudio sobre la depresión en adultos jóvenes expuestos a violencia intrafamiliar durante su infancia, el estudio incluyó a 50 jóvenes de 19 a 25 años de la facultad de estudios superiores de Iztacala, obteniendo como resultado que el 64% de los estudiantes sufrieron algún tipo de violencia familiar durante la infancia. A su vez se detectó que 55% de los estudiantes presentaron algún grado de depresión, encontrando que el 66% con diagnóstico de depresión leve, el 100% con diagnóstico de depresión moderada y el 90% con diagnóstico de depresión grave sufrieron violencia familiar. Por lo tanto, se evidenció la relación de depresión en la edad adulta con la violencia familiar en la infancia de hasta un 84% en estos individuos estudiados. ⁽¹⁹⁾

De Anda Daniela y colaboradores, en julio del 2021, publicaron un estudio cuantitativo, transversal, donde se estudió la relación de las experiencias

adversas en la infancia y sus consecuencias en la adolescencia, se evidenció que 76% de los adolescentes habían experimentado hasta 4 o más experiencias adversas en la infancia antes de los 15 años, siendo la más frecuente la violencia comunitaria, seguida de la negligencia u omisión de cuidados, de estos 17% presentó sintomatología depresiva en las últimas 2 semanas y el 77% mencionó haber consumido alcohol, tabaco o algún tipo de droga. Además, se mostró que el número de experiencias adversas se relacionaba con la presencia de síntomas depresivos y el consumo de sustancias teniendo una mayor prevalencia en mujeres. ⁽²¹⁾

En abril 2019, Gonzales-Salina Sofia, et al; realizaron una revisión bibliográfica sobre “Epigénesis: Secuelas de una infancia adversa”, donde se evidenció que una pobre calidad de vida durante la infancia se vincula con cambios epigenéticos en el adolescente y adulto, algunas de las alteraciones mencionadas fueron un aumento en el tamaño de la amígdala en los niños que vivieron en orfanatos, a mayor tamaño se correlacionó a menor capacidad de regulación de emociones, mayor nivel de ansiedad y mayor incidencia de desórdenes psiquiátricos. También se demostró que una de las principales alteraciones reversible fue la metilación del ADN y acetilación de histonas, la cual se encontró que conforme pasaban las generaciones del mismo individuo seguía estando presente, pero en menor cantidad. ⁽²²⁾

En el 2010, Alarcón Laura, et al. Realizaron en Bucaramanga, Colombia una revisión de literatura con el fin de evidenciar las consecuencias que el maltrato infantil puede generar a largo plazo. Se detectó que los niños con historia de abuso reportaron cambios electroencefalográficos en la región fronto-temporal, de predominio en hemisferio izquierdo, este hallazgo se ha relacionado a largo plazo como factor de riesgo para intentos de suicidio. Se evidenció la asociación de abuso sexual, maltrato físico, con altas tasas de depresión. ⁽²³⁾

Vega-Arce M y Núñez-Ulloa G, realizaron una revisión de literatura, en donde se incluyeron artículos publicados de enero 1998 a junio 2017, buscando el cribado de las EAI en preescolares. Se menciona como punto clave que el cribado es el paso inicial de un proceso dirigido a evaluar la condición en personas asintomáticas, si presenta algún factor de riesgo se deberá iniciar el plan de atención o de ser necesario derivar con otro profesional más capacitado para

prevenir que el niño ingrese a una escalada de riesgos, por medio de la detección temprana. La relevancia del cribado de los EAI se debe a su efecto nocivo en el desarrollo infantil, por lo que se recomienda la implementación periódica como parte de los controles pediátricos y al momento de detectar condiciones que pueden ser un foco de alarma. ⁽²⁴⁾

Irarrázaval M, Prieto F, et al. En el año 2016 publicaron un artículo de revisión referente a la “prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional”, donde se comenta que la terapia cognitivo-Conductual ha demostrado ser eficaz para la prevención de la depresión en adolescentes con alto riesgo, así como la terapia interpersonal de la mano con la terapia cognitivo-conductual pueden promover el funcionamiento adaptativo y prevenir o retrasar la aparición de la depresión en grupo de riesgo. Otras medidas utilizadas que dieron resultados favorables fueron la implantación de ejercicio como el yoga y la involucración de la comunidad, todo esto involucrando diversas disciplinas, entre ellas la medicina, educación, psicología, trabajo social, salud pública y la participación en la prestación de servicios. ⁽²⁵⁾

JUSTIFICACIÓN

El haber vivido una experiencia adversa durante la infancia no determina el futuro en su totalidad, pero sabemos que sí aumenta el riesgo de presentar múltiples patologías, entre ellas las de internalización (ansiedad, depresión y las somatizaciones), las de externalización (hiperactividad, agresión al entorno), obesidad, entre otras. De acuerdo con lo antes mencionado, la atención temprana para mejorar la adaptación a estas vivencias, la resiliencia y la recuperación de las mismas, podría ser fundamental en la prevención de enfermedades tan importantes como la depresión.

Actualmente en el sistema de salud no cuenta con personal calificado o programas para el tratamiento temprano de las consecuencias de los eventos adversos de la infancia, por tal motivo esta problemática está infradiagnosticada y es tratada de manera insuficiente.

En la actualidad se estima que más de 50 millones de personas en las Américas viven con depresión. En México más del 20% de la población que ha presentado al menos un evento adverso en la infancia ha presentado un trastorno depresivo. De estos pacientes se estima que solo 3 de cada 10 reciben un tratamiento completo e individualizado, esto porque solo se destina <1 al 3% de los recursos a la salud mental.

Por lo tanto, esta investigación busco beneficiar al paciente con la detección de experiencias adversas en la infancia para poder brindarle una mejor atención médica, demostrando el impacto en la población de la UMF No. 28 de Mexicali Baja California. De igual manera sentara bases para futuras investigaciones y mejoras en los modelos de prevención y atención de enfermedades crónico-degenerativas al enfocar la atención sobre la relación del cuidado de los infantes.

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

Actualmente existen más de 300 millones de personas a nivel mundial de todas las edades con diagnóstico de depresión, de los cuales 7 de cada 10 pacientes con diagnóstico de depresión no reciben tratamiento. En el mes de septiembre del 2021, en la UMF No. 28 del municipio de Mexicali Baja California, se atendieron 43,016 pacientes de los cuales 6,714 (15.6%) son adultos jóvenes entre 20 a 35 años, documentando un total de 100 pacientes dentro del grupo de edad (1.4%) que acudieron a consulta y que cuentan con diagnóstico de depresión de primera vez o subsecuente, y a su vez se detectó que el 93% de los pacientes atendidos en este mes son trabajadores.

En la UMF No. 28, existen 35,775 adultos de 20-34 años de edad, de los cuales 566 cuentan con diagnóstico de depresión, entre ellos el 93.8% son pacientes trabajadores, si se considera que 8 de cada 10 pacientes presentaron al menos un evento adverso durante la infancia, tendríamos un aproximado de 453 pacientes con necesidades de detección y tratamiento oportuno para una mejor respuesta al tratamiento médico.

Estas cifras nos muestran la escasa atención que se le dirige a esta patología, a sus factores de riesgo y su tratamiento adecuado, a pesar del gran impacto que presenta a nivel mundial, los altos costos en tratamiento y de la expedición de incapacidades de larga duración.

Por lo tanto, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de experiencias adversas durante la infancia y su asociación con la depresión en población adulta de 20 a 34 años, adscrita a la UMF No. 28?

OBJETIVOS:

Objetivo General

“Determinar la frecuencia de experiencias adversas durante la infancia y su asociación con la depresión en población adulta de 20 a 34 años, adscrita a la UMF No. 28

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de la población de estudio (Edad, sexo, ocupación, escolaridad, estado civil).
- Identificar antecedentes de eventos adversos en la niñez mediante la aplicación del cuestionario ACEs, el número y cuál es la predominante.
- Asociar el número de eventos adversos de la infancia con la severidad de la depresión del paciente.
- Asociar el número de eventos adversos de la infancia con el tiempo de duración de los episodios depresivos.

HIPÓTESIS:

Las experiencias adversas en la infancia se asocian con la severidad y el tiempo de duración de los episodios depresivos.

HIPÓTESIS NULA:

Las experiencias adversas en la infancia no se asocian con la severidad y el tiempo de duración de los episodios depresivos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño del estudio: Observacional, Transversal, Analítico, Correlacional.

Población de estudio: Pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar No. 28 del instituto mexicano del seguro social, entre el rango de edad de 20 a 34 años con diagnóstico de depresión durante el periodo enero 2020- noviembre 2021, siendo un total de 566 pacientes.

Lugar de realización: Unidad de medicina familiar no. 28, Mexicali, Baja California

Periodo de estudio: Mayo-agosto 2022

Tipo de muestreo: Muestreo simple aleatorio por atributos para población finita.

Cálculo del tamaño de la muestra:

Fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra buscada

N= Tamaño de la población 566

Z= Nivel de confianza del 95% = 1.96

e= Error de estimación = 0.05

p= Probabilidad de que ocurra el evento estudiado 50% (19)

q= Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado 50%

Sustituyendo en la fórmula

$$n = \frac{(566)(3.8416) (0.5)(0.5)}{(0.0025)(565)+(3.8416)(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{543.5864}{1.4125+0.9604}$$

$$n = \frac{543.5864}{2.3729}$$

$$n = 229.08$$

Tamaño de la muestra: 229 pacientes

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Pacientes de 20 años a 34 años derechohabientes de la UMF No. 28 en Mexicali B.C.
- Pacientes con Diagnóstico de Depresión (Claves CIE-10: F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9, F41.2) durante el periodo de enero 2020-diciembre 2021, registrado en el expediente clínico electrónico.
- Pacientes que acepten participar mediante firma del consentimiento.

Criterios de exclusión

- Pacientes no alfabetizados.
- Pacientes con incapacidad para escribir
- Pacientes con disminución de la agudeza visual o ceguera

Criterios de eliminación

- Encuestas incompletas

VARIABLES

Variable dependiente (efecto o resultado):

- Grados de depresión

Variables independientes (causales):

- Experiencias adversas de la infancia

Definición de las variables y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Persona de 20 a 34 años al momento de la realización del estudio.	Cualitativa ordinal	20-24 años 25- 29 años 30-34 años
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que define a la persona	Es el sexo identificado en el expediente clínico del paciente.	Cualitativa nominal	1.- Femenino 2.- Masculino
Escolaridad	Período de tiempo que la persona acudió a la escuela para estudiar y aprender.	Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional referido por el paciente	Cualitativa ordinal	1.- Ninguno 2.- Primaria 3.- Secundaria 4.- Preparatoria 5.- Carrera técnica 6.- Licenciatura
Estado civil	Situación legal de la persona	Situación civil de la persona, al momento de realizar la encuesta, referido por el sujeto de estudio	Cualitativa nominal	1. Soltero (a) 2. Unión libre 3. Divorciado o separado (a) 4. Casado (a) 5. Viudo (a) 6. Otro
Ocupación	Tipo de trabajo que desempeña la persona, y que le genera recursos económicos	Actividad que genera recurso económico a la persona en los últimos doce meses	Cualitativa nominal	1. Operador 2. Administrativo 3. Negocio propio 4. Trabajador de gobierno 5. Otros

Experiencias adversas en la infancia (EAI)	Tipo de experiencias adversas en la infancia que la persona señaló como vividas en la de acuerdo con el cuestionario ACEs	Es la respuesta afirmativa mediante la aplicación del cuestionario ACEs, en donde el participante reconoce el o los tipos de experiencias adversas vividas en la infancia.	Cualitativa nominal	Abuso: <ol style="list-style-type: none"> 1. Si presentó abuso Físico 2. Si presentó abuso Emocional 3. Si presentó abuso Sexual 4. No presenta abuso Negligencia: <ol style="list-style-type: none"> 5. Si presento negligencia Física 6. Si presento negligencia Emocional 7. No presentó negligencia Disfunción en el hogar: <ol style="list-style-type: none"> 8. Si presentó Enfermedad mental en familiares de primer grado. 9. Si presento pariente encarcelado de primer grado 10. Si presentó madre o padre maltratado 11. Si presentó abuso de sustancias en pariente de primer grado 12. Si presento divorcio, muerte o separación en los padres 13. No presento presentó disfunción en el hogar.
	Cantidad de experiencias adversas que la persona señaló como vividas en la infancia en el cuestionario ACEs	Numero de experiencias adversas vividas en la infancia marcadas en el cuestionario ACEs	Cuantitativa discreta	0-10
Depresión	Trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria.	Trastorno del Estado de Ánimo que se manifiesta con la alteración a nivel cognitivo, emocional y comportamental, identificado en el expediente clínico electrónico del paciente.	Cualitativa ordinal	CIE-10 <ol style="list-style-type: none"> 1. F32.0 Episodio depresivo Leve 2. F32.1 Episodio depresivo Moderado 3. F32.2 Episodio depresivo Grave sin síntomas psicóticos 4. F32.3 Episodio depresivo Grave con síntomas psicóticos 5. F32.8 Otros episodios depresivos o F32.9 Episodio depresivo, no especificado 6. F41.2 Trastorno mixto de ansiedad y depresión.

<p>Tiempo de duración de los episodios depresivos</p>	<p>Tiempo que transcurre desde la fecha del diagnóstico o el comienzo del tratamiento de la enfermedad hasta que es dado de alta por este padecimiento o hasta la fecha actual.</p>	<p>Es la identificación del tiempo de duración de los episodios depresivos identificados en el expediente clínico electrónico</p>	<p>Cualitativa discreta</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ≤1 año 2. 2 años 3. 3 años 4. 4 años 5. 5 o más años
--	---	---	-----------------------------	---

PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN

Previa autorización del comité de ética, de investigación y del director de la unidad médica, se realizó de manera aleatoria la selección de los pacientes con diagnóstico de depresión que cumplieron con los criterios de inclusión, sin distinción por turno de atención, posterior nos comunicamos por vía telefónica con los pacientes seleccionados, para invitarlos a participar en el estudio, se agendó una cita y se realizó el cuestionario ACEs (Anexo 3), previo llenado de consentimiento informado donde aceptaron formar parte de este estudio (Anexo 2). Se les explicó ampliamente en qué consistía el estudio de investigación, los riesgos y beneficios, y en qué consisten los eventos adversos de la infancia, se le hizo saber al paciente que la participación era totalmente voluntaria, y si decidía retirarse del mismo, podría hacerlo en el momento que lo deseara y el cuestionario se eliminaría sin ninguna repercusión o consecuencia.

Aplicación del cuestionario ACEs: El médico familiar, durante la consulta médica agendada, le entregó el cuestionario y la hoja de recolección de datos, para, en caso de ser necesario, llevar un adecuado abordaje del paciente si surgía algún inconveniente al recordar alguna experiencia infantil resguardada. Se le entregó en una hoja de papel el cuestionario ACEs, se le facilitó una pluma y se le pidió que lea detenidamente las instrucciones antes de iniciar a llenar el cuestionario. Este cuestionario es un instrumento auto realizado, debe ser completado por la persona que acude a la consulta sin la intervención del personal (es decir, el médico o quien entregue el cuestionario no puede leerle la pregunta ni dar una explicación sobre la intención de la misma). Para garantizar un proceso informado sobre el trauma, es importante que el paciente, lea o le lean el consentimiento informado, las instrucciones del cuestionario, que son los eventos adversos de la infancia y los beneficios y riesgos del estudio de investigaciones previamente a la realización del cuestionario. Debido a la naturaleza delicada de las preguntas, se le brindó privacidad en todo momento. Durante la realización del cuestionario el paciente contó con el apoyo del investigador principal y de trabajo social de la unidad, para en caso de ser necesaria alguna intervención de crisis dirigir al paciente a un área donde se le pueda proporcionar el abordaje requerido. Todo esto se realizó sin abordar temas ajenos de los que se citan en la encuesta, ni profundizar en detalles sobre los ítems del cuestionario que se utilizó.

El cuestionario ACEs consta de 10 preguntas, el cual se contestó con una marca en el recuadro a lado de la pregunta, el paciente podía poner una X u otra marca donde la respuesta es afirmativa, si el paciente no vivió alguna de las experiencias interrogadas, la respuesta será negativa, por lo tanto, la casilla fue dejada en blanco. La duración estimada para contestar fue de 10 minutos. Al finalizar el cuestionario se contabilizaron las respuestas marcadas, a cada respuesta afirmativa se le dio 1 punto y la sumatoria se conoció como el puntaje de EAI del paciente. El puntaje de la prueba representa el número de experiencias adversas vividas en la infancia. Si el paciente no vivió ninguna de las experiencias interrogadas, no marcará ninguna respuesta y la sumatoria final será "0", por ende, la puntuación EAI es 0 (cero), el máximo de puntos será de 10 si contesta afirmativo a todas las preguntas.

La puntuación obtenida se recabó en una base de datos donde además se anotaron el tiempo de evolución y el grado de depresión, así como datos sociodemográficos como edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación, para posteriormente realizar el análisis.

Posteriormente con ayuda del investigador responsable se revisaron expedientes electrónicos de cada paciente encuestado para identificar la fecha en la que se realizó su diagnóstico de trastorno depresivo, tiempo de evolución y la clasificación de severidad del cuadro.

Una vez recolectados los datos y realizado el cuestionario se evaluó qué porcentaje de pacientes presentaron 1 o más eventos estresantes en la infancia y su asociación con los trastornos depresivos, su severidad y tiempo de evolución, posteriormente el investigador principal se comunicó con los participantes en el estudio de investigación para darles a conocer los resultados obtenidos, se canalizaron con su médico familiar al servicio de psicología o psiquiatría en caso de que así se requiriera, y aceptara el paciente, para que se le otorguen las intervenciones correspondientes. Los resultados de este estudio sólo los conocieron el médico tratante y el investigador principal.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

El cuestionario **adverse childhood events** (ACEs) es un cuestionario que consta de 10 preguntas a contestar, el cual se utiliza para detectar eventos adversos en la infancia que pueden causar estrés tóxico que a largo plazo en la persona afectada puede predisponer a al desarrollo de diversas patologías. Este es uno de los instrumentos que se utiliza en población general, en particular adultos. Cada ítem del cuestionario se puede responder de manera afirmativa o negativa, al contestar de manera afirmativa se le otorga la puntuación de 1 y al contestar de manera negativa 0. Al final se sumarán las respuestas afirmativas y estas nos darán la puntuación de EAI de cada paciente. El paciente podrá obtener una puntuación mínima de 0 en caso de no contar con una experiencia adversa en la infancia, y un máximo de 10 puntos si contesta afirmativo a todas las preguntas.

Al tener un resultado de 1 o más puntos significa que el paciente pudo tener un riesgo significativamente más elevado que la población general que no presenta acontecimientos adversos en la infancia lo cual pudo desencadenar su trastorno depresivo.

En un estudio en niños y adolescentes de Nigeria realizado por Morenike Oluwatoyin, et al en el 2020, se evaluó la consistencia interna y la correlación de las experiencias adversas de la infancia, la victimización por agresores, la residencia, autoestima y apoyo social. Encontrando que el Cronbach's alphas fue de 0.67 para el cuestionario ACEs (95% IC 0.64, 0.70), además la correlación entre apoyo social y EAI fue de $r = -0.21$, lo cual quiere decir que cuanto mayor sea la percepción social de apoyo, son menores los números de EAI. También se evidencia que una mayor resiliencia se asociaba significativamente con menos EAI ($r = -0.07$). La autoestima se correlaciono con el número de EAI encontrando que, a mayor número de EAI, menor es la autoestima ($r = 0.25$). De manera similar ocurrió con la victimización por agresión y su relación con EAI, donde se encontró que la victimización por agresión aumentó significativamente a medida que el número de EAI aumentó ($r = 0.20$).²⁶

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se capturo la información recabada en una hoja electrónica, empleando Excel, dado que las variables en estudio son de naturaleza cualitativa o expresadas en categorías (sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, tipo de experiencias adversas, y severidad de la depresión), se describieron las mismas en la muestra utilizando análisis de frecuencias y expresadas porcentualmente. Se construyeron gráficos de barras y de pastel para la mejor descripción de las variables en la muestra. Para estimar la asociación entre los resultados de categorías de depresión en la muestra con los de la variable tipo de experiencias adversas, calificación alcanzada por la aplicación del test ACE, y el tiempo de duración de los episodios depresivos, generados para cada una de las clases de sexo y edad, y en general, se utilizó una tabla de contingencia evaluando en la hipótesis nula la independencia entre los dos criterios. El estadístico de prueba fue Chi-cuadrada. Al rechazar la hipótesis nula ($P < 0.05$), la asociación se estimó con el coeficiente de contingencia, así como con el coeficiente Phi. Además se construyeron modelos de regresión logística tanto bivariados como multivariados y de regresión ordinal, considerando como variable dependiente los grados de depresión y como variables independientes los tipos de experiencias adversas, los componentes sociodemográficos: estado civil, ocupación y escolaridad de los pacientes en la muestra, y el tiempo de duración de los episodios depresivos, reportando las diferentes asociaciones a través del uso del coeficiente odd ratio (OR) o razón de desigualdad el cuál se expresó junto con su intervalo de confianza al 95%. El análisis se realizó con el apoyo del programa estadístico SPSS ver 26.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio, fue sometido a evaluación del comité de ética en investigación número 2048 (CEI N° 2048) y al comité local de Investigación en Salud numero 204 (CLIS N° 204) ambos con sede en el Hospital General Regional No. 20, Tijuana Baja California. En la investigación participaron seres humanos, se recabaron datos del expediente clínico electrónico y se realizó una encuesta. Acorde a los lineamientos de la declaración de Helsinki de 1964, la cual se modificó por la asamblea de Brasil en el 2013 y el reglamento de la ley general de la salud en materia de investigación para la salud, capítulo 1, artículo 3°. En el principio básico en el artículo 8 con base en el derecho a la toma de decisiones informadas (consentimiento informado) para la aplicación de la encuesta, no así para la revisión del expediente clínico. Acciones que contribuyen a la prevención y control de los problemas de salud, Capítulo 4to. Artículo 40 II. La investigación se clasifica en la **categoría II como investigación con riesgo mínimo** de acuerdo con la ley general de salud en materia de investigación para la salud, título segundo, capítulo 1, artículo 17, ya que se realizó una prueba psicológica en la que no se manipulo la conducta del sujeto. Por lo que no se contrapone con los artículos del 41 al 56 de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. El estudio permitirá la contribución y beneficio del paciente a nuevos conocimientos en la toma de decisiones. El beneficio es detectar las fuentes de estrés en la infancia que contribuyen a la presentación de algún trastorno depresivo, su duración y gravedad que alteran el pronóstico del paciente a largo plazo.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación, en el artículo 16, se garantiza la confidencialidad de la información mediante los datos de recolección resguardados por el investigador, identificando sólo cuando los resultados lo requieran y la persona lo autorice, la selección de participantes fue la consecutiva del periodo correspondiente a la obtención de datos del expediente clínico. La selección de los participantes fue de manera aleatoria para que todos los pacientes tuvieran la misma posibilidad de participar en la investigación siempre y cuando cumplan con los criterios de selección.

El paciente se podía retirar del estudio si así lo hubiera deseado y posterior a la obtención de los resultados, si se confirma la hipótesis se les dará seguimiento para el beneficio correspondiente a todos los pacientes que así lo requieran.

De acuerdo al Capítulo I de la **LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES**, Artículo 2,7,8 y 9 se llevó el adecuado control de los datos obtenidos de los expedientes clínicos y de los mismos participantes, previa firma de consentimiento informado por los pacientes participantes, recordando que el consentimiento podía ser revocado en cualquier momento sin que se le atribuyan efectos retroactivos. Toda la información obtenida fue privada y sólo fue conocida por el investigador principal, investigador responsable y médico tratante. De igual manera se apegó a la protección de datos al Artículo 9 ya que, al tratarse de datos personales sensibles, el responsable debió obtener el consentimiento expreso y escrito del titular para su tratamiento, a través de su firma autógrafa. Artículo 12. El tratamiento de datos personales se limitó al cumplimiento de las finalidades previstas en el consentimiento informado. Si el responsable ameritara otros datos con un fin distinto a los establecidos, se realizará un nuevo consentimiento para el permiso del uso de estos datos. De acuerdo con el artículo 15. De la presente ley el responsable tuvo la obligación de informar a los participantes de los datos obtenidos, la información que se recabo de ellos y con qué fines se recabo.

Relación Riesgo Beneficio: De acuerdo al riesgo de la investigación el cual se clasifica como mínimo, el beneficio del estudio hacia los pacientes será mayor al riesgo, ya que se obtuvo más información acerca de su patología, por lo tanto, se podrá llevar a cabo un tratamiento más dirigido e individualizado, y tendrá más probabilidades de tener una evolución favorable de su patología, todo esto sin tener un riesgo significativo ya que solo se relocalizo un cuestionario sin intervenciones de aspecto biológico y/o física.

RECURSOS: HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

Recursos humanos:

- **Alumno tesista:** Narda Yajaira Bobadilla Castro
- **Investigador Principal:** Dra. Vanessa Johanna Caro
- **Investigadores asociados:** Dra. Itzel Sarmiento Molina
- **Investigador metodológico:** Dr. Alberto Barreras Serrano

Recursos materiales:

Consultorio de unidad médico familiar, base de datos (SIAIS), Expediente Electrónico Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF). Formato de papel impreso: cuestionario ACE, consentimiento informado, hoja de recolección de datos, lápices, plumas. Laptop personal.

Recursos financieros:

El financiamiento de los materiales tales como computadoras del consultorio, artículos de papelería. Serán provistos por el investigador principal.

Factibilidad:

Se cuenta con una población de estudio y el recurso del expediente clínico electrónico por lo que es factible su realización.

RESULTADOS:

Características sociodemográficas de la población de estudio.

En la Figura 1, se muestra la distribución de la variable de edad agrupada por grupos, en donde se observa que la mayor frecuencia (47.98%) se presentó en el grupo de 30-34 años de edad.

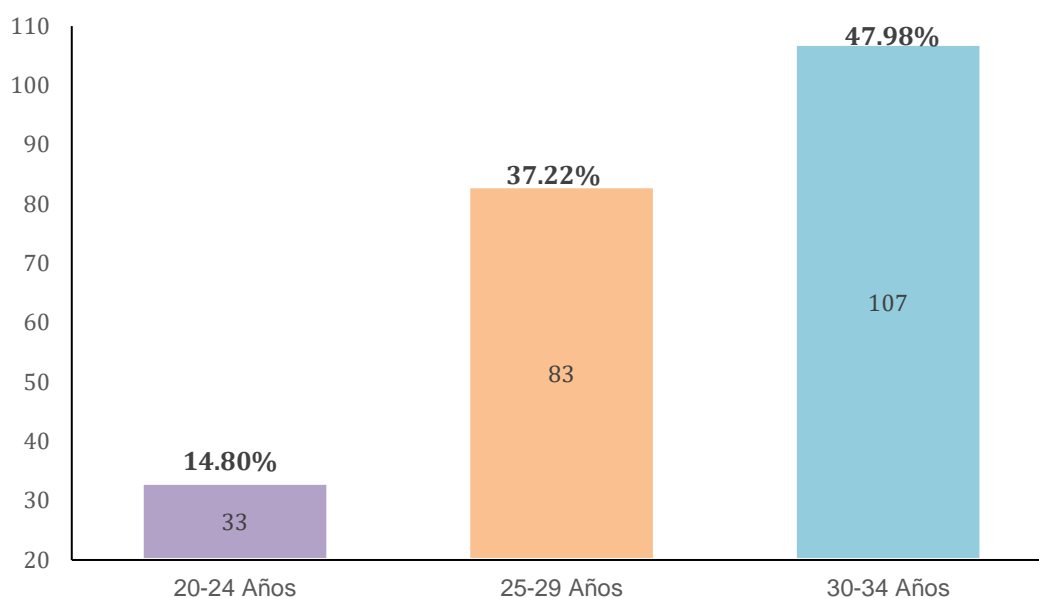


Figura 1. Distribución de población por grupos etarios

A su vez podemos observar la variable de sexo, en la cual la mayor frecuencia fue para el sexo femenino con un 71.30% (159/223), mientras que el masculino solo fue el 28.70% (64/223), como se muestra en la Figura 2.

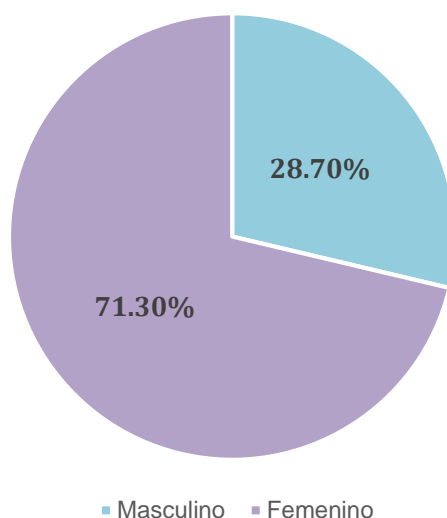


Figura 2. Distribución de población por sexo

En la variable de escolaridad, la mayor frecuencia que se presentó fue licenciatura con un 34.98% (78/223), seguida por la preparatoria con un 33.63% (75/223), como se muestra en la Figura 3.

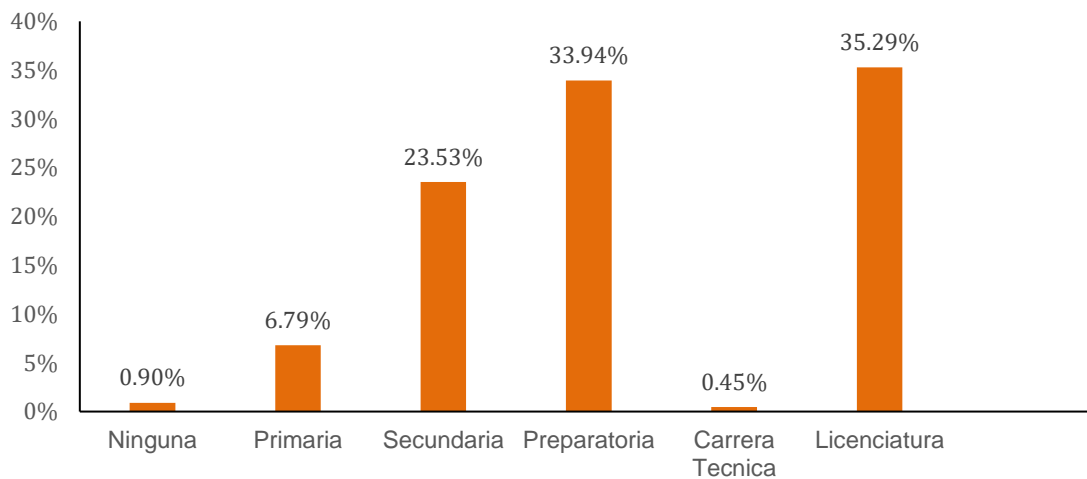


Figura 3. Distribución por Escolaridad

En la Figura 4. Se muestra la variable del estado civil, donde se puede observar que la mayor frecuencia fue soltero (a) con un 38.57% (86/223), como segundo más presente fue Casado (a) con un 35.87% (80/223).

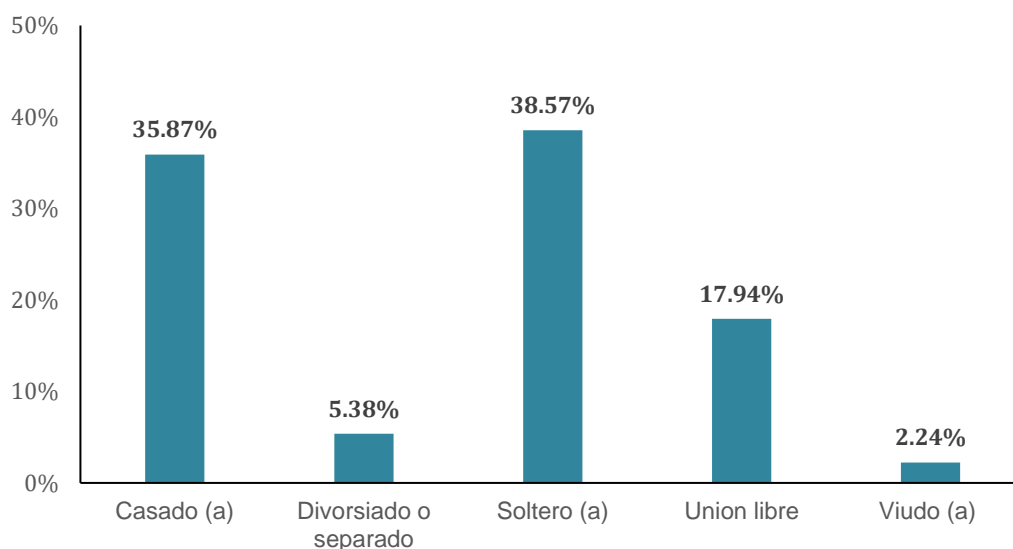


Figura 4. Distribución de la población por Estado civil

En la variable ocupación, la mayor frecuencia que se presentó fue la de otros con un 64.57% (144/223), en el cual se incluían empleados (38.56%), ama de casa (17.04%), estudiantes (7.17%), entre otros, como se muestra en la Figura 5 y 6.

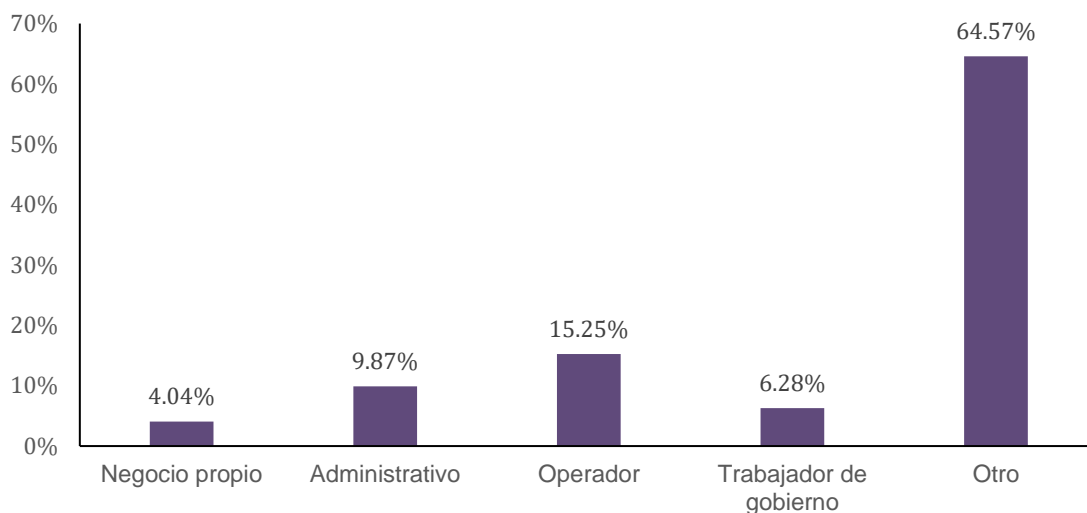


Figura 5. Distribución de la población por Ocupación

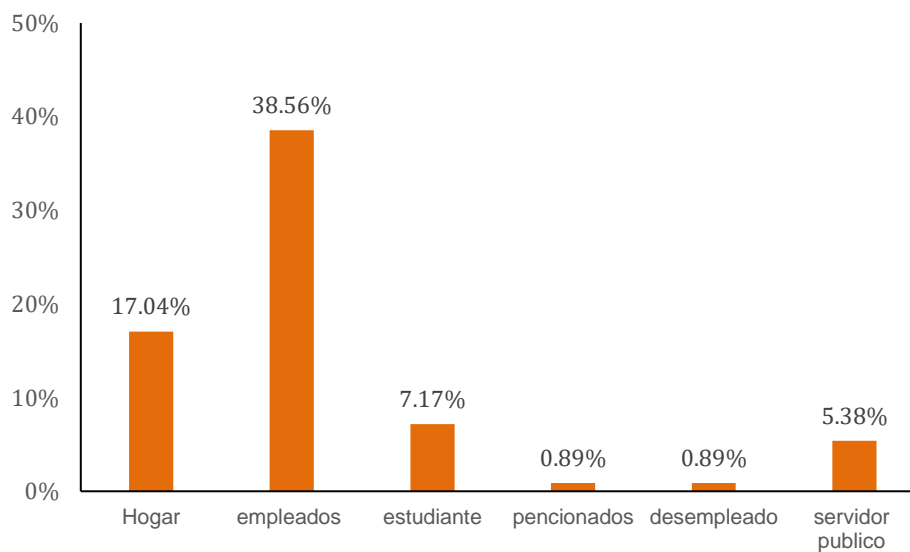


Figura 6. Distribución de la población por Ocupación (otros)

Identificar la frecuencia por Diagnostico de acuerdo al CIE-10 y el tiempo de duración de los episodios depresivos.

En la figura 7 podemos observar que en cuanto a la variable de frecuencia por Diagnostico de depresión de acuerdo al registro en el expediente clínico electrónico del paciente se identificó que el más registrado fue el Trastorno mixto de ansiedad y depresión con un 89.08% (204/229).

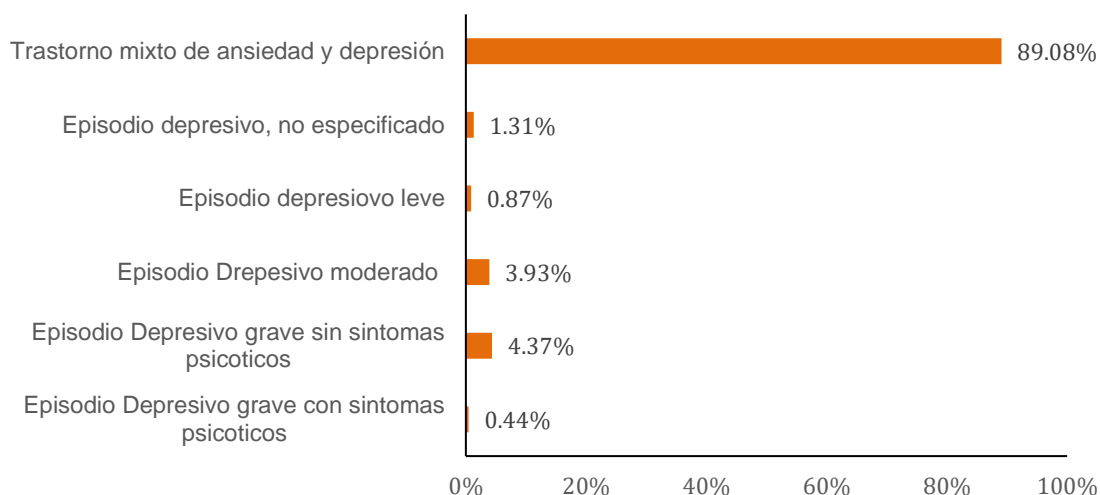


Figura 7. Distribución por descripción de Diagnostico CIE-10 de 229 paciente

Para la clasificación de distribución del Diagnóstico de depresión se eliminaron el episodio depresivo leve, el episodio depresivo grave con síntomas psicóticos y el episodio depresivo, no especificado por su baja frecuencia en la población estudiada, por lo cual en total se eliminaron las Encuestas de 6 pacientes modificando la población total de 229 a 223. Lo cual se puede observar en la Figura 8.

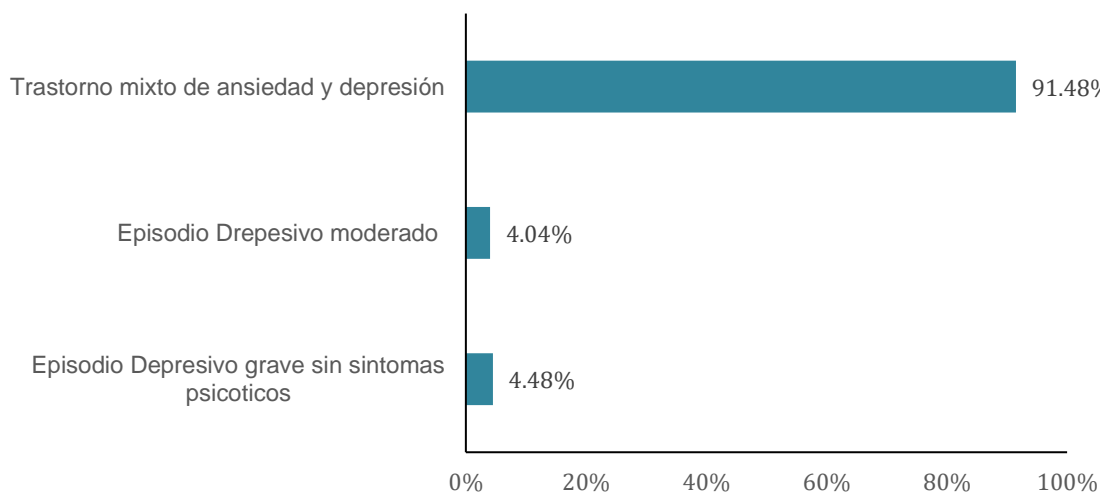


Figura 8. Distribución por descripción de Diagnostico CIE-10 de 223 paciente

En cuanto a la variable de tiempo de duración de los episodios depresivos, la mayor frecuencia fue en los extremos encontrando un 34.98% en 5 o más años y un 26.91% en menores o igual a 1 año, como se muestra en la Figura 9.

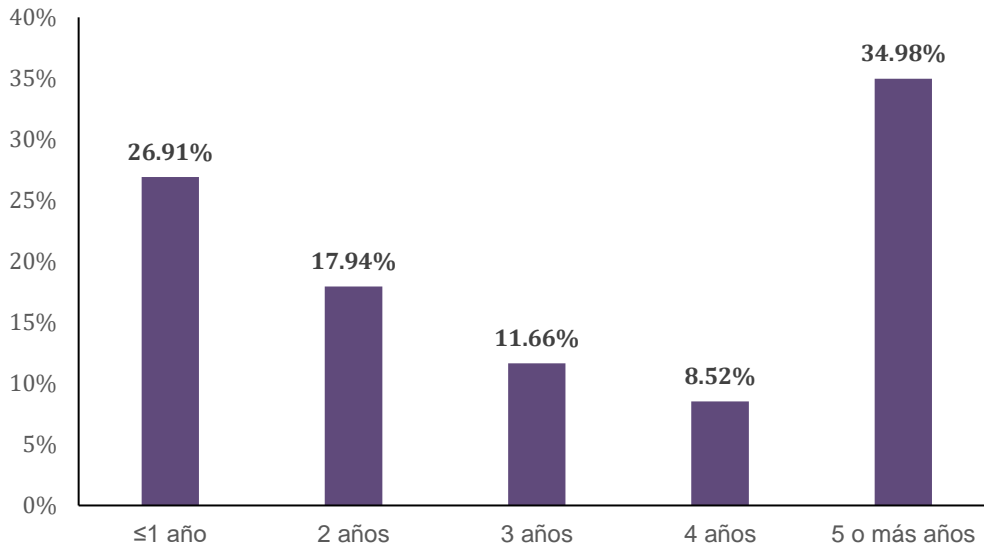


Figura 9. Distribución por tiempo de duración de los episodios depresivos

Frecuencia de Eventos adversos en la infancia en paciente con depresión.

En la Figura 10, se muestra la variable de Eventos adversos en la infancia presentes en pacientes con diagnóstico de depresión, donde la mayor frecuencia que se observó fue de 2 con un 17.47% (39/223), seguido por 1 con 15.70% (35/223).

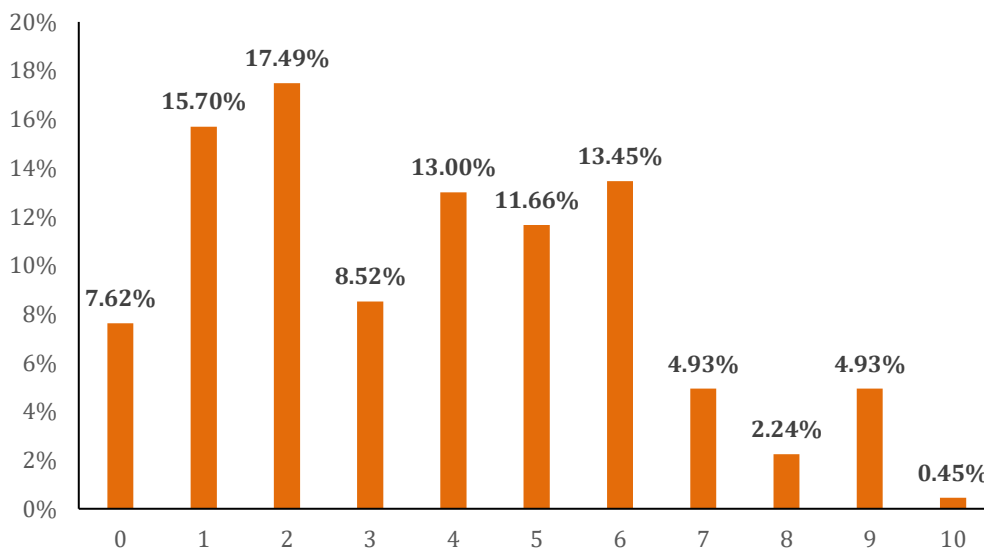


Figura 10. Distribución por puntaje de Escala ACEs

Evaluar la frecuencia del evento adverso en la Infancia en pacientes con depresión individualmente.

En la siguiente Figura 11 podemos observar cómo se distribuye cada evento adverso en la infancia en la población de estudio, encontrando que el evento que tuvo mayor presencia fue la Negligencia emocional, seguido de abuso emocional con un 47.53% y 46.64% respectivamente.

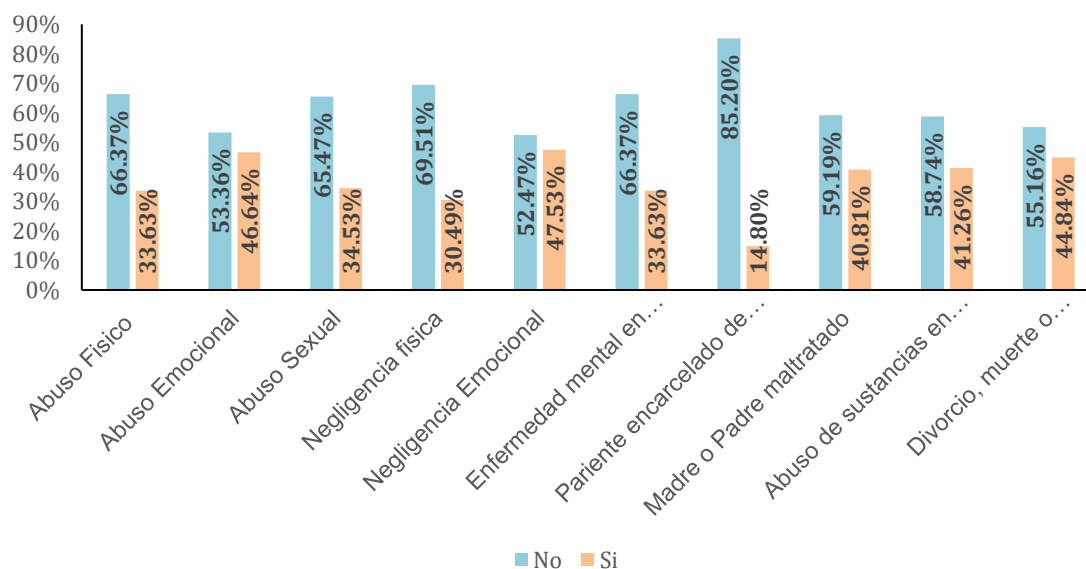


Figura 11. Distribución de eventos adversos en la infancia

Desglosando un poco estos resultados podemos observar en la Figura 12, la distribución de la variable abuso, observando que un 65.47% de la población estudiada presento ≥ 1 tipo de abuso (físico, emocional o sexual), y de estos el 13.90% presento los 3 tipos.

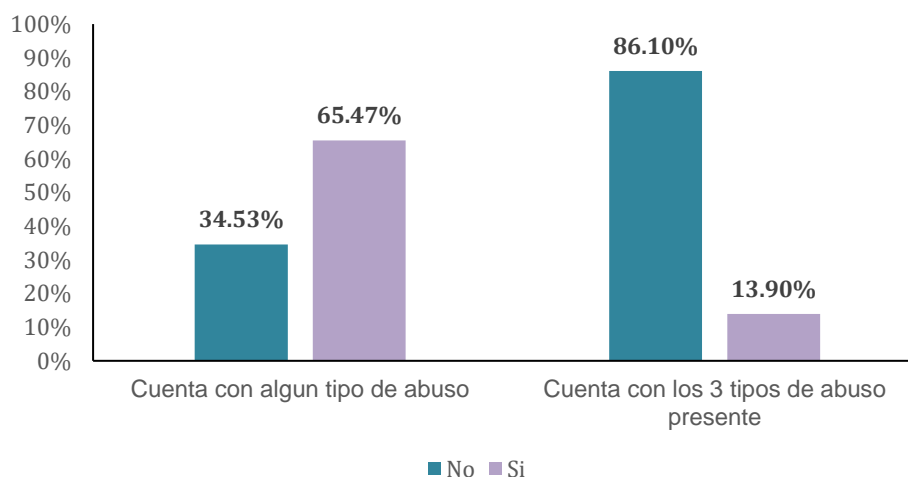


Figura 12. Distribución de Abuso

En cuanto a la variable de Negligencia encontramos que el 55.61% presento en su infancia algún tipo de negligencia (física o emocional) y el 22.42% presento ambos tipos. (Figura 13).

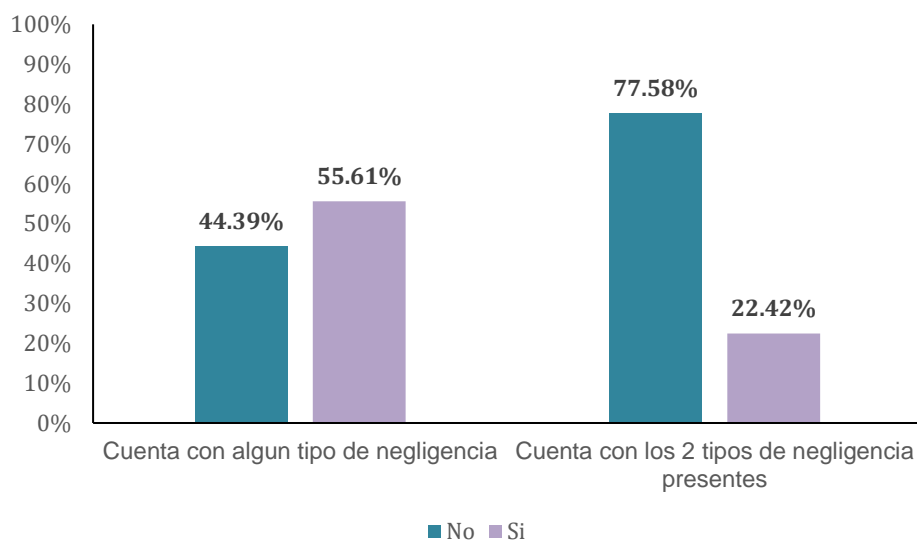


Figura 13. Distribución de Negligencia

En la variable de Disfunción en el hogar, la mayor frecuencia se presentó con ≥ 1 tipo de disfunción (Enfermedad mental en familiares de 1er grado, pariente encarcelado de 1er grado, madre o padre maltratado, abuso de sustancias en parientes de 1er grado o divorcio, muerte o separación de los padres) con un 76.23%, vs ningún tipo de disfunción con un 23.77%, así también se observó que un 2.24% presentaron los 5 tipos de disfunción en el hogar estudiados (Figura 14).

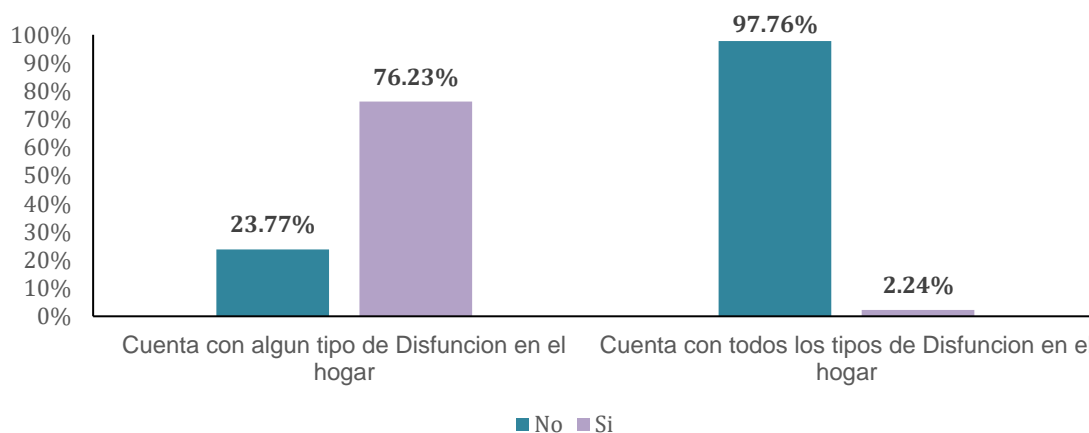


Figura 14. Distribución de Disfunción en el Hogar

Análisis de la asociación de los eventos adversos en la infancia con el diagnóstico de depresión.

En la asociación de los eventos adversos en la infancia con la depresión grave se realizó un análisis de regresión logística y en él se obtuvo la chi-cuadrada de Wald, junto con el valor de probabilidad mayor de chi-cuadrada el cual cuando su valor es menor o igual a 0.05 indica presencia de asociación con depresión, tal es el caso de la variable abuso sexual con un valor de 0.0359 y la variable Enfermedad mental en familiares de 1er grado con un valor de 0.0098 (Cuadro 1). Los valores de asociación, son dados por la razón de momios (Odds ratio) y se presentan en el Cuadro 1, en el cual podemos observar que la variable enfermedad mental en familiares de 1er grado presenta una asociación con la depresión grave en los pacientes estudiados de 3.629 con valores en el límite inferior del IC95% mayor a 1 lo que nos indica mayor seguridad del resultado. De hecho, fue la única variable con asociación a depresión grave.

En cuanto a la asociación entre el número de eventos adversos de la infancia con el tiempo de duración de los episodios depresivos, se construyó una tabla de doble entrada con 11 clases para eventos adversos de la infancia con valores de 0 a 10 y de 5 clases para tiempo de duración de los episodios depresivos, resultando una tabla de 11 x 5. No se pudo probar independencia dado que existieron 69% de las celdas con conteos menores de 5.

Cuadro 1. Evaluación del componente de eventos adversos en la infancia junto con valores de razón de momios con la depresión utilizando regresión logística.

Variable de estudio de asociación	chi-cuadrada de Wald	Pr> χ^2	OR	IC95%	
Sexo	1.6024	0.2056	0.537	0.205	1.407
Abuso físico	2.6943	0.1017	0.347	0.098	1.228
Abuso emocional	0.0013	0.9708	1.018	0.397	2.608
Abuso sexual	5.29	0.07	0.202	0.045	0.9
Negligencia física	1.9615	0.1614	0.405	0.114	1.434
Negligencia emocional	0.751	0.3862	1.522	0.589	3.934
Enfermedad mental en familiares de 1er grado	6.677	0.0098	3.629	1.365	9.648
Pariente encarcelado de 1er grado	0.0025	0.9602	<0.001	<0.001	>999.99
Madre o padre maltratado	1.799	0.1798	0.484	0.168	1.397
Abuso a sustancias en parientes de 1er grado	0.9375	0.3329	0.607	0.221	1.668
Divorcio, muerte o separación de los padres	0.4323	0.5109	1.371	0.535	3.515
Abuso 1	1.5087	0.2193	1.808	0.703	4.651
Negligencia 1	0.0187	0.8912	0.936	0.362	2.417
Disfunción 1	0.1184	0.7308	1.205	0.417	3.484

DISCUSIÓN

Diego C, et al. (2021), México. Se realizó un estudio para estimar cambios de prevalencia de síntomas depresivos e identificar los factores sociodemográficos asociados a estos, reportando una prevalencia de depresión en adultos jóvenes de 9.5% en el 2018 y una prevalencia de 18.3% en adultos de mediana edad en el mismo año, con una mayor detección en mujeres vs hombres (17.6% vs 8.8%). Al igual que en el presente estudio se pudo observar en los que la mayor frecuencia de pacientes con diagnóstico de depresión era del sexo femenino y la edad de mayor prevalencia fue de los 30-34 años la cual se incluye dentro del rango de edad para adulto de mediana edad.

En este estudio realizado a pacientes con diagnóstico de depresión de la UMF 28, se encontró que el 71.3% son población femenina, la mayor frecuencia por grupo de edad se encuentra entre los 30 y 34 años (47.98%), la mayor proporción de paciente tenían una escolaridad de licenciatura y preparatoria (35.29% y 33.94% respectivamente), estado civil más frecuente fue soltero (38.57%) seguida de casado (35.87%). Resultados similares se encontraron en el estudio de Verónica Vitrol. et al. (2017) en Chile quienes al investigar la asociación de los eventos adversos en la infancia con la depresión en adultos encontraron que el 86.8% era población femenina, con una edad promedio de 47 años, edad promedio del primer episodio fue a los 30.7 años, la mayor proporción eran de escolaridad media 27.9%, estado civil más frecuente fue casado (33.0%) seguido de soltero (24.3%).

Igualmente, Verónica Vitrol. et al. en el 2017 reportó que el 82% de la muestra refirió al menos un evento adverso en la infancia (EAI), 44.3% reportó 3 o más EAI, predominando ser testigo de violencia doméstica 49.5%, seguida de abuso de alcohol 48%, separación de padres 46.7%, abuso físico 44.9%, abuso sexual 33.2% (sin predominio de sexo). En la UMF 28 se encontró que el 92.38% de los pacientes entrevistados reportaban al menos 1 EAI y 59.19% con 3 o más EAI, entre las cuales el divorcio, muerte o separación de los padres se presentó en un 44.84%, abuso de sustancias en pariente de 1er grado 41.26%, madre o padre maltratado 40.81%, abuso sexual 34.53% (predominio femenino con un 88.31% sobre masculino con un 11.68%) y abuso físico 33.63%. Al comparar los resultados con los obtenidos en la UMF 28 podemos observar bastante similitud,

esto debido probablemente a las semejanzas en los aspectos sociodemográficos de ambas poblaciones. Solamente se encontró una diferencia marcada en la variable de abuso sexual, ya que en la UMF 28 sí se detectó diferencia por sexo, predominando el femenino, similar a lo que reportan otras literaturas. Así como también una diferencia en el EAI más reportado ya que el estudio de Verónica Vitrol, et al en su instrumento para EAI no exploró algunos eventos como la negligencia.

Felitti VJ, et al (1998) en Estados Unidos, realizó un estudio en donde se incluyeron más de 17 000 pacientes reportando que el 52% presentó al menos 1 EAI, y el 6.2% reportó ≥ 4 exposiciones, siendo el más prevalente el consumo de sustancias en el hogar (25.6%). En este estudio las mujeres reportaban más EAI que los hombres y también tuvieron mayor reporte de síntomas depresivos. De la muestra total 7,945 presentaron diagnóstico para depresión de los cuales el 52.08% presentó al menos 1 EAI, desglosando el 24.9% reportó 1 EAI (OR 1.5, IC95% 1.3-1.7), 13.03% reportó 2 EAI (OR 2.4, IC95% 2.0-2.8), 7.35% reportaron 3 EAI (OR 2.6, IC95% 2.1-3.2) y 6.8% reportaron 4 o más EAI (OR 4.6, IC95% 3.8-5.6). Lo anterior reportado discrepa de los resultados que obtuvimos en la UMF 28 ya que se observó que el EAI más prevalente fue la negligencia emocional (47.53%), seguida de abuso emocional (46.64), divorcio, muerte o separación de los padres (44.84%) y abuso de sustancias (41.26%). Es posible que esta diferencia este dada principalmente por los factores sociales, culturales y económicos de la población estudiada y que estos afecten en la presencia de diferentes tipos de EAI.

También se observó una diferencia significativa en la distribución de los EAI en la UMF 28 donde se reportó que un 92.38% de los pacientes con depresión presentaban al menos 1 EAI, de los cuales la mayor prevalencia reportada fue de 1 y 2 EAI con 15.70% y 17.49% respectivamente, así como los pacientes con 4 o más EAI con un 50.66%, por lo anterior podemos observar que en nuestra población la presencia de EAI era mayor que en el estudio de Felitti VJ, et al. Esto podría deberse a que en nuestro cuestionario se incluyen más tipos de EAI que en el estudio anterior donde solo se agrupan los EAI en 7 tipos, excluyendo la negligencia física, emocional y la separación, divorcio o muerte de los padres.

Alejandro Castillo, et al. (2016) Cali, Colombia, realizó un estudio sobre EAI en una muestra de pacientes con enfermedades crónicas utilizando la misma herramienta como cuestionario de EAI, el promedio de edad fue de 62 años, con un predominio por el sexo femenino 69.4%, la situación laboral al momento del estudio fueron pensionados (38.8%). Se reportó que el 75.7% de los pacientes con depresión refirieron presentar al menos 1 evento adverso en la infancia, sin embargo, reportan que no se encontró diferencia significativa estadística entre los pacientes con depresión clínica y los que no la presentaron en relación con la presencia de EAI ($p= 0.175$). Las EAIs más prevalentes fueron el abuso físico y la separación parental 32.2% en ambos casos, seguido del abuso emocional en 28.1%. El menos prevalente fue la negligencia física con 11.6%. Estos resultados varían en similitud con los encontrados en la población de la UMF 28 ya que el evento más reportado fue el de negligencia emocional, así como el abuso emocional, y el menos frecuente reportado fue pariente encarcelado. Esta diferencia podría estar dado por un sesgo en la memoria de los pacientes encuestados por Alejandro Castillo, et al. Ya que la mayor proporción de su población eran adultos mayores.

Rafael F, et al. (2018) Pontevedra, España. Realizó un estudio sobre el ecofenotipo en la depresión mayor: el papel del maltrato físico en la infancia, utilizando como instrumento la entrevista clínica de adversidad en la infancia (elaborada ad hoc) las cuales fueron empleadas en el cuestionario de ACEs. Se reportó que en las características sociodemográficas no había una diferencia entre los pacientes que reportaron maltrato y los que no (80% de los pacientes con maltrato físico fueron mujeres 78.8% sin maltrato físico fueron mujeres, 40% solteras 30% casadas con maltrato físico y el 40.4% solteras 28.8% casadas no referían maltrato físico). También se reportó que el 80% de las pacientes con depresión presentaron maltrato. Estos resultados discrepan en gran proporción a los obtenidos en la UMF 28 ya que en los pacientes con depresión grave el solo el 40% refirió maltrato ya sea físico o emocional. Estos resultados podrían estar discrepando en gran medida ya que la muestra de pacientes con depresión grave en nuestro estudio quedó sesgada por la gran proporción de diagnósticos de depresión mixta sin clasificación por gravedad.

Kristina W. et al. (2004) en Santiago, Chile. realizo un estudio sobre el maltrato infantil y la psicopatología del adulto el cual reporto que en los pacientes con diagnóstico de depresión el 85.7% refirieron al menos 1 EAI, 28.6% refirió 1 o 2 eventos y el 57.1% presento al menos 3 EAI. Resultados similares se encontraron la población de estudio de la UMF 28 donde el 92.38% refieren al menos 1 EAI, 33.19% reporta 1 o 2 EIA, y el 59.19% reporta 3 o más EAI.

CONCLUSIONES

El 71.3% de la población con depresión fueron mujeres, el rango de edad con mayor frecuencia fue el de 30-34 años, la mayor distribución en escolaridad fue licenciatura con un 35.29%, seguida de preparatoria, el estado civil más frecuente fue el soltero (38.57%).

La duración desde el diagnóstico más frecuente fue 5 años o más con un 34.98%. Se observó que en la población con depresión el 92.38% presentó al menos 1 EAI y un 59.19% presentó 3 o más EAI. El evento adverso en la infancia que más se presentó en la población fue el de negligencia emocional (47.53%), seguido de abuso emocional (46.64%) y separación, divorcio o muerte de los padres (44.84%).

En los pacientes con depresión, la EAI más prevalente fue la violencia emocional la cual incluye tanto la negligencia como el abuso, las cuales no se investigan de manera rutinaria en la consulta, ni se les da la importancia necesaria, por lo cual es de vital importancia detectar estas situaciones en los pacientes para otorgar una atención dirigida e individualizada a cada caso de manera multidisciplinaria, para otorgar un tratamiento adecuado.

RECOMENDACIONES

Se hace la recomendación a los médicos familiares de la UMF 28 de realizar la categorización del diagnóstico de depresión en los expedientes clínicos para tener una estadística correcta sobre la población con depresión en la unidad.

Por la complejidad clínica que se presenta en los pacientes con patología psiquiátrica adulta y antecedentes de experiencias adversas en la infancia, se recomienda realizar una atención diferenciada y dirigida en estos pacientes en la consulta familiar. De acuerdo a literatura se recomienda la capacitación a los médicos en el reconocimiento y abordaje multidisciplinario de las secuelas de los adultos con historia de EAI.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJL, Vos T. Carga global de enfermedad atribuible a trastornos mentales y por uso de sustancias: hallazgos del Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 9 de noviembre de 2013; 382:1575-1586. doi:10.1016/S0140-6736(13)61611-6.
2. M. Vega-Arcea, G. Nuñez-Ulloa. Experiencias Adversas en la Infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. *Enfermería Universitaria*. 18 de marzo de 2017; 14(2): 124-130. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.004>
3. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Publica Mex*. 2005; 47:14– 11.
4. Martin-Higarza Y. Impacto de las experiencias infantiles adversas en la calidad de vida en población adulta en situaciones de vulnerabilidad social. [Asturias, España]: Universidad de Oviedo; 2020.
5. Organización panamericana de la salud (OPS)/ Organización mundial de la salud (OMS). "Depresión: Hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. (Consultado: 18 octubre 2021). Disponible en [OPS/OMS | "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad \(paho.org\)](https://www.paho.org/es/temas/depresion)
6. Organización panamericana de la salud (OPS)/ Organización mundial de la salud (OMS). Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS; 2011.
7. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica Mex* 2013;55: 74-80.
8. Gil Y, Haro ME, Hernández C, Quiñones KA. Caracterización sociodemográfica de pacientes con invalidez laboral por depresión y trastorno ansioso depresivo. *Revista cubana de salud y trabajo* 2019; 20(2): 52-6

9. Gómez-Restrepo C, Tamayo-Martínez N, Bohórquez A, Rondon M, Medina-Rico M, Rengifo H, Bautista N, Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev colomb psiquiat.* 2016;45(S1):58–67
10. Centers for Disease Control and Prevention. Preventing Adverse Childhood Experiences: Leveraging the Best Available Evidence. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2019.
11. Sereno, L., & Camelo, S. Efecto de las experiencias adversas durante la niñez sobre la actividad electroencefalográfica en reposo: Una revisión sistemática. *Psychologia* 2020; 14(2), 81-94. <https://doi.org/10.21500/19002386.4888>
12. U.S. Department of Health & Human Services. Trauma and Adverse Childhood Experiences (ACEs) [Internet]. HEAD START National Center on Early Childhood Health and Wellness (ECLKC). 2021 [citado el 10 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/publication/trauma-adverse-childhood-experiences-aces>
13. American Psychiatric Association-APA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. Madrid: Editorial medica panamericana 2014; 5ta ed.
14. Reyes ACB, Rojas PRG. Diagnóstico y manejo de la depresión en niños y adolescentes en Atención Primaria [Internet]. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. 12 marzo 2019. [Citado 15 julio 2021]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/diagnostico-manejo-depresion-ninos-adolescentes/>
15. Pérez Esparza R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex.* 2017;60(5):7–16.
16. Pérez-Padilla EA, Cervantes-Ramírez VM, Hijuelos-García NA, Pineda-Cortés JC, Salgado-Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Rev Biomed.* 2017;28(2):73–98.

17. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (Ace) Study. *Am J Prev Med.* 1998;14(4), 245-258.
18. Vitriol V, Cancino A, Leiva-Bianchi M, Serrano C, Ballesteros S, Potthoff S, et al. Association between adverse childhood experiences with depression in adults consulting in primary care. *Rev Med Chil.* 2017;145(9):1145–53.
19. Sabando-Celorio M, Chavez-Vera M. Maltrato infantil intrafamiliar desde una perspectiva social. *Revista Científica MQRinvestigar* 2021; Vo.5-N.1, pp 120-136.
20. Arroyo E, López D, Zúñiga YV. Depresión en adultos jóvenes expuestos a violencia intrafamiliar durante la infancia. *PsicoEducativa: reflexiones y propuestas.* 2017;3(6):96–103.
21. De Anda Estrada. D. Eventos adversos en la infancia: secuelas en la adolescencia. *Revista Nthe, Edición especial.* junio de 2021;63–9, ISSN: 2007-9079.
22. Gonzalez Salinas S, Sánchez Moguel SM, Ramírez Jiménez N. Epigénesis: secuelas de una infancia adversa. *Rev digit univ [Internet].* 2019;20(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/codeic.16076079e.2019.v20n2.a1>
23. Alarcón Forero LA, Araújo Reyes AP, Godoy Díaz AP, Vera Rueda ME. Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. *Med UNAB.* julio de 2010; Vol. 13 Número 2, pp 103–15.
24. Maribel Vega-Arcea GN-U. Cribado de Cribado de las experiencias adversas en la infancia en preescolares: revisión sistemática. *Bol Med Hosp Infant Mex.* julio de 2017;74(6):385-396.
25. Irrarázaval M, Prieto F, Armijo J. Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta Bioeth.* 2016;22(1):37–50.
26. Folayan MO, Oginni O, Arowolo O, El Tantawi M. Internal consistency and correlation of the adverse childhood experiences, bully victimization, self-

esteem, resilience, and social support scales in Nigerian children. *BMC Res Notes*. 2020;13(1):331.

ANEXOS

Anexo. 1 Carta de no inconveniente



GOBIERNO DE
MÉXICO



ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA REGIONAL BAJA CALIFORNIA
Unidad de Medicina Familiar No. 28
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud



Mexicali Baja California a 03 de Diciembre de 2021

CARTA DE NO INCONVENIENTE

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 204

COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN

PRESENTE

Por este medio, me permito hacer de su conocimiento que estoy enterado de la propuesta de investigación titulada:

"Frecuencia de experiencias adversas durante la infancia y su relación con la depresión en población adulta de 20 a 34 años, adscrita a la UMF No. 28".

Que, de ser aprobada, no tengo inconveniente en que se lleve a cabo en la unidad médica familiar No. 28 para lo cual se designa a la Dra. Vanessa Johanna Caro con Matricula 99264825 adscrita a la unidad de medicina familiar Número 28 como investigador responsable, en la cual se hará un cuestionario y análisis de expedientes.

En caso de ser aprobado el proyecto, se brindaran todas las facilidades para el desarrollo del mismo.

Sin más por el momento, quedo atenta a sus comentarios


Atentamente:

Dr. José Ramiro Herrera López

Director de la unidad de medicina familiar No. 28 IMSS



Anexo. 2 Consentimiento informado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO		
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN		
Nombre del estudio:	"Detección de experiencias adversas durante la infancia relacionados con la depresión en el grupo de edad de 20 a 34 años, en la unidad de medicina familiar No. 28, Mexicali, Baja California".	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 28, IMSS, Mexicali, Baja California, enero a mayo del 2022.	
Número de registro:		
Justificación y objetivo del estudio:	Lo estamos invitando a formar parte de este estudio donde el objetivo principal es detectar la relación existente entre las experiencias adversas vividas en la infancia con la depresión en el grupo de edad de 20 a 34 años de la UMF No. 28 en Mexicali B. C. Se pretende identificar si durante su infancia vivió alguna experiencia que pudiera o no, predisponer a la presencia de depresión y a su gravedad.	
Procedimientos:	Usted fue seleccionado de forma al azar para aplicarle el cuestionario ACEs. Para que se sienta cómodo, en el área previa a su consulta o en el consultorio de la unidad, se le efectuarán preguntas sobre su edad, sexo, estado civil y escolaridad, ocupación. Después se le realizará el cuestionario llamado ACE, que consiste en contestar 10 preguntas. La encuesta son preguntas de carácter personal, contestará con una cruz o marca en el espacio que está al lado de cada pregunta en caso de que resulte afirmativo, en caso de respuesta negativa deberá dejar el espacio en blanco. Posteriormente sumará el número de respuestas afirmativas/marcadas y anotará el resultado en la parte inferior del cuestionario. La duración aproximada del estudio son 10 minutos y estará acompañado del personal de salud. Al término del cuestionario se le dará el resultado del mismo y posterior al término del análisis de datos, de acuerdo con los resultados obtenidos, se canalizará mediante su médico familiar al servicio de psicología para que se le otorguen las intervenciones correspondientes para su caso individualizado en caso de requerirlo.	
Posibles riesgos y molestias:	Se le hará saber al participante que podría haber un periodo de tiempo más prolongado al momento de la realizar la encuesta, la cual consiste en un cuestionario que indaga en temas de psicología por lo que esto representa un riesgo mínimo para la salud (Categoría II de acuerdo a la ley general de salud en materia de investigación para la salud).	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Con su cooperación en esta investigación usted contribuirá a la detección de factores de riesgo que podrían estar influyendo en el control de su enfermedad. Con esto lograríamos mejorar su calidad de vida, es decir apoyarle en un mejor apego al tratamiento, un mejor control, disminuir complicaciones, así como brindarle una atención más individualizada y multidisciplinaria.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le otorgará información actualizada sobre los beneficios que surjan durante la investigación que pudieran ser ventajosas para usted como paciente. Una vez terminado el estudio, si el resultado es el esperado, se le orientará sobre alternativas de tratamiento.	
Participación o retiro:	Su participación en el estudio es totalmente voluntaria, se le ha explicado ampliamente que usted decide libremente si participar o no en el estudio, por lo tanto, si posteriormente desea retirarse del estudio, lo podrá hacer en cualquier momento sin que se vea afectada su atención en el instituto.	
Privacidad y confidencialidad:	Usted entiende que su información personal no será pública ni se utilizará en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y se guardará siempre la confidencialidad de su información. Esto quiere decir que sus datos personales, respuestas o resultados no se compartirán con nadie sin que usted lo autorice, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.	
Declaración de consentimiento para la aplicación del cuestionario		
Después de haber leído y que se me aclararon todas mis dudas respecto a mi participación en este estudio:		
<input type="checkbox"/> NO autorizo que se me aplique el cuestionario		
<input type="checkbox"/> SI autorizo que se me aplique el cuestionario		
Declaración de consentimiento para la participación en el estudio:		
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas de este estudio:		
<input type="checkbox"/> No acepto participar en este estudio.		
<input type="checkbox"/> Si acepto participar en este estudio y que se tome la información necesaria solo para este estudio.		
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable	Dra. Vanessa Johanna Caro, Coordinadora de educación de la UMF No. 28 correo electrónico: vanessa.caro@mss.gob.mx	
Investigador Principal	Narda Yajaira Bobadilla Castro, Residente de medicina familiar, Sede UMF No. 28, Mexicali, Matrícula 97023414, correo electrónico: narda.bobadilla@gmail.com	
Colaboradores:	Itzel Sarmiento Molina, Médico Familiar de la UMF No. 28. Mat. 98021678. Correo electrónico: dra.itzelsarmiento@hotmail.com	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión Local de Ética de Investigación del CLIS 204 del IMSS: Blvd. Díaz Ordaz esquina Lázaro Cárdenas s/n La Mesa, Tijuana Baja California CP 22450. Tel. Conmutador 664 6296350 Ext.31315. Correo electrónico: antonio.molina@mss.gob.mx		
Nombre y firma del participante		Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma		_____ Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma
Clave: 2810-009-013		

Anexo. 3 Cuestionario para adultos de Experiencias adversas en la infancia

Nuestras relaciones y experiencias, incluso las de la infancia, pueden afectar nuestra salud y bienestar. Las experiencias difíciles de la infancia son muy comunes. Díganos si ha tenido alguna de las experiencias enumeradas a continuación, ya que pueden estar afectando su salud hoy o pueden afectar su salud en el futuro. Esta información lo ayudará a usted y a su médico a comprender mejor cómo trabajar juntos para apoyar su salud y bienestar.

Instrucciones: A continuación, hay una lista de 10 categorías de Experiencias Adversas en la Infancia (ACEs por sus siglas en inglés.) En la lista a continuación, coloque una marca (X) en la casilla junto a cada categoría de ACEs si experimentó lo leído ANTES DE CUMPLIR 18 AÑOS.

¿Sintió que no tenía suficiente para comer, tenía que usar ropa sucia o no tenía a nadie que lo protegiera o lo cuidara?	
¿Perdió a uno de sus padres a causa de divorcio, abandono, muerte u otra razón?	
¿Vivió con alguien que estaba deprimido, enfermo mental o intentó suicidarse?	
¿Vivió con alguien que tuvo problemas del alcohol y/o drogas, incluyendo medicamentos recetados?	
¿Sus padres o algún adulto en su casa alguna vez se golpearon o amenazaron con lastimarse?	
¿Vivió con alguien que fue a la cárcel o prisión?	
¿Alguna vez uno de sus padres o algún adulto en su casa le ha insultado o menospreciado?	
¿Alguno de sus padres o algún adulto en su hogar alguna vez lo golpeó, pateó o lastimó físicamente de alguna manera?	
¿Sintió que nadie en su familia lo quería o pensaba que era especial?	
¿Experimentó contacto sexual no deseado (como manosear / penetración oral / anal / vaginal)?	
Su calificación ACE es el número total de respuestas marcadas	

¿Usted cree que estas experiencias han afectado a su salud?



No mucho



Algo



Mucho

Las experiencias en la infancia son solo una parte de la historia de vida de una persona. Hay muchas maneras de sanar a lo largo de nuestra vida.

Hágale saber a su médico saber si tiene preguntas sobre privacidad o confidencialidad.

Anexo. 4 Hoja de recolección de datos

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS			
No. De control interno _____		NSS: _____	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS			
Edad: _____			
Sexo. 1. Masculino () 2. Femenino ()			
Escolaridad	1. Ninguna () 2. Primaria () 3. Secundaria () 4. Preparatorio () 5. Licenciatura () 6. Técnica ()	Estado civil	1. Soltero (a) [] 2. Unión libre [] 3. Divorciado o separado (a) [] 4. Casado (a) [] 5. Viudo (a) [] 6. Otro []
Ocupación:	1. Operador () 2. Administrativo () 3. Negocio propio () 4. Trabajador de gobierno () 5. Otro () _____		
Cuestionario de Experiencias Adversas en la infancia (ACEs)			
Puntos: _____			
Tipo de experiencia adversa en la infancia			
Abuso:			
1. Si presentó abuso Físico ()			
2. Si presentó abuso Emocional ()			
3. Si presentó abuso Sexual ()			
4. No presenta ()			
Negligencia:			
5. Si presento negligencia Física ()			
6. Si presento negligencia Emocional ()			
7. No presentó negligencia ()			
Disfunción en el hogar:			
8. Si presentó Enfermedad mental en familiares de primer grado. ()			
9. Si presento pariente encarcelado de primer grado ()			
10. Si presentó madre o padre maltratado ()			
11. Si presentó abuso de sustancias en pariente de primer grado ()			
12. Si presento divorcio, muerte o separación de los padres ()			
13. No presento presentó disfunción en el hogar ()			
Trastorno Depresivo			
Tiempo de evolución: _____	Clasificación de severidad:		
	1. F32.0 Episodio depresivo Leve		
	2. F32.1 Episodio depresivo Moderado		
	3. F32.2 Episodio depresivo Grave sin síntomas psicóticos		
	4. F32.3 Episodio depresivo Grave con síntomas psicóticos		
	5. F32.8 Otros episodios depresivos		
	6. F32.9 Episodio depresivo, no especificado		
	7. F41.2 Trastorno mixto de ansiedad y depresión.		

Anexo. 5 cronograma de actividades

ACTIVIDAD	Junio - Dic 2021	Dic 2021 - May 2022	May - Nov 2022	Nov 2022 - Ene 2023	Ene - Mar 2023	Abr 2023	May 2023	Junio 2023
Elaboración del protocolo								
Envío de protocolo para evaluación por comités								
Desarrollo del proyecto								
Capturas de datos								
Análisis de resultados								
Reporte final								
Entrega a los asesores								



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CARTA DE DICTAMEN DE LA EVALUACIÓN DE LA FASE ESCRITA DEL
TRABAJO TERMINAL

Mexicali, B.C., a 22 de junio de 2023.

Los abajo firmantes, miembros del Jurado Dictaminador del trabajo terminal titulado "Frecuencia de experiencias adversas durante la infancia y su relación con la depresión en población adulta de 20 a 34 años, adscrita a la UMF No. 28", que para obtener el Diploma de **Especialidad en Medicina Familiar**, presenta el(la) C. **Narda Yajaira Bobadilla Castro**, una vez concluida la evaluación correspondiente, hemos resuelto APROBADO.


Dra. Carmen Gorety Soria Rodríguez
Presidente


Dra. Vanessa Johanna Caro
Sinodal


Dra. Lourdes Viridiana Soto Zavala
Sinodal


Dr. Alberto Barreras Serrano
Sinodal


Dra. Graciela Guadalupe López López
Secretario