

## Experiencias infantiles adversas y síntomas depresivos en una unidad de medicina familiar en Michoacán

### *Adverse Childhood Experiences and Depressive Symptoms in a Family Medicine Unit in Michoacán*

Yunuen Moreno-Guzmán,\* Paula Chacón-Valladares,\* Naima Lajud-Ávila.\*\*

#### **Resumen**

**Objetivo:** determinar la frecuencia de experiencias infantiles adversas y su relación con la presencia de síntomas depresivos en una unidad de medicina familiar en Michoacán. **Métodos:** se realizó un estudio transversal y analítico en 139 participantes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se aplicó el cuestionario internacional de experiencias infantiles adversas (ACE-IQ) y el inventario de depresión Beck II. Se utilizó estadística descriptiva y la prueba de  $\chi^2$ . Se realizó regresión logística por pasos para confirmar asociaciones. **Resultados:** 88.5% de la muestra reportó al menos una experiencia infantil adversa, mientras que 59% reportó tres o más. La frecuencia de síntomas depresivos fue de 29.5% y 97.6% de los participantes con síntomas depresivos reportaron al menos una experiencia infantil adversa. El análisis de regresión logística mostró que el abuso físico, el abuso emocional y la situación laboral predicen para la presencia de síntomas depresivos. **Conclusión:** la frecuencia de experiencias infantiles adversas es más alta que la reportada en otros estudios y se asocia con la presencia de síntomas depresivos en el adulto.

**Palabras clave:** estrés, estrés durante la vida temprana, maltrato infantil, depresión, experiencias infantiles adversas

Sugerencia de citación: Moreno-Guzmán Y, Chacón-Valladares P, Lajud-Ávila N. Experiencias infantiles adversas y síntomas depresivos en una unidad de medicina familiar en Michoacán. *Aten. Fam.* 2023;30(2):143-152. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2023.2.85032>

Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Recibido: 23/06/2022

Aceptado: 26/10/2022

\*Unidad de Medicina Familiar No. 80, Instituto Mexicano del Seguro Social. Morelia, Michoacán, México.

\*\*Laboratorio de Neurobiología del Desarrollo, División de Neurociencias, Centro de Investigación Biomédica de Michoacán, Instituto Mexicano del Seguro Social. Morelia, Michoacán, México.

Correspondencia:

Naima Lajud  
naima.lajud@imss.gob.mx, naima-  
lajud@yahoo.com.mx

## Summary

**Objective:** To determine the frequency of adverse childhood experiences and their relation with the presence of depressive symptoms in a Family Medicine unit in Michoacán. **Methods:** cross-sectional analytical study carried out in 139 participants assigned to the Family Medicine Unit No. 80 of the Mexican Institute of Social Security. The Adverse Childhood Experiences - International Questionnaire (ACE-IQ) and the Beck Depression Inventory-II were applied. Descriptive statistics and the  $\chi^2$  test were used. To confirm associations the Stepwise Logistic Regression was performed. **Results:** 88.5% of the sample reported at least one adverse childhood experience, while 59% reported three or more. The frequency of depressive symptoms was 29.5%, and 97.6% of participants with depressive symptoms reported at least one adverse childhood experience. Logistic regression analysis showed that physical and emotional abuse, and employment status predicted for the presence of depressive symptoms. **Conclusion:** frequency of adverse childhood experiences is higher than reported in other studies, and is associated with the presence of depressive symptoms in adults.

**Keywords:** Stress; Early life stress; Child Abuse; Depression, Adverse Childhood Experience

## Introducción

La depresión es un padecimiento grave que afecta negativamente la manera de sentir, pensar y actuar de los pacientes y repercute directamente en su funcionamiento familiar, social y laboral.<sup>1</sup> La organización mundial de la salud (OMS) estima que los trastornos neuropsiquiátricos representan 28% del global de las enfermedades. De estos, un tercio es cau-

sado por el trastorno depresivo; por lo que se infiere que existen aproximadamente 350 millones de personas afectadas por depresión en el mundo. En México, la encuesta epidemiológica de salud mental del 2003 mostró que la depresión tenía una prevalencia del 7.9%.<sup>2</sup> La OMS señaló que a partir del 2020, la depresión se convertiría en 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, se sabe que la prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en las mujeres que en los hombres.<sup>3</sup> 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.<sup>4</sup>

La OMS define las experiencias infantiles adversas (EIA) como “situaciones altamente estresantes que, vividas en la infancia, tienen repercusiones en la vida adulta”, e incluyen el abuso, la negligencia, la disfunción familiar, el acoso escolar y la violencia colectiva o social.<sup>5</sup> La exposición a las EIA es una forma de estrés crónico que perturba el bienestar de los niños, afecta el desarrollo temprano de la niñez y repercute a lo largo de toda la vida.<sup>6</sup> Se ha observado que los individuos que presentan depresión reportan una alta incidencia de EIA.<sup>7,8</sup> Adicionalmente, varios estudios han demostrado que las EIA también son factores de riesgo para enfermedades como la obesidad, el alcoholismo, la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión sistémica, las infecciones de transmisión sexual, el síndrome de estrés postraumático, los intentos de suicidio y la muerte prematura.<sup>6,9-14</sup>

En 1998, Felitti y cols.<sup>15</sup> desarrollaron un cuestionario enfocado a cuantificar las EIA (cuestionario ACE, por sus siglas en inglés) que consistió en diez

preguntas que abarcaban tres dominios principales: el abuso, la negligencia y la disfunción familiar. Desde entonces, este cuestionario ha sido utilizado ampliamente alrededor del mundo como una herramienta útil para estudiar la extensión de las EIA y sus consecuencias;<sup>6,9-14</sup> sin embargo, recientemente la OMS consideró que la versión original del cuestionario no incluía otras formas perniciosas de EIA como la pobreza o la violencia social; por lo que realizó importantes modificaciones a la estructura del cuestionario, para incluir el análisis de estos dominios.

Las EIA en la población mexicana han sido poco estudiadas y los trabajos existentes se enfocan principalmente en poblaciones vulnerables.<sup>9,16</sup> En 2018, un estudio llevado a cabo en migrantes residentes de la ciudad de Tijuana mostró que existe una relación entre las EIA y la presencia de síntomas depresivos.<sup>17</sup> No obstante, este estudio tiene algunas limitaciones ya que fue elaborado utilizando la versión no actualizada del cuestionario de EIA. Por tal motivo, el objetivo del presente trabajo fue determinar la frecuencia de las EIA y su relación con la presencia de síntomas depresivos en una unidad de medicina familiar en Michoacán, utilizando la versión actualizada del cuestionario ACE-IQ.

## Métodos

Se realizó un estudio transversal analítico en 139 participantes mayores de diecinueve años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Morelia, Michoacán, México, de ambos sexos, durante el periodo comprendido entre noviembre del 2020 y junio del 2021. El reclutamiento se llevó a cabo en las salas de espera y la

fila del laboratorio clínico de la unidad. Se consideraron como criterios de exclusión a aquellos participantes que fueran analfabetas, con discapacidad para leer o escribir, con cáncer, pacientes con lesiones cerebrales, pacientes con alteraciones neuropsiquiátricas que impidieran contestar los cuestionarios y pacientes embarazadas. Después de obtener el consentimiento informado, los participantes fueron llevados a un aula donde se les solicitó responder los cuestionarios.

Se obtuvo un censo de 164,300 derechohabientes mayores de diecinueve años en la unidad y se calculó una muestra de 139 participantes utilizando la fórmula para poblaciones finitas (nivel de confianza de 95 %, error tolerado de 0.08%)

Para evaluar las EIA se utilizó el cuestionario internacional de experiencias infantiles adversas ACE-IQ, actualizado por la OMS en el 2018<sup>18</sup> y validado en español por Swingen en 2020.<sup>19</sup> Éste consta de 43 ítems clasificados en 6 dominios (preguntas centrales, matrimonio, padres/tutores, familiares, abuso, violencia). El ACE-IQ tiene como objetivo evaluar los diferentes tipos de EIAS (abuso, negligencia, disfunción en el hogar, violencia entre compañeros [*bullying*], violencia social y comunitaria) en personas mayores de dieciocho años. El cuestionario se respondió en una escala binaria (sí / no) de acuerdo con las instrucciones de las OMS.<sup>18,19</sup> De igual forma, se evaluó la frecuencia de las EIA de forma acumulada considerando cero EIA, una EIA, dos EIA, o tres o más EIA ( $\geq 3$ ).

Se utilizó la versión en español del inventario de depresión de Beck (IDB2) para determinar presencia de síntomas depresivos, con un punto de corte  $<14$ . Este cuestionario, fue validado en México por González en 2015<sup>20</sup> y consta de 21 ítems, cada ítem se evalúa de 0 a 3 puntos

cada categoría, los puntos de corte para determinar el grado de depresión se clasifican en: depresión mínima (0-13 puntos), depresión leve (14-19 puntos), depresión moderada (20-28 puntos) y depresión severa (29-63 puntos).

Se evaluó el estrato socioeconómico como variable de control de acuerdo con lo reportado en el método de Graffar-Méndez Castellanos.<sup>21</sup> Éste consiste en un cuestionario de cuatro preguntas en el que se evalúa la profesión del jefe de familia, el grado de instrucción de la madre, la principal fuente de ingreso familiar y las condiciones de vivienda. Las respuestas a cada pregunta se evaluaron con una puntuación de 1 a 5 y la sumatoria de estos puntajes permitió clasificar el ESE. Se consideró que el puntaje 1-4 correspondía a ESE I (crítico), el nivel II (obrero) fue de 7-9, el nivel III (medio bajo), de 10 a 12, el nivel IV (medio alto), de 13-16 y los puntajes mayores a 17 fueron considerados como ESE V (alto).

Las variables cuantitativas se describieron utilizando la mediana y el rango intercuartil (RIQ); los datos categóricos se expresaron como frecuencias (%). Se calculó el alfa de Cronbach del cuestionario ACE-IQ. La prueba de normalidad se realizó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov utilizando el programa de análisis estadístico GraphPad Prism 8.0. Se realizó un análisis de  $\chi^2$  de Pearson para evaluar las diferencias entre las variables cualitativas dicotómicas y se utilizó la razón de momios (RM) para calcular el riesgo con un intervalo de confianza (IC) de 95%. Se realizó regresión logística binomial con selección escalonada hacia adelante para predecir la posibilidad de una asociación entre las EIA y los síntomas depresivos; se utilizó el programa de análisis estadístico IBM SPSS Statistics v25. Todos los modelos se

ajustaron considerando las características demográficas no modificables incluida la edad y el sexo. La significancia estadística se consideró si el valor de  $p < 0.05$ .

Todos los procedimientos utilizados en el presente estudio se apegaron a los estándares éticos de los lineamientos para la realización, elaboración de informes, edición y publicación de trabajos académicos en revistas médicas publicados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas; así como a la Ley General de Salud en el Campo de la Investigación en Salud y la Declaración de Helsinki de 1975 y sus modificaciones. El estudio fue aprobado por el comité local de investigación en salud (1601) del IMSS (R-2020-1602-021) y se adhirió a los estándares de informes de investigación reconocidos y las directrices de la declaración STROBE.

## Resultados

La mediana de edad en la muestra fue de 48 años (RIQ: 35-56), estuvo conformada por 42.5% ( $n=82$ ) de participantes del sexo femenino y 29.5% ( $n=57$ ) del sexo masculino; 42% ( $n=81$ ) participantes reportó que se identificaban con el género femenino y 30.1% ( $n=58$ ) con el género masculino. No hubo reportes de participantes que se identificaran con género no binario o LGBTQ+. Las características sociodemográficas de la muestra se presentan en la tabla 1. La etnicidad predominante de la muestra fue hispana, latina o mestiza. 3.6% ( $n=7$ ) de los participantes reportó ser hijo de padres que hablan una lengua indígena; no obstante, solo una proporción se identificó como miembro de una comunidad indígena, ver tabla 1. No hubo reportes de personas que se identificaran como afrodescendientes o de etnicidad asiática.

Se calculó la fiabilidad del cuestionario ACE-IQ y se obtuvo un valor de alfa de Cronbach de 0.86. Los resultados mostraron que la mayoría de los participantes reportaron al menos una EIA al utilizar el cuestionario ACE-IQ actualizado (ver figura 1A). La mediana del puntaje en el cuestionario ACE-IQ fue de 3 puntos (RIQ: 2-5). Al analizar la frecuencia de las EIA de forma acumulada (ver figura 1B), se observó que más de la mitad de los participantes reportaron un puntaje EIA alto ( $\geq 3$ ). No se observaron asociaciones entre las EIA y el sexo, el género, o las características sociodemográficas de la muestra ( $p > 0.05$ ). 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 el abuso emocional (ver figura 1C).

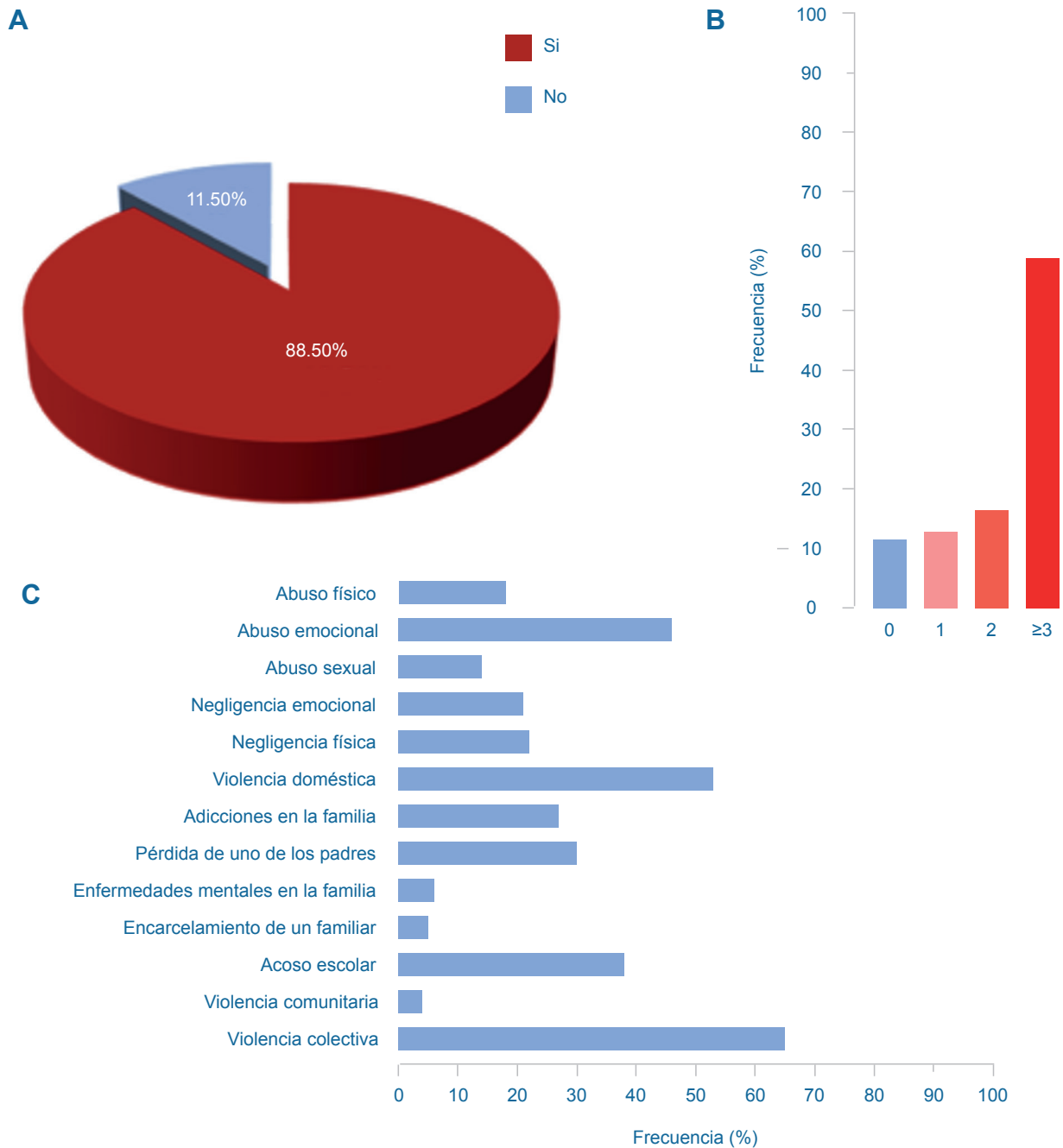
La frecuencia de síntomas depresivos se muestra en la figura 2A. Al analizar la severidad de los síntomas depresivos presentes en la muestra, (ver figura 2B), los datos mostraron que los síntomas depresivos leves fueron los más frecuentes. El análisis estadístico indicó una asociación significativa entre la presencia de síntomas depresivos y la situación laboral  $\chi^2 (6, N = 139) = 16.20, p=0.01$ . Las personas que se dedicaban al hogar mostraron un mayor riesgo de presentar síntomas depresivos (48.1%,  $n= 13$ , RM: 2.3, IC95% 1.2-7.3) todas ellas reportaron identificarse con el género femenino.

Se analizó la presencia de EIAs en los participantes que reportaron síntomas depresivos, ver figura 3. Los datos mostraron que una gran proporción de estos reportaron más de tres EIAs. El análisis estadístico mostró una asociación

**Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra**

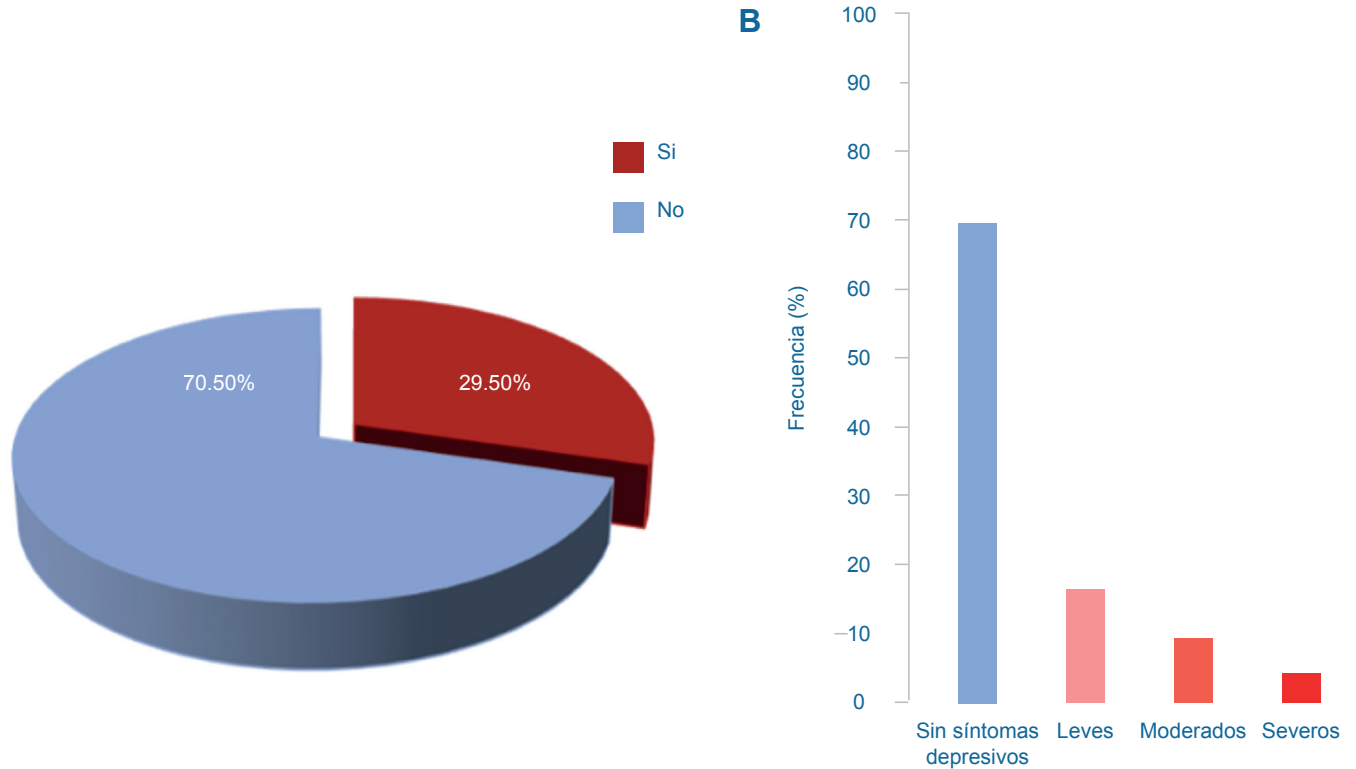
|                                     | Total (N= 139) |       | Sexo             |       |                  |       | $\chi^2$                     |
|-------------------------------------|----------------|-------|------------------|-------|------------------|-------|------------------------------|
|                                     |                |       | Femenino (N= 81) |       | Masculino (N=58) |       |                              |
|                                     | n              | %     | n                | %     | n                | %     |                              |
| <b>Escolaridad</b>                  |                |       |                  |       |                  |       |                              |
| Sin educación formal                | 2              | 1.4%  | 2                | 2.5%  | 0                | 0.0%  | 4.3<br>(gl= 5)<br>$p= 0.49$  |
| Primaria                            | 20             | 14.4% | 11               | 13.6% | 9                | 15.5% |                              |
| Secundaria                          | 50             | 36.0% | 31               | 38.3% | 19               | 32.8% |                              |
| Bachillerato                        | 39             | 28.1% | 23               | 28.4% | 16               | 27.6% |                              |
| Licenciatura                        | 21             | 15.1% | 12               | 14.8% | 9                | 15.5% |                              |
| Posgrado                            | 7              | 5.0%  | 2                | 2.5%  | 5                | 8.6%  |                              |
| <b>Estrato socioeconómico</b>       |                |       |                  |       |                  |       |                              |
| I (crítico)                         | 8              | 5.8%  | 3                | 3.7%  | 5                | 8.6%  | 1.3<br>(gl= 3)<br>$p= 0.72$  |
| II (obrero)                         | 59             | 42.4% | 33               | 40.7% | 26               | 44. % |                              |
| III (medio bajo)                    | 53             | 38.1% | 36               | 44.4% | 17               | 29.3% |                              |
| IV (medio alto)                     | 18             | 12.9% | 9                | 11.1% | 9                | 15.5% |                              |
| V (Alto)                            | 1              | 0.7%  | 0                | 0.0%  | 1                | 1.7%  |                              |
| <b>Etnicidad</b>                    |                |       |                  |       |                  |       |                              |
| Hispana/latina/mestiza              | 129            | 66.8% | 75               | 92.6% | 54               | 93.1% | 4.3<br>(gl= 5)<br>$p= 0.49$  |
| Indígena                            | 3              | 1.6%  | 2                | 2.5%  | 1                | 1.7%  |                              |
| Blanca                              | 3              | 1.6%  | 1                | 1.2%  | 2                | 3.4%  |                              |
| No declarada                        | 4              | 2.1%  | 3                | 3.7%  | 1                | 1.7%  |                              |
| <b>Ocupación</b>                    |                |       |                  |       |                  |       |                              |
| Empleado                            | 71             | 51.1% | 40               | 49.4% | 30               | 51.1% | 27.6<br>(gl= 6)<br>$p<0.001$ |
| Negocio propio                      | 16             | 11.5% | 5                | 6.2%  | 11               | 11.5% |                              |
| Estudiante                          | 6              | 4.3%  | 4                | 4.9%  | 2                | 4.3%  |                              |
| Hogar                               | 26             | 18.7% | 25               | 30.9% | 1                | 18.7% |                              |
| Desempleado, pero puede trabajar    | 14             | 10.1% | 5                | 6.2%  | 9                | 10.1% |                              |
| Desempleado, pero no puede trabajar | 3              | 2.2%  | 0                | 0.0%  | 3                | 2.2%  |                              |
| No declarada                        | 3              | 2.2%  | 2                | 2.5%  | 1                | 2.2%  |                              |

**Figura 1. Frecuencia de experiencias infantiles adversas (EIA)**



Gráficas que muestran la frecuencia (%) de A) reportar al menos una EIA, B) las EIA acumuladas, y C) cada una de sus categorías.

**Figura 2. Frecuencia de síntomas depresivos**



Gráficas que muestran la frecuencia (%) de A) síntomas depresivos en la muestra, y B) la severidad de los síntomas depresivos reportados en el inventario de depresión de Beck II.

significativa entre los síntomas depresivos y las EIA acumuladas  $\chi^2 (3, N= 139) = 11.75, p= 0.008$ .

Posteriormente se analizó la asociación entre la presencia de síntomas depresivos y cada una de las categorías de EIA por separado. El análisis estadístico reveló que los tres tipos de abuso (emocional, físico y sexual), la negligencia física y el acoso escolar mostraron una asociación significativa con la presencia de depresión, ver tabla 2.

Se utilizó un modelo de regresión logística por pasos para confirmar las asociaciones entre las EIA y los síntomas depresivos. El modelo de regresión logística fue estadísticamente significativo  $\chi^2$

(1) = 19.16,  $p < 0.001$ . El modelo explicó 25% (Nagelkerke  $R^2$ ) de la varianza en los síntomas depresivos y clasificó correctamente 76.3% de los casos. El modelo indicó que el abuso físico, el abuso emocional, y la situación laboral fueron factores que predicen para la presencia de síntomas depresivos, ver tabla 2.

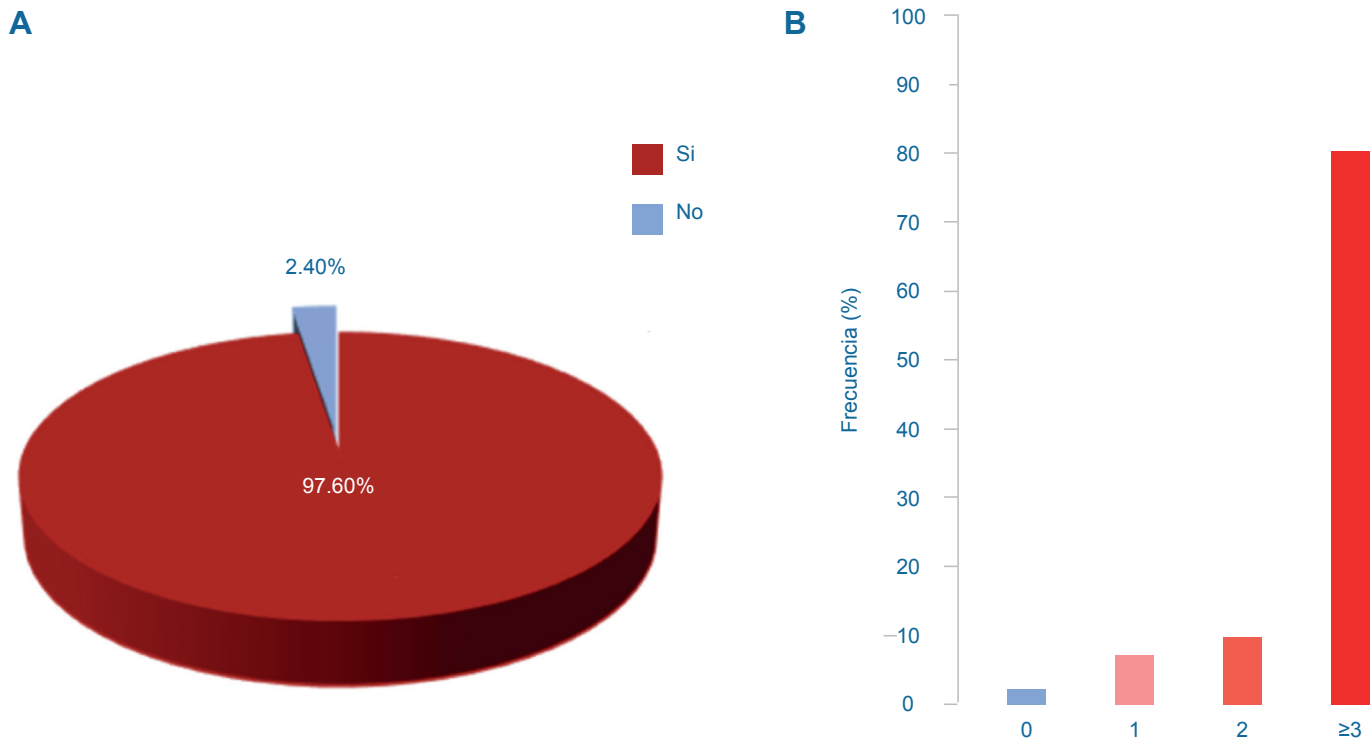
### Discusión

Las EIA son factores de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas o mentales como la depresión en la vida adulta;<sup>22</sup> no obstante, esta relación ha sido poco estudiada en la población mexicana. En el presente trabajo se utilizó por primera vez el cuestionario ACE-IQ en la población

mexicana y se observó que 88.5 % de la población reportó al menos una EIA y que más de la mitad de los participantes reportaron un puntaje EIA alto ( $\geq 3$ ). Adicionalmente, el análisis de regresión logística mostró que el abuso emocional es el principal predictor para síntomas depresivos. Los resultados de esta investigación revelaron la importancia de la relación que existe entre las EIA y la depresión en la población mexicana adulta.

Si bien la frecuencia de las EIAS en la población mexicana había sido previamente estudiada utilizando el cuestionario ACE reportado por Felitti y cols.<sup>15</sup> en 1998; el cuestionario ACE-IQ actualizado por la OMS no había sido

**Figura 3. Frecuencia de experiencias infantiles adversas (EIA) en los participantes con síntomas depresivos**



Gráficas que muestran la frecuencia (%) de A) reportar al menos una EIA, y B) las eia acumuladas en los participantes que reportaron una puntuación mayor a 14 en el inventario de depresión de Beck II.

utilizado en la población mexicana. Este cuestionario fue recientemente traducido y validado en español por Swingen en 2020 utilizando una muestra de participantes latinos residentes en Estados Unidos (EU).<sup>19</sup> En congruencia con este estudio, el presente trabajo reportó un valor de alfa de Cronbach de 0.86, lo cual se encuentra dentro de los parámetros de fiabilidad aceptables.

Los resultados indicaron que cerca de 90% de la muestra reportó al menos una EIA. Estos datos son mucho mayores que lo reportado en países más desarrollados económicamente como EU (57.8%) o Alemania (43.7%).<sup>23,24</sup> En congruencia con los datos aquí presentados, 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%.<sup>17</sup> No obstante, estos datos son controversiales, ya que se ha observado que la frecuencia de EIA en mujeres mexicanas es cercana a 60%.<sup>9,16</sup> En conjunto, estos datos podrían sugerir que las diferencias entre los resultados reportados en los diferentes estudios, y lo observado aquí, podrían ser causadas por una distribución diferencial de las EIA de acuerdo con el sexo/género; aunque esto es poco probable dado que en el presente trabajo no encontramos una asociación significativa entre el sexo/género y la frecuencia de

EIA. Otra posibilidad para explicar estas discrepancias es que dichos estudios se realizaron utilizando el cuestionario ACE de 10 categorías que no incluye la violencia colectiva.

Se observó que la EIA más frecuente fue la violencia colectiva. Como se mencionó previamente, a la fecha no existen estudios en México que utilicen la versión actualizada del cuestionario ACE-IQ, por lo que los estudios realizados no consideraban la violencia comunitaria dentro de las categorías de EIA evaluadas. A pesar de esto, la alta prevalencia de violencia comunitaria observada en la muestra se encuentra en concordancia con los datos estadísticos sobre violencia colectiva y

**Tabla 2. Asociación de las experiencias infantiles adversas (EIA) con la depresión y modelo de regresión logística por pasos**

|   | Síntomas depresivos<br>% | Análisis |            |            |       |
|---|--------------------------|----------|------------|------------|-------|
|   |                          | $\chi^2$ | RM         | IC 95%     | p     |
| ≥ 1 EIA                                 | 97.6                     | 4.69     | 1.15       | 1.04-1.26  | 0.022 |
| ≥ 3 EIA                                 | 80.5                     | 11.10    | 1.43       | 1.17-1.76  | 0.001 |
| Abuso físico                            | 34.1                     | 10.29    | 3.04       | 1.51-6.1   | 0.003 |
| Abuso emocional                         | 68.3                     | 11.58    | 1.8        | 1.33-2.59  | 0.001 |
| Abuso sexual                            | 24.4                     | 5.66     | 2.65       | 1.16-6.05  | 0.028 |
| Negligencia emocional                   | 24.4                     | 0.44     | 1.25       | 0.64-2.46  | 0.502 |
| Negligencia física                      | 34.1                     | 4.70     | 1.96       | 1.07-3.60  | 0.043 |
| Violencia doméstica                     | 63.4                     | 2.70     | 1.32       | 0.96-1.80  | 0.136 |
| Adicciones en la familia                | 34.1                     | 1.68     | 1.45       | 0.83-2.53  | 0.211 |
| Pérdida de uno de los padres            | 41.5                     | 4.00     | 1.69       | 1.02-2.80  | 0.066 |
| Enfermedades mentales en la familia     | 7.3                      | 0.26     | 1.43       | 0.35-5.72  | 0.693 |
| Encarcelamiento de un familiar          | 7.3                      | 0.63     | 1.79       | 0.42-7.65  | 0.421 |
| Acoso escolar                           | 53.7                     | 5.94     | 1.69       | 1.12-2.54  | 0.021 |
| Violencia comunitaria                   | 7.3                      | 1.26     | 2.3        | 0.50-11.35 | 0.360 |
| Violencia colectiva                     | 78                       | 4.51     | 1.31       | 1.04-1.66  | 0.051 |
| Modelo de regresión logística por pasos |                          |          |            |            |       |
| Variable                                | Wald                     | RM       | IC 95%     | p          |       |
| Abuso físico                            | 8.47                     | 2.67     | 1.003-7.15 | 0.049      |       |
| Abuso emocional                         | 8.47                     | 3.52     | 1.50-8.2   | 0.004      |       |

EIA: experiencias infantiles adversas, RM: razón de momios, IC 95% intervalo de confianza 95%

migración reportados durante el periodo en que la mayoría de los participantes eran menores de dieciocho años.<sup>25</sup>

En este estudio, la categoría de EIA más frecuente después de la violencia colectiva fue el abuso físico; se ha observado que en EU la categoría más prevalente fue el abuso emocional con 34.42%.<sup>26</sup> De forma similar a lo observado aquí, estudios previos llevados a cabo en mujeres y migrantes en México mostraron que el abuso físico es la categoría de EIA más frecuente.<sup>9,16,17</sup>

Los datos indicaron que 29.5% de la muestra reportó síntomas depresivos y que la depresión leve fue la forma más frecuente. Si bien estos datos son

mayores a lo reportado por la OMS, por la Encuesta Nacional de Comorbilidad en México en adultos y por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP),<sup>27-29</sup> estos resultados se encuentran en concordancia con lo previamente reportado al analizar la frecuencia de depresión leve en países de Latinoamérica.<sup>30</sup> Es importante señalar que este estudio se llevó a cabo de noviembre 2020 a junio de 2021; lo cual coincidió con el periodo de confinamiento por 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.<sup>31</sup> Esto permite suponer que la frecuencia de depresión observada en este estudio pudiera estar asociada a las condiciones sanitarias ocasionadas por la pandemia.

Al analizar la relación entre las EIA y los síntomas depresivos, el análisis estadístico mostró que existe una asociación significativa entre la presencia de síntomas depresivos y haber reportado EIA. También se observó que los tres tipos de abuso, la negligencia física, y el acoso escolar mostraron una asociación significativa con la presencia de síntomas depresivos. No obstante, al confirmar estas asociaciones mediante la regresión logística, únicamente el abuso físico y el emocional fueron



predictores para la presencia de síntomas depresivos. Estos datos se encuentran en congruencia con lo previamente reportado en otros estudios.<sup>32-34</sup>

La presencia de síntomas depresivos fue más frecuente en las personas que se dedicaban al hogar. Estos datos se deben de analizar utilizando la perspectiva de género, ya que si bien no se encontró una asociación entre el sexo/género y los síntomas depresivos, sí observamos que todas las personas que se dedicaban al hogar y presentaron síntomas depresivos reportaron identificarse con el género femenino. Esto podría sugerir que los roles de género asociados a las labores domésticas y de cuidado podrían ser un importante factor de riesgo para padecer síntomas depresivos. Esta asociación entre las labores domésticas ha sido previamente observada en estudios de corte social.<sup>35,36</sup> En su forma actual, el presente trabajo no permite confirmar esta hipótesis, por lo que es necesario llevar a cabo más estudios que busquen confirmar esta asociación.

Una de las limitaciones de este estudio fue que, debido a que se realizó un muestreo por conveniencia dentro de la unidad, la muestra estuvo conformada únicamente por personas que acudían a buscar atención médica, por lo que es probable que no refleje la situación real de la población que no se encuentra enferma. Otra limitación es que la muestra sólo incluyó personas que supieran leer y escribir. Debido a la naturaleza sensible de las preguntas del ACE-IQ, decidimos utilizar un cuestionario escrito que se contestó en privado. Esto permitió evitar el sesgo debido a la falta de Rapport entre el investigador y el encuestado. Sin embargo, no incluir a personas analfabetas puede ser un sesgo que afecte los resultados. Consideramos que, para futuras investigaciones, se debe

realizar alguna estrategia que promueva la inclusión de las personas que tengan una discapacidad o barreras para leer o escribir, ya que esa población también es vulnerable a haber sufrido una EIA y, como consecuencia, sufrir depresión.

### Conclusión

La frecuencia experiencias infantiles adversas es más alta que la reportada en otros estudios y se asocia con la presencia de síntomas depresivos en el adulto. Los resultados de esta investigación resaltan la importancia de la relación que existe entre las EIA y la depresión en la vida adulta en la población mexicana.

### Contribución de los autores

Y M-G: participó en la recolección de los datos, el análisis estadístico y elaboró la primera versión del manuscrito; P C-V: participó en el diseño de estudio, la selección de variables de control y su operacionalización, así como en promover el apego a las normativas éticas; N L-A: participó en el diseño del estudio, el análisis estadístico y la interpretación de resultados, y en la elaboración y revisión del manuscrito final. Todos los autores aprueban la publicación del presente escrito.

### Financiamiento

El trabajo contó con financiamiento parcial del Fondo Sectorial de Investigación en Salud (Conacyt-FOSISS) No. 289897 (FIS/IMSS/PROT/1769).

### Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

### Referencias

1. 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 depre-

sivo mayor. *EduPsykhé*. 2011;10(1):155-72. DOI: 20.500.12020/40

2. IMSS. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto. [Internet]. [Citado 2020 Abr 10]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/161GER.pdf>
3. Guiassalud. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto [Internet]. [Citado 2020 Abr 12]. Disponible en: [https://portal.guiassalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC\\_534\\_Depresion\\_Adulto\\_Avaliat\\_compl.pdf](https://portal.guiassalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf)
4. Berenson 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 Pública de Méx*. 2013;55(1):74-80. DOI: 10.1590/S0036-36342013000100011
5. Castillo-MA, Cleves LD, García CA, Laverde ML, Medina MV, Cortes RH, et al. Experiencias adversas de la infancia en una muestra de pacientes con enfermedad crónica en Cali-Colombia. *Med U.P.B*. 2017;36(1):9-15. DOI: 10.18566/medu-pb.v36n1.a02
6. WHO. Prevención de lesiones y experiencias infantiles adversas [Internet]. [Citado 2020 Abr 22]. Disponible en: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/activities/adverse\\_childhood\\_experiences/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/en/)
7. Danese A, Moffitt TE, Pariante CM, Ambler A, Poulton R, Caspi A. Elevated inflammation levels in depressed adults with a history of childhood maltreatment. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(4):409-415. DOI: 10.1001/archpsyc.65.4.409
8. Vitriol GV, Gomberoff JM, Basualto ME, Ballesteros S. Relación entre trastorno por estrés post-traumático de inicio tardío, abuso sexual infantil y revictimización sexual. Caso clínico. *Rev Med Chile*. 2006;134:1302-1305. DOI: 10.4067/S0034-98872006001000013
9. González-Pacheco I, Lartigue T, Vázquez G. Estudio de casos y controles en un grupo de mujeres embarazadas con experiencias adversas en la infancia y/o adolescencia e infecciones de transmisión sexual. *Salud Ment*. 2008;31(4): 261-270.
10. Kalmakis KA, Chandler GE. Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *J Adv Nurs*. 2014;70(7):1489-501. DOI: 10.1111/jan.12329
11. 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. DOI: 10.1016/j.metabol.2015.08.019
12. Vega-Arce M, Núñez-Ulloa G. Experiencias adversas en la infancia: mapeo bibliométrico de la literatura científica en la Web of Science. *Rev Cuba Inf Cienc Salud* 2018;29(1):25-40.
13. 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. DOI: 10.1016/j.bmh-mx.2017.07.003

14. 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. DOI: 10.1080/10852352.2012.707439
15. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. 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. DOI: 10.1016/s0749-3797(98)00017-8
16. Flores-Torres MH, Comerford E, Signorello L, Grodstein F, Lopez-Ridaura R, de Castro F, et al. Impact of adverse childhood experiences on cardiovascular disease risk factors in adulthood among Mexican women. *Child Abuse Negl*. 2020;99:104175. DOI: 10.1016/j.chiabu.2019.104175
17. Kremer P, Ulibarri M, Ferraioli N, Pinedo M, Vargas-Ojeda AA, Burgos JL, et al. Association of Adverse Childhood Experiences with Depression in Latino Migrants Residing in Tijuana, Mexico. *Perm J*. 2018;23:18-031. DOI: 10.7812/TPP/18-031
18. WHO. Cuestionario Internacional de Experiencias Adversas en la infancia (ACE-IQ) [Internet]. [Citado 2020 Ago 05]. Disponible en: [https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-\(ace-iq\)](https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-iq))
19. VCU Scholars Compass. Psychometric developments of the ACE-IQ: understanding the trauma history of latine immigrants [Internet]. [Citado 2020 Ago 06]. Disponible en: <https://scholarscompass.vcu.edu/etd/6187>
20. González DA, Reséndiz RA, Reyes-Lagunes I. Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud Mental*. 2015;38(4):237-244. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2015.033
21. Huerta GJL. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad [Internet]. [Citado 2020 Ago 05]. Disponible en: <https://www.worldcat.org/title/medicina-familiar-la-familia-en-el-proceso-salud-enfermedad/oclc/891591590>
22. Heim C, Owens MJ, Plotsky PM, Nemeroff CB. The role of early adverse life events in the etiology of depression and posttraumatic stress disorder. Focus on corticotropin-releasing factor. *Ann NY Acad Sci*. 1997;821:194-207. DOI: 10.1111/j.1749-6632.1997.tb48279.x
23. Giano Z, Wheeler DL, Hubach RD. The frequencies and disparities of adverse childhood experiences in the U.S. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1327-1338. DOI: 10.1186/s12889-020-09411-z
24. Witt A, Sachser C, Plener PL, Brahler E, Fegert JM. The Prevalence and Consequences of Adverse Childhood Experiences in the German Population. *Dtsch Arztebl Int*. 2019;116(38):635-642. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0635
25. OPS. Informe Nacional sobre Violencia y Salud [Internet]. [Citado 2020 Ago 21]. Disponible en: [https://www3.paho.org/mex/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=110-informe-nacional-de-violencia-y-salud&category\\_slug=ops-oms-mexico&Itemid=493](https://www3.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=110-informe-nacional-de-violencia-y-salud&category_slug=ops-oms-mexico&Itemid=493)
26. Merrick MT, Ford DC, Ports KA, Guinn AS. Prevalence of Adverse Childhood Experiences From the 2011-2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System in 23 States. *JAMA Pediatr*. 2018;172(11):1038-1044. DOI: 10.1001/jama-pediatrics.2018.2537
27. WHO. Depresión [Internet]. [Citado 2021 Nov 15]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
28. Wagner FA, González-Forteza C, Sánchez-García S, García-Peña C, Gallo JJ. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*. 2012;35(1):3-11.
29. Corea del Cid MT. La depresión y su impacto en la salud pública. *Rev Med Hondur*. 2021;89:S1-68. DOI: 10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047
30. Rosas M, Yampufe M, López M, Carlos G, Sotil de Pacheco A. Niveles de depresión en estudiantes de Tecnología Médica. *An Fac Med*. 2011;72(3):183-186. DOI: 10.15381/anales.v72i3.1065
31. Teruel BG, Gaitán RP, Leyva PG, Pérez HVH. Depresión en México en tiempos de pandemia. *Coyuntura Demográfica*. 2021;21(19): 63-69.
32. De Venter M, Demyttenaere K, Bruffaerts R. Het verband tussen traumatische gebeurtenissen in de kindertijd en angst, depressie en middelenmisbruik in de volwassenheid; een systematisch literatuuroverzicht [The relationship between adverse childhood experiences and mental health in adulthood. A systematic literature review]. *Tijdschr Psychiatr*. 2013;55(4):259-268.
33. Merrick MT, Ports KA, Ford DC, Afifi TO, Gershoff ET, Grogan-Kaylor A. Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child Abuse Negl*. 2017;69:10-19. DOI: 10.1016/j.chiabu.2017.03.016
34. Elmore AL, Crouch E. The Association of Adverse Childhood experiences with anxiety and depression for children and youth, 8 to 17 Years of Age. *Acad Pediatr*. 2020;20(5):600-608. DOI: 10.1016/j.acap.2020.02.012
35. Shehan CL, Ann BM, Rexroat CA. Depression and the social dimensions of the full-time housewife role. *The Sociological Quarterly*. 1986;27(3):403-421. DOI: 10.1111/j.1533-8525.1986.tb00269.x
36. Repetti RL, Crosby F. Gender and depression: exploring the adult-role explanation. *J Soc Clin Psychol*. 1984;2(1):57-70. DOI: 10.1521/jscp.1984.2.1.57