



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**EVENTOS VITALES ADVERSOS INFANTILES, ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y
PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA EN ADULTOS DE LIMA METROPOLITANA**

Línea de investigación:

Salud Mental

Tesis para optar el grado académico de Maestra en Modificación y Terapia del
Comportamiento

Autora:

Solis Ramos, Rosario Rufina

Asesor:

Araujo Robles, Elizabeth Dany
(ORCID: 0000-0002-9875-6097)

Jurado:

Capa Luque, Walter
Córdova Gonzáles, Luis Alberto
Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Lima - Perú

2023

Reporte de Análisis de Similitud

Archivo:

[1A_SOLIS_RAMOS_ROSARIO_RUFINA_MAESTRÍA_2022.docx](#)

Fecha del Análisis:

28/11/2022

Analizado por:

Astete Llerena, Johnny Tomas

Correo del analista:

jastete@unfv.edu.pe

Porcentaje:

1 %

Título:

EVENTOS VITALES ADVERSOS INFANTILES, ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA EN ADULTOS DE LIMA METROPOLITANA

Enlace:

<https://secure.arkund.com/old/view/144188985-684445-669764#BcExCoAwDAXQu2T+SH5CrPYq4iBFJYNdOop3971XniF1UxCcwQlu4AqD75CRd88r29HbkVUn1fBSXNXI8DDj9wM=>



DRA. MIRIAM LILIANA FLORES CORONADO
JEFA DE GRADOS Y GESTIÓN DEL EGRESADO



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSTGRADO

**EVENTOS VITALES ADVERSOS INFANTILES, ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y
PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA EN ADULTOS DE LIMA METROPOLITANA**

Línea de Investigación:

Salud Mental

Tesis para optar al Grado Académico de
Maestra en Modificación y Terapia del Comportamiento

Autor:

Solis Ramos, Rosario Rufina

Asesora:

Araujo Robles, Elizabeth Dany

ORCID: 0000-0002-9875-6097

Jurado:

Capa Luque, Walter

Córdova Gonzáles, Luis Alberto

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Lima - Perú

2023

Pensamientos

“La ciencia es el alma de la prosperidad de las
naciones y la fuente de vida de todo progreso”

Louis Pasteur

“El mundo no será destruido por aquellos
que hacen el mal, sino por aquellos que lo
observan y no hacen nada”.

Albert Einstein

Dedicatoria

A mi madre, de quien tengo la dicha de tener su compañía, de recibir sus cuidados en mis desvelos, su aliento en mi desánimo y siempre, su amor y apoyo sin condiciones.

A la memoria de mi padre, por hacerme saber siempre, lo importante de mi vida en la suya, por valorar mis éxitos, animarme en mis fracasos y enseñarme a ser perseverante.

Agradecimientos

A mi Institución, el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, por brindarme la posibilidad de realizar este estudio, en especial al Dr. Javier Saavedra y a mi colega y amiga, Mg. Yolanda Robles.

A mi asesora, Dra. Dany Araujo por su apoyo en el desarrollo de esta Tesis.

INDICE

Indice de Tablas.....	8
Indice de Figuras.....	10
Resumen.....	11
Abstract.....	12
I. INTRODUCCIÓN.....	13
1.1. Planteamiento del problema.....	13
1.2. Descripción problemática	14
1.3. Formulación del Problema.....	16
1.3.1. Problema general	16
1.3.2. Problemas específicos.....	16
1.4. Antecedentes de la investigación	16
1.4.1. Antecedentes internacionales.....	16
1.4.2. Antecedentes nacionales	31
1.5. Justificación de la investigación	34
1.6. Limitaciones de la investigación.....	35
1.7. Objetivos.....	35
1.7.1. Objetivo general.....	35
1.7.2. Objetivos específicos	36
1.8. Hipótesis de la investigación	36
1.8.1. Hipótesis general.....	36
1.8.2. Hipótesis específicas.....	36
II. MARCO TEÓRICO.....	38
2.1. Bases teóricas.....	38
2.1.1. Eventos vitales adversos infantiles	38
2.1.1.1. Infancia y adversidad	38
2.1.1.2. Definición	39
2.1.1.3. Clasificación	40
2.1.1.4. Modelos explicativos de los eventos adversos infantiles.....	42
2.1.1.5. Epidemiología	44
2.1.1.6. Impacto de los eventos adversos.....	47
2.1.2. Ansiedad	53

2.1.2.1. Definición	53
2.1.2.2. Clasificación de los Trastornos de Ansiedad	56
2.1.2.3. Modelos explicativos de la ansiedad.....	59
2.1.2.4. Epidemiología.....	64
2.1.3. Depresión	64
2.1.3.1. Definición	64
2.1.3.2. Clasificación	66
2.1.3.3. Modelos explicativos de la depresión.....	68
2.1.3.4. Epidemiología.....	73
2.1.4. Problemas de salud física.....	74
2.1.4.1. Definición	74
2.1.4.2. Clasificación de las enfermedades	74
2.1.4.3. Determinantes de la salud	75
2.1.4.4. Triada epidemiológica	76
2.1.4.5. Epidemiología.....	77
III. MÉTODO	79
3.1. Tipo de investigación.....	79
3.2. Población y muestra.....	79
3.3. Operacionalización de variables	81
3.4. Instrumentos.....	81
3.5. Procedimiento	82
3.6. Análisis de datos	82
3.7. Consideraciones éticas	83
IV. RESULTADOS	84
4.1. Resultados de la investigación.....	84
4.1.1. Problemas de salud según el sexo, edad y grado de instrucción.....	84
4.1.1.1. Problemas de salud según sexo.....	84
4.1.1.2. Problemas de salud física según edad.....	86
4.1.1.3. Problemas de salud física según nivel educativo	87
4.1.2. Eventos adversos infantiles según sexo, edad y nivel educativo	88
4.1.2.1. Eventos adversos infantiles según sexo	89
4.1.2.2. Eventos adversos infantiles según edad.....	90
4.1.2.3. Eventos adversos infantiles según nivel educativo	91
4.1.3. Relación de los eventos adversos en la infancia y los problemas de salud física	92
4.1.4. Prevalencia de ansiedad y depresión según edad, sexo y nivel educativo	94

4.1.5. Relación de los trastornos de ansiedad y los problemas de salud física	96
4.1.6. Relación de los trastornos de depresión y los problemas de salud física.....	98
4.2. Análisis de resultados	99
4.2.1. Determinación de los eventos vitales adversos como factores de riesgo para los problemas de salud física en adultos	99
4.2.2. Determinación de la ansiedad como factor de riesgo para los problemas de salud física en adultos.....	101
4.2.3. Determinación de la depresión como factor de riesgo para los problemas de salud física en adultos.....	102
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	103
VI. CONCLUSIONES	109
VII. RECOMENDACIONES	112
VIII. REFERENCIAS.....	114
IX. ANEXOS	126
Anexo A: Ficha de encuesta	126
Anexo B: Matriz de consistencia	141

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Adultos usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao	80
Tabla 2. Prevalencia de problemas de salud física según sexo en usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao.....	85
Tabla 3. Problemas de salud física según edad en usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao.....	86
Tabla 4. Problemas de salud física según nivel educativo en usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao.....	88
Tabla 5. Eventos adversos en la infancia en los usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao.....	89
Tabla 6. Eventos adversos en la infancia, en los usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao, según sexo	90
Tabla 7. Eventos adversos en la infancia, en los usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao, según edad	91
Tabla 8. Eventos adversos en la infancia, en los usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao, según nivel educativo	92
Tabla 9. Eventos adversos en la infancia y problemas de salud en los últimos 6 meses en los usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao.....	93
Tabla 10. Prevalencia actual de ansiedad y depresión según edad en los usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao	94
Tabla 11. Prevalencia actual de ansiedad y depresión según sexo en los usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao	95
Tabla 12. Prevalencia actual de ansiedad y depresión según Nivel educativo en los usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao	96

Tabla 13. Prevalencia actual de trastornos de ansiedad y problemas de salud física en los últimos 6 meses en los usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao.....	97
Tabla 14. Prevalencia actual de trastorno depresivo y problemas de salud física en los últimos 6 meses en los usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao	98
Tabla 15. Odds Ratio de los eventos vitales adversos con relación a los problemas de salud en adultos	101
Tabla 16. Odds Ratio de la ansiedad con relación a los problemas de salud en adultos	102
Tabla 17. Odds Ratio de la depresión con relación a los problemas de salud en adultos.....	102

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Influencias potenciales a lo largo de la vida de las experiencias adversas de la infancia	42
Figura 2. Posibles mecanismos por los cuales las experiencias adversas en la infancia (ACE) pueden afectar la discapacidad utilizando el Marco de la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Enfermedades y Salud (ICF).....	44
Figura 3. Prevalencia de los Problemas de salud física en los usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao.....	84

Resumen

El objetivo de mi investigación fue determinar si los eventos adversos infantiles, ansiedad y depresión, constituyen factores de riesgo para los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana. Se ha basado en el diseño de investigación de Cohorte Retrospectivo (DCR). La muestra, conformada por 10 885 adultos de ambos sexos, usuarios de consulta externa de servicios de salud, provino de una fuente secundaria, con muestreo probabilístico estratificado. Empleé: un cuestionario de datos sociodemográficos, el Cuestionario de Eventos Vitales Negativos, la Ficha de Enfermedades o Problemas de Salud Pasados y Actuales, y MINI - Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, seleccionándose ítems relacionados con ansiedad y depresión. Los resultados indicaron que el 35.6% de los usuarios atravesaron al menos un evento adverso en su infancia y el más común fue la separación de los padres (21.23%); asimismo, que existe una asociación significativa entre las enfermedades o problemas de salud física y el número de eventos adversos en la infancia. Concluyo, que el riesgo o amenaza de la integridad de miembros de la familia, la ansiedad y la depresión constituyen factores de riesgo moderado para los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana.

Palabras clave: ansiedad, depresión, eventos adversos infantiles, problemas de salud física

Abstract

The objective of my research was to determine whether adverse childhood events, anxiety and depression, constitute risk factors for physical health problems in adults in Lima Metropolitana. It has been based on the Retrospective Cohort Design (RCD). The sample, made up of 10 885 adults of both sexes, users of outpatient health services, came from a secondary source, with stratified probabilistic sampling. I used: a sociodemographic data questionnaire, the Negative Life Events Questionnaire, the Form of Past and Current Illnesses or Health Problems, and MINI - International Neuropsychiatric Interview, selecting items related to anxiety and depression. The results indicated that 35.6% of users went through at least one adverse event in their childhood and the most common was separation from parents (21.23%). Likewise, there is a significant association between diseases or physical health problems and the number of adverse events in childhood. I conclude that the risk or threat to the integrity of family members, anxiety and depression constitute moderate risk factors for physical health problems in adults in Metropolitan Lima.

Keywords: anxiety, depression, adverse childhood experiences, physical health problems

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

Los trastornos mentales más comunes en la actualidad son los depresivos y los de ansiedad (Organización Panamericana de la Salud, [OPS] 2017), según diversos hallazgos científicos actuales, se ha observado que la presencia de ellos, son factores implicados en la generación y el mantenimiento de los problemas de salud física (Organización Mundial de la Salud, [OMS] 2018). A nivel mundial, la prevalencia de depresión es 4.4%, mientras que la prevalencia de ansiedad 3.6%. Asimismo, el 15% y el 21% de casos en el mundo de depresión y de ansiedad pertenecen a la región de América, respectivamente.

Los eventos vitales adversos infantiles (EAI) se refieren a situaciones estresantes o traumáticas que ocurren durante la infancia y que tienen un impacto significativo en el desarrollo emocional, cognitivo y físico del niño. Estos eventos pueden incluir abuso físico o sexual, negligencia, violencia doméstica, pérdida de un ser querido, divorcio de los padres, enfermedad grave u hospitalización prolongada, entre otros.

Los EAI pueden tener consecuencias a largo plazo en la salud mental y física de los individuos. Los niños que experimentan eventos adversos tienen un mayor riesgo de desarrollar ansiedad y depresión en la edad adulta. Además, estos eventos traumáticos pueden influir en el estilo de vida y los comportamientos de afrontamiento, lo que puede llevar a problemas de salud física en la edad adulta, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad y otros.

Por otro lado, la ansiedad y la depresión son estados que pueden afectar negativamente la calidad de vida de una persona. La ansiedad se caracteriza por sentimientos de preocupación intensa, miedo y tensión, mientras que la depresión se manifiesta en una profunda tristeza, pérdida de interés en actividades y cambios en el apetito y el sueño. Estos trastornos pueden

ser resultado de una combinación de factores genéticos, químicos y ambientales, y los EAI durante la infancia pueden desempeñar un papel importante en su aparición.

1.2. Descripción problemática

En nuestro país, el Instituto Nacional de Salud Mental (2018) realizó el Estudio Epidemiológico en Salud mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana en el año 2015, en el que se halló que de los participantes que asistieron a evaluación en medicina general en consulta ambulatoria; el 87.3% acudió a hospitales mientras que, el 12.7% a centros de salud. Las especialidades médicas con mayor número de atenciones fueron: medicina interna, cardiología y oftalmología y los diagnósticos relacionados a enfermedades físicas más frecuentes fueron: enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, enfermedades cardiovasculares, enfermedades del ojo y sus anexos; enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno; enfermedades del sistema genital; traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa; diabetes mellitus y otras; como también, enfermedades del sistema urinario.

Hasta un 13.3% de los encuestados de este estudio presentó estados anímicos negativos, que incluían sentirse tristes, preocupados o irritables. La tercera parte de quienes recurrieron para tratar alguna dolencia física también presentaron al menos en una oportunidad, un trastorno mental, siendo la prevalencia de trastornos mentales más frecuente en los usuarios de los servicios de Infectología (51.9%) y Reumatología (46.2%).

Al respecto, uno de los principales factores asociados a problemas de salud tanto física como mental, son los EAI experimentados en las primeras etapas de vida de las personas, destacando el abuso físico o sexual y la separación de los padres, y que aquellas personas que presentan más eventos adversos en edades tempranas poseen un mayor riesgo de replicarlos en la próxima generación, tales como violencia, enfermedad mental y consumo de sustancias

(Hughes et al., 2019; Weibel et al., 2017). Asimismo, Castillo et al. (2017) observaron que el 64% de los pacientes con enfermedades crónicas presentaron, por lo menos, un tipo de experiencia adversa en la infancia, mientras que un 23% presentó cuatro o más de dichas experiencias. También coincidieron en que los eventos adversos más frecuentes fueron el abuso físico y la separación parental.

Además, el informe acerca de la salud en las Américas, realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS (2017) señaló que la enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en los países de América. El 15% de la población mayor de 18 años tiene diabetes, teniendo mayor prevalencia en mujeres (29.6%) que en hombres. Este mismo documento, señala que, en 2014 en nuestro país, destacaron la enfermedad isquémica del corazón produciendo 29.1 muertes por 100,000 habitantes.

Asimismo, el informe Salud en las Américas (OMS, 2017) indicó que, en el grupo etario de 44 a 59 años de nuestro país, las enfermedades cardiovasculares (32.7 años por 1,000 habitantes), fueron la primera causa de pérdida de años de vida saludable, seguidas de las enfermedades osteomusculares y del tejido conectivo (30.9) y los tumores malignos (28.3). Del mismo modo, el informe de la OMS (2018) señaló que las enfermedades no transmisibles, principalmente las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, diferentes tipos de cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas, entre otros problemas, fueron las principales causas de muerte prematura y que, en muchos países contribuyen a la discapacidad.

En razón de aportar acerca de las situaciones que conllevarían a pérdida de la salud, se hace necesario evidenciar en qué medida los eventos vitales adversos infantiles pueden provocar ansiedad y depresión, y cómo cada una de ellas, podría actuar como mediadora para el surgimiento de problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana.

Por todo lo anteriormente expuesto me formulo la siguiente pregunta:

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema general

¿Constituyen factores de riesgo los eventos vitales adversos infantiles, ansiedad y depresión para los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana?

1.3.2. Problemas específicos

1. ¿Cuáles es la prevalencia de los problemas de salud según sexo, edad y grado de instrucción en adultos de Lima Metropolitana?
2. ¿Cuáles es la prevalencia de los eventos vitales adversos infantiles más frecuentes según sexo y edad en adultos de Lima Metropolitana?
3. ¿Existe relación entre los eventos vitales adversos infantiles y los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana?
4. ¿Existe relación entre la ansiedad y los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana?
5. ¿Existe relación entre la depresión y los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana?

1.4. Antecedentes de la investigación

1.4.1. Antecedentes internacionales

Según literatura actualizada sobre estos constructos, se presentan a continuación estudios realizados a nivel internacional.

Huang et al. (2015) desarrollaron un metaanálisis que tuvo como objetivo sintetizar la evidencia sobre el vínculo entre los eventos adversos infantiles y diabetes tipo 2 en adultos. Se realizaron búsquedas de estudios publicados de PubMed y EMBASE antes de agosto de 2015.

Siete artículos cumplieron con los criterios de inclusión para el proceso de metaanálisis, de los cuales cuatro fueron cohortes y tres, estudios transversales. Un total de 87,251 participantes y 5,879 casos incidentes de diabetes tipo 2 fueron reportados en estos estudios. La exposición a eventos adversos se asoció positivamente con el riesgo de diabetes con una razón de probabilidad de 1.32 en el total de participantes. La influencia de la negligencia fue más prominente (odds ratio= 1.92), mientras que el efecto del abuso físico fue menos fuerte (odds ratio= 1.30). La razón de probabilidades asociada con abuso sexual fue de 1.39. Se concluyó que los resultados respaldan una asociación significativa de experiencias infantiles adversas con un riesgo elevado de diabetes tipo 2 en la edad adulta.

Por su parte, Kalmakis y Chandler (2015) llevaron a cabo una revisión sistemática de la investigación sobre las asociaciones entre las experiencias adversas infantiles y los resultados de salud de adultos. Estos autores revisaron artículos en diversas bases de datos entre el 2008 y el 2013 empleando la metodología PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyzes). Se incluyeron 42 investigaciones para realizar el análisis. Los hallazgos muestran que las experiencias adversas infantiles se han relacionado con efectos para la salud, tanto afecciones físicas y psicológicas, comportamientos de riesgo, trastornos del desarrollo y un mayor empleo de la atención médica.

McCorry et al. (2015) realizaron una investigación con el fin de examinar si las experiencias adversas en la infancia aumentan el riesgo de enfermedad en la edad adulta, independientemente de factores socioeconómicos, conductuales y psicosociales. La muestra estuvo conformada por personas de 50 años o más que participaron del Estudio Longitudinal Irlandés sobre el envejecimiento. Los resultados de dicho estudio señalan que las experiencias adversas infantiles se asociaron con un mayor riesgo de enfermedad en la mediana edad y edades más avanzadas en la mayoría de enfermedades crónicas (cardiovasculares, pulmonares

y los trastornos emocionales, nerviosos o psiquiátricos. Asimismo, se encontraron asociaciones positivas entre el número de experiencias adversas infantiles y la aparición de enfermedades crónicas en la edad adulta. Además, las experiencias adversas durante la infancia se asociaron con una edad más temprana de aparición de cualquier tipo de enfermedad física o con trastornos emocionales, nerviosos o psiquiátricos.

Afifi et al. (2016) efectuaron una investigación para determinar si varios tipos de abuso infantil estaban asociados con una mayor probabilidad de resultados negativos de salud física. Los datos del estudio se obtuvieron de la Encuesta de Salud Comunitaria-Salud Mental en Canadá. La muestra estuvo conformada por personas mayores de 18 años. Se emplearon modelos de regresión logística multinomial para evaluar las relaciones entre el abuso infantil y la salud general autopercebida, ajustando las características sociodemográficas. Los resultados del estudio indicaron que todos los tipos de abuso infantil se asociaron con tener una condición física y mayores probabilidades de obesidad. Así también, el abuso en la infancia se asoció con artritis, problemas de espalda, presión arterial alta, migrañas, bronquitis crónica/enfisema/enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cáncer, accidente cerebrovascular, enfermedad intestinal y síndrome de fatiga crónica en la edad adulta. En cuanto al tipo de abuso, el abuso físico se asoció con hipertensión arterial y accidente cerebrovascular; el abuso sexual se asoció con bronquitis crónica/enfisema/EPOC y diabetes; y la exposición a la violencia de la pareja íntima se asoció con bronquitis crónica/enfisema/EPOC.

Holman et al. (2016) realizaron una revisión sistemática para resumir la literatura sobre asociaciones entre eventos adversos y el riesgo de cáncer en la edad adulta. Se realizaron búsquedas en PubMed para identificar publicaciones difundidas antes 31 de mayo de 2015. Se incluyeron investigaciones originales que cuantificaron la asociación entre los eventos e

incidencia de cáncer en adultos, y se excluyeron los informes de casos y las revisiones. Finalmente, se incluyeron doce estudios en la revisión. De los diferentes tipos de eventos, el abuso físico y el abuso psicológico se asoció con el riesgo de cualquier tipo de cáncer en 3 y 2 estudios, respectivamente. 2 estudios también informaron asociaciones significativas con respecto al abuso sexual (1 por cáncer cervicouterino y 1 por cualquier tipo de cáncer). Sin embargo, otros 2 estudios informaron no encontró asociaciones significativas entre el abuso sexual o físico infantil y la incidencia de cáncer de cuello uterino o de mama. Debido a la heterogeneidad entre los estudios, no fue posible calcular un resumen estimación del efecto, por lo que se necesita más investigación para comprender los mecanismos que impulsan la relación de las variables.

Hugues et al. (2016) exploraron las asociaciones entre la cantidad de eventos adversos infantiles que sufrieron las personas y los resultados relacionados con el consumo de sustancias y la salud mental. Para ello, combinaron datos de estudios transversales de eventos adversos entre adultos jóvenes en instituciones educativas en 10 países europeos, con un total de 14,661 participantes. Se exploraron nueve tipos de eventos adversos, relaciones infantiles y seis variables de salud (iniciación temprana en el consumo de alcohol, consumo problemático de alcohol, tabaquismo, consumo de drogas, terapia, intento de suicidio). Se utilizó un modelado multivariante para estimar las relaciones entre los recuentos de eventos adversos, las relaciones infantiles de apoyo y factores de salud. Casi la mitad (46.2%) de los participantes presentó al menos un evento adverso y el 5.6% presentó al menos 4 eventos adversos. Los riesgos de todos los resultados aumentaron con el recuento de eventos adversos. Las relaciones infantiles de apoyo se asociaron de forma independiente con la moderación de los riesgos de fumar, el consumo problemático de alcohol, la terapia y el intento de suicidio. Se concluyó que los eventos adversos estuvieron fuertemente asociados con el uso de sustancias y las enfermedades

mentales. Además, las relaciones dañinas son moderadas por factores de resiliencia como las relaciones infantiles de apoyo.

Por otro lado, Martí (2016) realizó un estudio acerca de la relación entre las experiencias adversas infantiles y el consumo de cannabis y cocaína en adultos. Se desarrolló un estudio observacional retrospectivo en 7 centros de drogodependencia en Murcia, España. La muestra estuvo conformada por 69 pacientes de edades entre los 16 y 65 años, reclutados entre enero y mayo del 2016. Los resultados indican que la muestra estudiada tuvo mayor historial de enfermedad mental en los padres, violencia doméstica, abuso físico, abuso sexual y negligencia, enfermedad física grave previa y adversidades financieras en la infancia que la muestra de referencia. Asimismo, la prevalencia de experiencias adversas infantiles es elevada en personas con trastornos por consumo de cannabis y cocaína, principalmente en las experiencias más graves relacionadas con el funcionamiento familiar desadaptativo.

Luego, Castillo et al. (2017) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue evaluar la frecuencia de experiencias adversas de la infancia (EAI) y las características sociodemográficas de la población con enfermedad crónica. El estudio fue de corte transversal descriptivo, se empleó un muestreo por conveniencia, se entrevistó a 121 pacientes mayores de 18 años de edad con enfermedades crónicas no transmisibles que acudieron a consulta externa de Medicina Interna en la Fundación Valle del Lili, entre septiembre a diciembre de 2015. Se aplicaron escalas validadas para evaluar EAI y otras variables clínicas y se realizó un análisis descriptivo de los datos. Los resultados señalaron que el 64% de los encuestados presentó por lo menos un tipo de experiencia adversa infantil, y el 23% presentó cuatro o más. Las experiencias adversas infantiles más frecuentes fueron el abuso físico (32.2%) y la separación parental (32.2%), seguido del abuso emocional (28.1%), el menos frecuente fue la negligencia física (11.6%). Además, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con

depresión clínica y los que no la tuvieron en relación con la presencia de experiencias adversas infantiles.

Teixeira et al. (2017) llevaron a cabo un estudio sobre la exploración de la adicción en adultos que han sufrido estrés en la infancia. Se realizó una búsqueda en base de datos electrónicos y se empleó el método de la metasíntesis para el análisis de las investigaciones cualitativas. Los resultados indicaron que existe una relación directa entre estrés en la infancia y conductas adictivas en la edad adulta; así también entre los traumas infantiles, la violencia y las conductas adictivas. Se encontró que los participantes usaron las sustancias psicoactivas para manejar las experiencias estresantes de su infancia.

Vitriol et al. (2017) efectuaron un estudio sobre la asociación entre experiencias adversas infantiles y la depresión en adultos consultantes de la atención primaria. Los participantes de dicho estudio fueron pacientes mayores de 15 años que ingresaron a tratamiento por depresión en consultorios de las ciudades de Talca y Curico en Chile, entre febrero y septiembre del 2014. El estudio fue cuantitativo descriptivo transversal y correlacional. Los resultados indicaron que cerca de la mitad de la muestra señaló haber estado expuesta a tres o más experiencias adversas infantiles. También, se encontraron correlaciones significativas entre mayor número de experiencias adversas infantiles y mayor severidad depresiva, número de episodios depresivos, tiempo de duración del episodio más prolongado y suicidalidad, e inversamente con menor edad del primer episodio depresivo.

Weibel et al. (2017) realizaron una investigación sobre el impacto del maltrato infantil en el significado de vida de pacientes psiquiátricos. Los participantes fueron pacientes adultos reclutados de dos instalaciones públicas en Suiza y Francia, que tenían diagnósticos de trastorno bipolar, trastorno psicótico, anorexia nerviosa o trastorno límite de la personalidad. Los resultados señalan que la psicopatología internalizada, es decir, la depresión, desesperanza

y baja autoestima, fue el principal mediador del impacto del maltrato infantil en el significado de la vida. Si bien, el efecto directo del maltrato infantil sobre el significado en la vida no fue significativo, sí lo fue el haber sufrido negligencia o abuso en la infancia con un menor significado en la vida en adultos con trastornos psiquiátricos persistentes y generalizados.

Clemens et al. (2018) efectuaron un estudio con el fin de evaluar la asociación de diferentes subtipos y la intensidad del maltrato infantil con los resultados de salud física a largo plazo. Se empleó un enfoque observacional transversal. La muestra estuvo conformada por 2510 personas en Alemania. Se halló que la creciente intensidad de cada subtipo de maltrato (abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligencia emocional y negligencia física) estuvo asociado directamente con índices más altos en todas las condiciones de salud física evaluadas como obesidad, diabetes, cáncer, hipertensión, infarto de miocardio, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, antecedentes de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular.

Lê-Scherban et al. (2018) realizaron una investigación sobre las asociaciones intergeneracionales de experiencias adversas infantiles de los padres y los resultados de salud infantil. Se tomaron los datos de dos encuestas telefónicas transversales dadas en 350 diadas de padres e hijos en Filadelfia, EEUU. Se empleó un modelo de regresión logística ajustado por características de padres e hijos. Se encontró que el 85% de los padres había tenido 1 o más experiencias adversas infantiles y el 18% había tenido 6 o más de estas experiencias. Los resultados ajustados muestran que una puntuación de experiencias adversas infantiles convencional de los padres, se asociaron con mayores probabilidades de un estado de salud general deficiente del niño, pero no fue estadísticamente significativo para la obesidad o condición de asma.

Ma et al. (2018) realizaron una investigación sobre la asociación entre las experiencias adversas de la infancia y la lesión/conmoción cerebral traumática. Para ello se llevó a cabo una búsqueda en bases de datos electrónicas sobre estudios desde el 2007 que incluyeran estas variables. La revisión arrojó seis estudios observacionales con muestras de personas encarceladas o sin hogar y a personas con alto riesgo o con enfermedades mentales. Se encontró una asociación positiva entre las experiencias adversas de la niñez y la incidencia de una lesión cerebral traumática. Asimismo, los tipos de experiencias adversas infantiles que se asociaron fueron abuso físico infantil, abuso psicológico, encarcelamiento de miembros del hogar y abuso de drogas por miembros del hogar.

Sheikh (2018) efectuó una investigación cuyo fin fue evaluar las asociaciones entre el maltrato infantil, los síntomas psicopatológicos y la aparición de diabetes mellitus, hipotiroidismo y bronquitis crónica/enfisema/EPOC en la edad adulta. Se emplearon datos transversales recopilados en 2007 y 2008, del estudio de Tromso en Noruega. Se emplearon modelos de regresión lineal y de Poisson, así como de diferencia en coeficientes. Los resultados arrojaron que el maltrato infantil se asoció con niveles más altos de ansiedad y depresión, dificultad para dormir, insomnio, así como el uso de pastillas para dormir o antidepresivos en la edad adulta. Asimismo, el maltrato infantil se relacionó con un aumento de más del doble del riesgo de consulta con el psiquiatra, un 26% más de riesgo de olvido, un 15% más de riesgo de deterioro de la memoria y un 96% más de riesgo de problemas psiquiátricos a lo largo de la vida. Además, el maltrato infantil en los modelos totalmente ajustados se relacionó con un 27-82% más de riesgo de resultados de salud física en la edad adulta. De este modo, los indicadores de síntomas psicopatológicos median significativamente las asociaciones entre el maltrato infantil y los resultados de salud física en la edad adulta.

Por su parte, Crouch et al. (2019) desarrollaron una investigación, que tuvo como objetivo estimar la prevalencia de experiencias infantiles adversas en niños en los Estados Unidos y examinar la relación entre las características del niño y la familia y la probabilidad de exposición a las experiencias infantiles adversas. Extrajeron datos de la Encuesta Nacional de Niños del 2016 representativa estadounidense. El total de participantes fue 45,287 niños. Los tipos más frecuentes de experiencias infantiles adversas fueron las dificultades económicas (22.5%) y el divorcio de los padres o separación (21.9%). Los factores que se asociaron en todos los resultados fueron la edad del niño, la estructura familiar, la pobreza y el tipo de seguro médico.

Honkalampi et al. (2019) realizaron una investigación con el objetivo de comparar las experiencias adversas infantiles entre pacientes alexitímicos y no alexitímicos con Trastorno Depresivo Mayor. La muestra del estudio fueron 186 pacientes ambulatorios psiquiátricos con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, que fueron reclutados entre el 2016 y 2019 en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de Kuopio, Finlandia. Los resultados indican que casi todos los pacientes con alexitimia y el 80% de los pacientes no alexitímicos señalaron que habían experimentado abuso emocional o negligencia, al menos en ocasiones. Asimismo, el 60% aproximadamente de los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor refirieron haber experimentado negligencia física y el 30% refirió abuso físico. Asimismo, el abuso emocional y físico, así como las experiencias de negligencia se asociaron con un componente de la escala de alexitimia (TAS) que fue la dificultad en describir sentimientos a otros.

Hughes et al. (2019) realizaron una investigación a partir de la revisión sistemática de estudios que miden las asociaciones entre múltiples eventos adversos infantiles y resultados de salud. Para ello, se realizó un metaanálisis en bases de datos electrónicas de estudios

transversales, de casos y controles o de cohortes, publicados hasta el 2016. Se consideraron estudios de participantes mayores de 18 años de edad y con muestras mínimas de 100 personas. Los resultados señalaron que el tener múltiples eventos vitales adversos es un factor de riesgo importante para muchas afecciones de salud. Además, se halló que aquellas personas con muchos eventos adversos en edades tempranas poseen un mayor riesgo de replicar tales eventos adversos en la próxima generación, como lo son la violencia, enfermedad mental y uso de sustancias. Con respecto a las experiencias adversas infantiles se encontraron asociaciones pobres para la inactividad física, el sobrepeso u obesidad y la diabetes; asociaciones moderadas para fumar, consumo excesivo de alcohol, mala salud autoevaluada, cáncer, enfermedad cardíaca y enfermedad respiratoria. Por otro lado, se encontraron asociaciones fuertes con asumir riesgos sexuales, enfermedades mentales y consumo problemático de alcohol; y más fuerte para el uso problemático de drogas y la violencia interpersonal y autodirigida.

Merrick et al. (2019) llevaron a cabo un estudio sobre problemas de salud en adultos atribuibles a experiencias adversas en la niñez. Los datos fueron recopilados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento de 25 estados en EEUU durante los años 2015 al 2017. Se empleó un modelo de regresión logística que evaluó la exposición a ocho tipos de experiencias adversas en la infancia por medio de una encuesta. También, se consideró el estado autoinformado de enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer (excluido el cáncer de piel), enfermedad renal, diabetes, depresión, sobrepeso u obesidad, tabaquismo actual, consumo excesivo de alcohol, no haber completado la escuela secundaria, desempleo y falta de seguro médico. Los resultados señalan que el 15.6% de adultos en la población de estudio tuvieron cuatro o más experiencias adversas infantiles; estas experiencias se asociaron significativamente con las principales causas de morbilidad y mortalidad, así como con malos resultados socioeconómicos en la edad adulta. La depresión, el consumo excesivo de alcohol, el tabaquismo, el bajo nivel

educativo, la falta de seguro médico y el desempleo se relacionaron significativamente con las experiencias adversas en la infancia.

Schwartz et al. (2019) llevaron a cabo una investigación sobre las experiencias adversas en la infancia y los resultados perjudiciales en la edad adulta. Se emplearon dos muestras de estudios nacionales en EEUU, el MIDUS (Midlife Development in the United States) y el Add Health (Adolescent to Adult Health) que fue longitudinal. En estos estudios se estimaron modelos de comparación entre hermanos, dos muestras independientes de gemelos y hermanos. En los resultados se observa que para la muestra MIDUS, una mayor exposición a experiencias adversas infantiles se asoció con niveles significativamente mayores de síntomas depresivos, una menor probabilidad de obtener un diploma de escuela secundaria, una mayor prevalencia de problemas con el alcohol, y mayores niveles generales de comportamiento antisocial en la edad adulta. No obstante, una mayor exposición a experiencias adversas infantiles no se asoció significativamente con problemas de salud física o logro de ingresos. En cambio, para la muestra de Add Health, una mayor exposición a las experiencias adversas infantiles se asoció con más problemas de salud física, mayores niveles de síntomas depresivos, una menor probabilidad de obtener un diploma de escuela secundaria, y mayores niveles de comportamiento antisocial en la edad adulta. También, se encontró que los hermanos que tuvieron más experiencias adversas en la infancia no tenían más probabilidad de experimentar resultados perjudiciales que sus compañeros, pero una mayor exposición a estas experiencias se asoció con un aumento de síntomas depresivos en la muestra de Add Health.

Además, Witt et al. (2019) desarrollaron una investigación en la que el objetivo fue determinar la frecuencia de experiencias infantiles adversas, la medida en que se manifiestan en patrones de co-ocurrencia, y su posible conexión con anomalías psicosociales en una población alemana. Se realizó un estudio retrospectivo y participaron 2,531 personas mayores

de 14 años sobre eventos adversos y anomalías psicosociales. Entre los resultados se encontró que el 43.7% de los encuestados reportaron al menos un evento adverso y el 8.9% reportó cuatro o más eventos. Los más frecuentes fueron separación y divorcio de los padres (19.4%), consumo de alcohol y abuso de drogas en la familia (16.7%), abandono emocional (13.4%) y maltrato emocional (12.5%). Se concluyó que las experiencias adversas en la infancia son comunes y su acumulación se asocia con un marcado aumento de las experiencias negativas.

Asimismo, Aguado et al. (2020) desarrollaron una investigación que buscó determinar el número de eventos adversos, la prevalencia de eventos adversos y evaluar la asociación entre el motivo de consulta y los eventos adversos sufridos por 179 niños que acudieron al servicio de pediatría de un hospital español. Para ese objetivo, se ejecutó un estudio descriptivo retrospectivo, revisando los datos de las historias clínicas de noviembre 2018 hasta noviembre 2019. Se encontró que el 49% de la muestra presentó 4 o más eventos adversos en la infancia. También, encontraron que los motivos de consulta más frecuentes de los participantes (comportamiento violento, trastornos de conducta y sospecha de abuso sexual infantil), se relacionaron con puntuaciones más altas en la escala de eventos adversos.

Capobianco et al. (2020) realizaron una revisión sistemática que tuvo como objetivo evaluar la contribución de las creencias metacognitivas (como la preocupación, rumiación, monitoreo de amenazas y estrategias de afrontamiento que tienen efectos no deseados) a la ansiedad y la depresión en enfermedades físicas. Se realizaron búsquedas sistemáticas en Web of Science, PsychINFO, MEDLINE, Embase y CINAHL de estudios publicados entre 1997 y enero de 2019. Los estudios elegibles en total comprendían 2851 participantes. Se encontró que las creencias tenían asociaciones, moderadas, positivas y significativas con los síntomas de ansiedad y depresión en una variedad de enfermedades físicas. Las creencias metacognitivas negativas relacionadas con la falta de control y el peligro de la preocupación se asociaron tanto

con la ansiedad como con la depresión en todas las enfermedades físicas evaluadas. Los resultados sugirieron que el modelo metacognitivo del trastorno psicológico fue aplicable a los síntomas psicológicos de ansiedad y depresión en una variedad de condiciones médicas crónicas, lo que implica que la terapia metacognitiva podría mejorar los resultados en múltiples morbilidades que involucran mala salud mental y médica.

En el mismo sentido, Carlson et al. (2020) realizaron una revisión sistemática sobre la prevalencia de experiencias adversas en la infancia en jóvenes en edad escolar, que tengan menos de 18 años. Los criterios de búsqueda de inclusión y exclusión permitieron identificar 96 artículos publicados durante un período de 25 años. Además, se analizaron 44 artículos con muestras de diferentes países, pero no de Estados Unidos y 52 con muestras de Estados Unidos. El análisis se realizó considerando la naturaleza y prevalencia de los EAI, la naturaleza de las muestras y poblaciones estudiadas y según los métodos utilizados para identificar las experiencias adversas. Los hallazgos se resumieron de forma narrativa y descriptivamente, y de manera tabular. Las tasas de prevalencia variaron principalmente según el tipo de evento adverso informado y el contexto o entorno en el que se recopilaban los datos. Se encontró que casi dos tercios de los jóvenes experimentaron eventos adversos significativos considerando todas las muestras, lo que destaca la necesidad de detección e intervención temprana de eventos adversos infantiles.

Lopes et al. (2020) efectuaron una revisión sistemática y un metaanálisis sobre las experiencias adversas en la infancia y enfermedades pulmonares crónicas en la edad adulta. Para ello emplearon las pautas PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) en la revisión de las bases de datos electrónicas, se incluyeron 19 estudios cuantitativos en los que participaron hombres y mujeres adultos. Los resultados indican que hubo asociaciones estadísticamente significativas entre las experiencias adversas infantiles y

las enfermedades pulmonares en general, además de asociaciones específicas con asma y EPOC. De modo similar al evaluar el efecto mediador del tabaquismo por separado, se encontró una asociación significativa.

Pierce et al. (2020) realizaron una investigación sobre el estudio epidemiológico CARDIA (Desarrollo de riesgo de arteria coronaria en adultos jóvenes), de cohorte longitudinal que siguió a los participantes desde 1985-1986 hasta el 2018 con el fin de determinar la manera en el que el entorno psicosocial infantil se relaciona con la incidencia de las enfermedades cardiovasculares y todas las causas de muerte en la mediana edad. Los participantes tenían entre 18 y 30 años al iniciar el estudio y eran de 4 áreas urbanas en los EEUU. Los resultados indicaron asociación entre los entornos familiares infantiles adversos con la incidencia de las enfermedades cardiovasculares y mortalidad en las próximas etapas de vida, incluso después de controlar los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en la edad adulta joven.

Tani et al. (2020) efectuaron un estudio con el fin de conocer la asociación entre las experiencias adversas infantiles y la aparición de demencia en japoneses nacidos antes de 1948, es decir que crecieron durante y después de la Segunda Guerra Mundial. Para ello se realizó un estudio de cohorte basado en la población de adultos de 65 años o más, los participantes tuvieron un seguimiento de 3 años desde el 2013 al 2016 y fueron reclutados como parte del Estudio de Evaluación Gerontológica de Japón. Los resultados indicaron que el 63% informaron 0 experiencias adversas en la niñez, el 29.5% refirió 1 experiencia adversa en la niñez, el 5.5% informó 2 experiencias adversas en la niñez y el 2% refirió 3 o más experiencias adversas en la niñez. Asimismo, los que experimentaron 3 o más experiencias adversas en la niñez tuvieron un mayor riesgo de desarrollar demencia en comparación con los que crecieron sin experiencias adversas en la niñez.

De Anda (2021) investigó la relación entre las experiencias adversas en la infancia, así como su relación con síntomas depresivos y consumo de sustancias. Se desarrolló un estudio de tipo transversal, que incluyó a 317 alumnos mexicanos que tuvieran entre 14 y 19 años de Querétaro. Entre los resultados se obtuvo que 76% de los participantes había experimentado cuatro o más Experiencias Adversas en la Infancia y antes de los 15 años. El 17% presentó sintomatología depresiva en las dos últimas semanas y el 77% reconoció haber consumido alcohol, tabaco o alguna otra droga alguna a lo largo de su vida. Así mismo, el número de experiencias adversas en la infancia se encuentra relacionado a la presencia de sintomatología depresiva y consumo de sustancias. En mayoría, las mujeres experimentaron los eventos adversos dentro del entorno familiar, en comparación con los hombres, que experimentan eventos de violencia sobre todo en el entorno comunitario.

En el 2022, Chi et al. examinaron el papel mediador de la autocompasión y el papel moderador del apoyo social en la relación eventos adversos infantiles y ansiedad en adolescentes chinos. Desarrollaron un estudio transversal que incluyó a 1764 estudiantes de secundaria, quienes completaron cuestionarios en los que se midieron los eventos adversos, ansiedad, autocompasión y apoyo social. Se controlaron las variables de edad y sexo por lo que los resultados mostraron que las experiencias adversas se asociaron positivamente con síntomas de ansiedad y la autocompasión medió parcialmente la asociación eventos adversos con ansiedad. Además, el apoyo social se asoció con una menor ansiedad, en especial en los estudiantes con menos eventos adversos o un nivel más bajo de autocompasión, por lo que se concluye que el apoyo social reduce las posibles adversidades existentes en el entorno y puede ayudar a reducir el riesgo de ansiedad en los adolescentes.

Qu et al. (2022) realizaron una investigación para explorar las asociaciones entre la cantidad de eventos adversos que sufrieron las personas en la infancia y los resultados

relacionados con el uso de sustancias y la salud mental, y para examinar los efectos potencialmente protectores de las relaciones infantiles de apoyo en estas asociaciones. Se realizó una encuesta transversal en estudiantes chinos de escuelas primarias y secundarias, quienes en total fueron 6363 participantes. Se encontró que los eventos adversos se correlacionaron positivamente con el riesgo de depresión y ansiedad y hubo una relación positiva significativa de respuesta entre la exposición acumulativa a eventos adversos y el riesgo de depresión, ansiedad y su comorbilidad. Las experiencias positivas de la infancia se asociaron negativamente con el riesgo de depresión y ansiedad y hubo una relación inversa de respuesta entre la respuesta acumulada.

1.4.2. Antecedentes nacionales

A continuación, se presentan algunos estudios realizados en Perú en torno a las variables del presente estudio.

El Instituto Nacional de Salud Mental (2013) replicó el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao del año 2002. Su objetivo fue identificar los principales problemas de salud mental, sus magnitudes, características sociales de las personas que los sufren y factores limitantes para el acceso a servicios de salud adecuados. La muestra se tomó en tres etapas, se determinaron 4 unidades de análisis: adolescente de 12 a 17 años, adulto a partir de los 18 años, adulto mayor a partir de los 60 años y mujer unida en pareja. Para la unidad de análisis Adulto, se encuestaron 4,445 adultos, 48% varones y 52% mujeres, de 18 y 94 años. En esta unidad se estudió los eventos de vida y salud mental, hallándose significación estadística en los estilos de crianza negativos, los estilos de sobreprotección; sobresalieron los problemas conyugales, el sentimiento de culpabilidad por desacuerdos o discusiones de la familia. Estas condiciones además de causar impacto, favorecen la aparición de trastornos relacionados con ansiedad y depresión, así, la prevalencia de vida de trastornos

de ansiedad y trastornos depresivos se asociaron significativamente. Con respecto a los trastornos de ansiedad, se encontró significancia estadística para la demostración exagerada de ansiedad de los padres porque algo malo suceda.

Asimismo, Del Águila-Escobedo (2015) realizó un artículo de revisión sobre violencia y estrés infantil encontrando en los diversos estudios que existe una asociación significativa entre violencia y estrés en los primeros años de vida con efectos notables en la estructura y función cerebral, y en el desarrollo y regulación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (Eje HPA); lo que favorece el riesgo de desarrollo de alteraciones cognitivas, emocionales, conductuales, psiquiátricas, abuso de drogas y alcohol, así como de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y obesidad en la edad adulta; también, encontró que los que han sufrido malos tratos en la infancia muestran un mayor riesgo de presentar conductas antisociales y violentas durante la adultez.

Morante (2017) desarrolló un estudio sobre la asociación entre eventos traumáticos durante la infancia y trastorno límite de la personalidad (TLP). La investigación fue observacional, retrospectiva, de tipo casos y controles; la muestra de la población estuvo conformada por pacientes del servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo. Se encontró que el abuso sexual infantil es un factor de riesgo asociado al desarrollo del trastorno límite de la personalidad en adultos, mientras que no se asociaron a éste el abuso emocional, abuso físico, negligencia emocional y negligencia física en la población de dicho estudio.

Vega (2017) realizó una investigación sobre el trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas. La población de estudio estuvo integrada por personas con alguna enfermedad crónica que recibieron atención en los centros de salud de los distritos de Comas e Independencia, a los cuales se les aplicó el cuestionario PHQ-8 (Patient Health Questionnaire

depression Scale). El estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal. Los resultados señalan que las enfermedades crónicas de más incidencia son la hipertensión y diabetes; asimismo, que las personas con alguna enfermedad crónica presentan un trastorno depresivo.

Por su parte, Salazar-Saavedra y Saavedra-Castillo (2019) elaboraron un estudio cuyo objetivo fue determinar factores sociodemográficos y clínicos asociados a la presencia de irritabilidad en adultos con episodio depresivo (ED) en Lima Metropolitana. Esta investigación fue de tipo observacional, correlacional y transversal en una muestra probabilística multietápica utilizando la base de datos de adultos desde los 18 años del Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima Metropolitana y Callao del año 2012. Los instrumentos empleados fueron una ficha de datos sociodemográficos, MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional), Cuestionario de Salud Mental de Colombia (modificado), Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, EMBU modificado y Cuestionario de Experiencias Tempranas Adversas. Se concluyó que la irritabilidad en el ED se asocia al inicio y severidad del ED. Asimismo, aportó hallazgos de otros factores asociados no encontrados en la literatura como una menor calidad de sueño, algunos estilos de crianza y eventos adversos antes de los 18 años.

En el 2020, Saavedra et al. realizaron una investigación con el fin de evaluar los factores sociodemográficos y eventos de vida tempranos asociados con la felicidad en adultos de Lima Metropolitana. Para ello se realizó un análisis secundario a partir del Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima Metropolitana y Callao dado en el 2012, el cual empleó una muestra distintiva de adultos seleccionada a través de un procedimiento probabilístico trietápico. Los resultados indicaron que la felicidad se relacionó con el sexo, estado civil, pobreza y nivel de instrucción; asimismo, sobre los estilos de crianza asociados a la felicidad, se asoció el calor emocional a mayor felicidad, mientras que las conductas de rechazo y actitudes machistas con

menor felicidad; acerca de los eventos adversos tempranos se encontró una relación negativa entre estos y la felicidad, asimismo se asociaron significativamente las siguientes: discusiones dentro de la familia, padre con problemas de alcohol, ausencia paterna, conductas de amenazas o chantaje emocional.

Además, Portella et al. (2021) desarrollaron un estudio que buscó identificar la relación entre eventos de vida en la infancia y el Trastorno de estrés postraumático en la población adulta de Lima. Los datos fueron obtenidos de una base secundaria y el estudio fue tipo transversal analítico. Se incluyó a adultos mayores de 18 años de ambos sexos. Se encontró el sexo mujer presentó asociación estadísticamente significativa con el trastorno de estrés postraumático. Además, se halló relación bivariada entre los estilos de crianza negativos en la niñez y el trastorno de estrés postraumático en la vida adulta. También se conoció que el evento de vida de ser objeto o haber sufrido de chantajes, manipulaciones o humillaciones indicó asociación significativa con trastorno de estrés postraumático.

1.5. Justificación de la investigación

Justificación teórica

A nivel teórico, favorecerá un mayor conocimiento de las variables que influyen en la salud tales como: los eventos adversos infantiles, la ansiedad y la depresión. También, se logrará una mejor comprensión acerca de los problemas de salud en Lima a partir de su interacción con las variables mencionadas en líneas previas.

Justificación metodológica

A nivel metodológico, se utilizaron modelos estadísticos no tradicionales, como el modelo de Odds Ratio, el cual ofrece una aproximación a la determinación de factores de riesgo, que es el propósito del presente estudio.

Justificación práctica

A nivel práctico, impulsará la prevención de la salud en la población limeña a la luz de la identificación de factores de riesgo que impactan sobre la salud. Además, a nivel de políticas públicas, los hallazgos sugerirían hacia dónde dirigir las políticas, normas e intervenciones en salud mental, de manera que se sume a los cambios y acciones que se vienen produciendo en nuestro país, pero que aún resulta insuficiente.

1.6. Limitaciones de la investigación

Entre las limitaciones halladas para el presente estudio se encuentran:

Escasas investigaciones nacionales que evalúen de forma específica y directa las experiencias adversas y su impacto en la salud en la adultez.

Pocos estudios nacionales e internacionales que aborden de manera conjunta los eventos vitales adversos, la ansiedad, la depresión y los problemas de salud.

La información obtenida de aquellos eventos vitales adversos se apoya en los recuerdos de los encuestados, lo cual puede limitar la información al contener algún matiz de subjetividad por parte de los evaluados al evocar dichas memoranzas.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo general

Determinar si los eventos adversos infantiles, ansiedad y depresión, constituyen factores de riesgo para los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana.

1.7.2. Objetivos específicos

1. Identificar la prevalencia de los problemas de salud según sexo, edad y grado de instrucción en adultos de Lima Metropolitana.
2. Identificar la prevalencia de los eventos adversos infantiles más frecuentes según sexo y edad en adultos de Lima Metropolitana.
3. Determinar la relación entre los eventos vitales adversos infantiles y los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana.
4. Determinar la relación entre la ansiedad y los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana.
5. Determinar la relación entre la depresión y los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana.

1.8. Hipótesis de la investigación

1.8.1. Hipótesis general

Los eventos vitales adversos infantiles, ansiedad y depresión, constituirán factores de riesgo para los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana.

1.8.2. Hipótesis específicas

No se plantean hipótesis sobre prevalencias, relacionadas con los problemas específicos 1 y 2, pues no se cuenta con información suficiente para elaborarlas (Hernández et al., 2014).

1. Existirá relación entre los eventos vitales adversos infantiles y los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana.
2. Existirá relación entre la ansiedad y los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana.

3. Existirá relación entre la depresión y los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Bases teóricas

2.1.1. *Eventos vitales adversos infantiles*

La adversidad encuentra relación en la etapa infantil de los seres humanos, por lo que, se describirá la forma en que se configura, así como, las definiciones a revisar.

2.1.1.1. **Infancia y adversidad**

La infancia es una etapa de vida comprendida desde el desarrollo prenatal hasta la etapa de la adolescencia que influye sustancialmente en todo el ciclo vital. Según la OMS (2020) todo lo que los niños experimentan durante los primeros años de vida define una base importante para toda la vida, repercute trascendentalmente en el aprendizaje básico, el éxito escolar, la participación económica, la ciudadanía social y la salud. En el mismo sentido, se ha encontrado que muchos de los desafíos afrontados por la población adulta como problemas de salud mental, obesidad, retardo en el desarrollo, enfermedades cardíacas, criminalidad, habilidad numérica y de lecto-escritura, tienen sus inicios en la primera infancia.

Las experiencias durante la infancia pueden impactar sobre la salud a lo largo de todo el desarrollo de la vida. Los niños que experimentan una infancia estresante y de baja calidad son más proclives a tener comportamientos dañinos para la salud durante la adolescencia, que pueden desencadenar en otras etapas del desarrollo en enfermedades mentales, cáncer, enfermedades cardíacas y diabetes (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2019).

La comprensión del efecto de la adversidad en la infancia ha comenzado a profundizar al transitar por el estudio de investigaciones generales en torno a los eventos vitales,

conceptualizados como experiencias de vida que pueden desencadenar en estresores para las personas, causar un impacto e influenciar en el desarrollo de la vida y la salud (García-Camargo & Acuña, 2016; Hughes et al., 2019; Porcelli et al., 2016; Rey-Bruguera et al., 2017). También, se han generado investigaciones, partiendo del estudio de escenarios particulares como es el caso del maltrato infantil (Jud et al., 2016; Weibel et al., 2017), y como parte del estudio del trauma infantil (Corral, 2017; Lange et al., 2019).

Sin embargo, es el estudio de Felitti et al. (1998) que marca de manera significativa la investigación sobre los eventos adversos infantiles y su relación con dificultades en la salud mental y física. En este trabajo, se envió por correo un cuestionario sobre EAI a 13 494 adultos, al que respondió el 70.5%, se estudiaron siete tipos de EAI y los resultados mostraron que a mayor número de EAI experimentados mayor riesgo para la salud.

2.1.1.2. Definición

Los eventos adversos infantiles (EAI), son estímulos o circunstancias que ocurren de forma inesperada en un niño y que provocan cambios o reajustes en su vida pudiendo alterar potencialmente su estado físico y/o mental. Se asocian con un mayor riesgo de desarrollar en la adultez problemas físicos y conductas agresivas, como también con mayor riesgo a desarrollar trastornos psiquiátricos (Felitti, 2002).

Este concepto también se puede definir partiendo del concepto de las experiencias adversas infantiles o en inglés “Adverse Childhood Experiences (ACE)”, expresión utilizada para describir todos los tipos de abuso, negligencia y otras experiencias traumáticas que les ocurren a personas menores de 18 años (UNICEF, 2019).

Asimismo, Burgermeister (2007) los conceptualiza como la percepción de eventos negativos que sucedieron durante la infancia, los cuales estuvieron fuera del control del niño y tienen el potencial de frenar o perturbar el desarrollo normal, así como ocasionar daño o la

posibilidad de este junto con el estrés y el sufrimiento. Este autor además identifica tres elementos comunes a la noción de adversidad infantil que son: maltrato, trauma y estrés; siendo estos definidos según marcos conceptuales ecológicos y concernientes al trauma.

A su vez, se pueden definir como experiencias perjudiciales, crónicas, perturbadoras, con consecuencias acumulativas, con diferente gravedad y efecto para la salud física y mental (Kalmakis & Chandler, 2015); también, como la suma de experiencias negativas relacionadas entre sí, que se tornan potencialmente traumáticas debido a los limitados recursos individuales, familiares o ambientales para poder enfrentarlos de manera satisfactoria (Vega-Arce & Núñez-Ulloa, 2017).

Navalta, et al. (2018) sostienen que son eventos perjudiciales, crónicos y recurrentes, con efectos acumulativos y consecuencias graves para la salud y según Gomis y Villanueva (2020), son experiencias traumáticas que se presentan durante la infancia o la adolescencia y pueden ser de tipo sexual, físico o emocional, así como circunstancias familiares adversas.

2.1.1.3. Clasificación

A partir de lo expuesto, se han empleado diversas categorías de eventos dadas por la investigación pionera de Felitti et al. (1998). Este autor las categorizó en tres clases de abuso infantil: psicológico, físico o sexual; y en cuatro clases de exposición a disfunción doméstica durante la infancia: exposición al abuso de sustancias, enfermedad mental, tratamiento violento de la madre o la madrastra, o comportamiento criminal.

En el año 2000, el Consejo Científico Nacional sobre el Niño en Desarrollo de Estados Unidos amplió su conceptualización sobre adversidad para incluir categorías adicionales a las que se dieron en el estudio inicial realizado por Felitti et al. (1998) para incluir causas comunitarias y sistémicas, como la violencia en la comunidad del niño y las experiencias con

racismo y pobreza crónica, argumentando que la respuesta al estrés del cuerpo no distingue entre amenazas al interior o exterior del ambiente del hogar, solo reconoce cuando hay una amenaza y se pone en alerta máxima (Center on the Developing Child Harvard University, s.f.).

En tal sentido, Cronholm et al. (2015) realizaron una clasificación que amplió el número de eventos adversos infantiles dados, estos fueron: maltrato emocional, maltrato físico, abuso sexual, negligencia emocional, negligencia física, abuso de sustancias en el hogar, enfermedad mental en el hogar, encarcelamiento de un miembro de la familia, testigo de violencia doméstica, testigo de violencia, discriminación, vecindario inseguro, matonaje, haber vivido en un orfanato.

Igualmente, Finkelhor et al. (2015) llevaron a cabo una investigación en la que agregaron elementos adicionales de victimización y adversidad, que fueron los siguientes: abuso emocional, abuso físico, agresión sexual, negligencia emocional, negligencia física, madre tratada violentamente, abuso de sustancias en el hogar, enfermedad mental en el hogar, separación o divorcio de los padres, encarcelamiento de un miembro de la familia, bajo nivel socioeconómico, victimización por pares, aislamiento o rechazo de pares, exposición a violencia en la comunidad.

Así también, en un estudio en Serbia consideró evaluar 17 tipos diferentes de eventos adversos en la infancia los cuales fueron: abuso físico, abuso psicológico, abuso sexual, alcoholismo en la familia, abuso de drogas en la familia, depresión o cualquier otra enfermedad mental en la familia, suicidio en la familia, encarcelamiento de un miembro de la familia, abuso de la madre por pareja, abuso de padre por pareja, separación de padres, negligencia psicológica, negligencia física, bullying (intimidación), participación en peleas físicas, violencia comunitaria y violencia colectiva (UNICEF, 2019).

2.1.1.4. Modelos explicativos de los eventos adversos infantiles

Felitti et al. (1998) desarrollaron un modelo pionero y original de concepción de los eventos adversos infantiles, encontrando que estos influenciaron en dificultades sociales, emocionales y cognitivas. Esto repercutió a su vez en la adopción de comportamientos de riesgo para la salud, y a su vez en la enfermedad, discapacidad y problemas sociales, desencadenando finalmente la muerte temprana. En la Figura 1, se puede observar el modelo, en su versión traducida al español, realizado por la autora del presente estudio.

Figura 1

Influencias potenciales a lo largo de la vida de las experiencias adversas de la infancia



Nota: Tomado de Felitti et al. (1998).

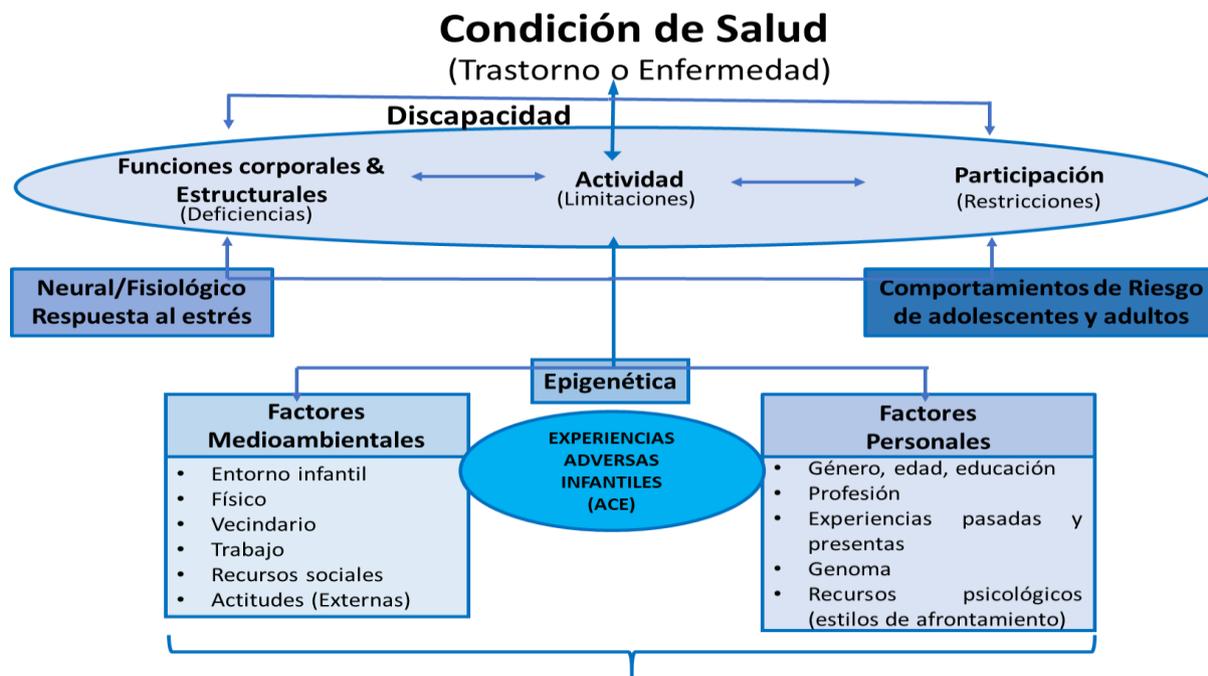
Sin embargo, estudios posteriores han evaluado la relación entre la adversidad infantil y la aparición posterior de la discapacidad, encontrando que no todas las enfermedades conducen de manera lineal a la discapacidad. Dado que las condiciones de salud pueden considerarse intermediarias en el camino entre la adversidad infantil y la discapacidad, aun controlando condiciones demográficas y condiciones crónicas, se ha encontrado que las

adversidades en la infancia afectan fuertemente en la discapacidad. (Schüssler-Fiorenza et al., 2014).

El Modelo de Schüssler-Fiorenza et al. (2014) se formuló para comprender los posibles mecanismos que podrían explicar la asociación que encontramos entre la carga de eventos vitales adversos y las mayores tasas de discapacidad, empleando el marco de la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud. En la Figura 2 se representa este modelo, el cual ha sido traducido al español por la autora de esta investigación. En tal sentido, este modelo explica cómo los EAI y el entorno conforman factores ambientales en la infancia, que pueden considerarse factores personales en la edad adulta, pertenecientes a experiencias pasadas. Asimismo, la interacción de los EAI con otros factores ambientales y personales de la infancia por medio de mecanismos epigenéticos puede conducir a cambios persistentes en la respuesta al estrés neural/fisiológico, esto puede afectar negativamente a los factores ambientales de los adultos (recursos sociales), así como a factores personales (nivel educativo y recursos psicológicos). Igualmente, los EAI están altamente relacionados con comportamientos de riesgo en adultos que pueden ocasionar alteraciones en las funciones y la estructura del cuerpo.

Figura 2

Posibles mecanismos por los cuales las experiencias adversas en la infancia (ACE) pueden afectar la discapacidad utilizando el Marco de la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Enfermedades y Salud (ICF)



Nota: Tomado de Schüssler-Fiorenza et al. (2014).

2.1.1.5. Epidemiología

En relación con la prevalencia de eventos adversos dados en la infancia encontramos las siguientes investigaciones realizadas por instituciones internacionales quienes enmarcan los siguientes datos. Según la OMS (2016) a través de estudios internacionales, se ha encontrado que aproximadamente el 25% de todos los adultos que formaron parte de los mismos, informaron haber sido abusados físicamente en la infancia. Además, una de cada cinco mujeres, y uno de cada 13 hombres refieren que fueron abusados sexualmente en la infancia.

Así también, la UNICEF (2017) en su estudio realizado en 74 países alrededor del mundo, señaló que el 80% de los niños de 2 a 4 años han sido sometidos a métodos violentos

de disciplina por parte de sus cuidadores, lo que incluye el castigo físico y la agresión psicológica de forma sistemática. Asimismo, más del 20% de niños menores de 5 años, es decir cerca de 45 millones, son objeto de una supervisión inadecuada.

En el 2010 se realizó un estudio entre las adversidades infantiles y la psicopatología del adulto en las Encuestas Mundiales de Salud Mental de la OMS, donde los encuestados informaron haber tenido algún evento adverso infantil, en los países de ingresos altos un 38.4%, de ingresos medios altos un 38.9% y de ingresos bajos o ingresos medio bajos un 39.1%. El evento adverso infantil más común fue el de la muerte de los padres con porcentajes entre 11 a 14.8%, seguida del abuso físico con porcentajes entre 5.3% a 10.8%, violencia familiar (4.2 a 7.8%) y enfermedad mental de los padres (5.3 a 6.7%) (Kessler et al., 2010).

En el estudio pionero llevado a cabo en EE. UU por Felitti et al. (1998) encontraron que más de la mitad de los encuestados, es decir el 52% experimentó una o más categorías de eventos adversos infantiles, mientras que el 6.2% reportó 4 o más exposiciones. El EAI que obtuvo el mayor porcentaje (25.6%) fue vivir con alguien que era abusador de alcohol o drogas, seguido de un 22% los que tuvieron abuso sexual por contacto, el 18.8% que vivió con alguien que padeció de enfermedad mental, el 12.5% que tuvo una madre tratada violentamente, el 11.1% que tuvo abuso psicológico, 10.8% abuso físico y el 3,4% tuvo un miembro del hogar con comportamiento criminal.

De la misma manera, la investigación realizada por Bellis et al. (2014) en población de países orientales de Europa mostró que alrededor del 52.6% de los encuestados informaron al menos un evento adverso en su infancia, el 25% solo un evento, de dos a tres eventos el 20.3% y más de tres eventos el 7.4%; el evento adverso infantil más reportado fue el abuso físico con 18.6%, seguido del uso problemático del alcohol por algún miembro del hogar con un 16.4%, la violencia domestica hacia la madre obtuvo un 14.6%, padres separados o divorciados un

14.1%, negligencia emocional un 11.8%, miembro del hogar deprimido o suicida con un 10%, abuso emocional con un 8%, abuso sexual con un 7.5%, miembro del hogar encarcelado con un 5.3% y abuso de drogas de algún miembros del hogar con un 2.6%.

También en población sudafricana, se evidenció que antes de los 18 años el 89.3% de hombres y el 94.4% de mujeres habían experimentado castigos físicos, las necesidades físicas fueron de 65.8% y 46.8% y el abuso emocional fue de 54.7% y 56.4%, respectivamente. La negligencia emocional estuvo un porcentaje de 41.6% y 39.6% y el abuso sexual obtuvo un 39.1% y 16.7%, respectivamente (Jewkes et al. 2010).

En una investigación realizada por Castillo (2017) en un contexto con mayor similitud al nuestro, se encontró que el 64% de los encuestados presentó algún tipo de evento adverso en la infancia y el 23% presentó cuatro o más. Los eventos con mayor prevalencia fueron el abuso físico y la separación parental con 32.2% en ambos casos, seguidos del abuso emocional en 28.1% de los casos.

En el estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) en el 2015 en Lima (INSM, 2018), se encontró que el evento adverso ocurrido durante la infancia de mayor prevalencia es la separación o divorcio de padres con un 21.8%, seguido del abuso físico con un 14.9%; haber recibido insultos, agresiones verbales u ofensas obtuvo un 13.9%, sufrir situaciones de abandono un 5.6%, sufrir abuso sexual tuvo un 5.5%; sufrir chantajes, manipulaciones o humillaciones un 4.8% y el que la su familia vivió en permanente riesgo o amenaza de integridad física de alguno de sus miembros un 2.7%.

2.1.1.6. Impacto de los eventos adversos

A. Impacto en la genética y el neurodesarrollo

Schüssler-Fiorenza et al. (2014) señalan que un ambiente adverso temprano puede conllevar a cambios en la expresión génica que provocan cambios funcionales y estructurales en las funciones cerebrales, neuroendocrinas, autónomas e inmunes, lo cual influye en la manera que los seres humanos responden al estrés en futuras etapas de vida.

Al respecto, Sereno y Camelo (2020) realizaron una revisión sistemática basada en la metodología PRISMA para identificar investigaciones en los últimos 30 años sobre los efectos negativos en la fisiología y estructura cerebral producto de las experiencias adversas durante la niñez, a través del análisis de registros psicofisiológicos por medio de la electroencefalografía (EEG) en estados de reposo y los resultados sugirieron que la actividad de las bandas alfa α frontales derechas predicen mayor respuesta emocional a estímulos negativos, y mayor probabilidad de presentar problemas afectivos; contrario a la actividad electroencefalográfica en regiones frontales izquierdas. Entre algunos hallazgos, identificaron que adultos no clínicos con reportes de maltrato infantil graves presentaron asociación positiva entre la asimetría del EEG prefrontal del lado derecho y procesos inflamatorios de bajo grado, siendo un factor de vulnerabilidad para desarrollar trastornos afectivos; también en estudios prospectivos longitudinales con mujeres adolescentes que habían experimentado maltrato, se observó reducción de la banda alfa α frontal derecha y aumento de la actividad de la banda alfa α frontal izquierda, diferencias que tienen gran importancia funcional debido a que la hiperactivación frontal derecha estaría asociada con un aumento de respuestas de ansiedad; mientras que la hipoactivación frontal izquierda, con la reducción de comportamientos relacionados con síntomas anhedónicos de la depresión.

Otros trabajos de investigación identificaron cambios en la metilación del ADN, principalmente en los genes relacionados a la respuesta al estrés, en la morfología y función de las células del sistema nervioso; el volumen de la amígdala, del hipocampo, la corteza frontal y otras regiones cerebrales y tanto hiper como hipofuncionalidad de distintas redes cerebrales y neuroendocrinas, esencialmente las que se asocian al procesamiento de estímulos emocionales, conductas sociales y otros procesos cognitivos (Carbajal-Valenzuela, 2021).

B. Impacto en la salud física

Diversas investigaciones han encontrado relación con diversos problemas de salud física, tales como: enfermedades cardiovasculares, pulmonares, diabetes, cáncer entre otras.

Desde los primeros estudios sobre eventos adversos en la infancia, se fue identificando su relación con las enfermedades. Con relación a diabetes, la probabilidad es hasta 2.5% veces mayor en comparación con quienes no han vivenciado algún evento adverso; también hay asociación con enfermedad hepática y fracturas esqueléticas y respecto a la enfermedad pulmonar crónica, se mostró una relación gradual con la amplitud de las exposiciones adversas infantiles (Felitti et al., 1998). Igualmente, se encontró relación con la obesidad, para aquellas personas que habían sufrido abuso y disfunción doméstica (Felitti et al., 1998). También, se ha encontrado una relación con pacientes que presentan hepatitis, pues al comparar a estos pacientes que presentan un puntaje de 0 en adversidad infantil con los que obtuvieron un puntaje de 4, se encontró que hubo un aumento del 24% en la prevalencia de presentar este diagnóstico (Felitti, 2002).

Además, se ha relacionado a los eventos adversos de la infancia con ciertos síntomas como los dolores de cabeza, pues a medida que el puntaje de eventos adversos infantiles se elevó, también lo hizo la prevalencia y el riesgo de dolores de cabeza (Anda et al., 2010).

El número de eventos adversos infantiles también se ha asociado con una probabilidad dos veces mayor de padecer enfermedades graves del corazón; así también con el cáncer, encontrando de 2 a 4 veces más probabilidades con respecto a personas que han vivenciado de niños eventos adversos (Felitti et al., 1998; Merrick et al., 2019; Vitriol et al., 2017; Witt et al., 2019).

De manera específica, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) tiene una fuerte relación con la puntuación de eventos adversos, quien en promedio ha sufrido de 4 de ellos, tiene un 39% más de probabilidades de tener EPOC que una persona con un puntaje de 0 (Felitti, 2002; Anda et al., 2008); también Lopes et al. (2020) hallaron asociación entre las experiencias adversas en la infancia y enfermedades pulmonares en general y asociaciones específicas con asma y EPOC. De modo similar, Macrory et al. (2015) hallaron asociaciones entre el número de experiencias adversas infantiles, con enfermedades crónicas como las cardiovasculares y pulmonares con mayor riesgo a partir de edades medianas. Asimismo, se ha hallado relación con los niveles de presión arterial, los sujetos que vivenciaron diversos eventos traumáticos en la infancia, mostraron tendencia a un rápido incremento en los niveles de presión arterial después de los 30 años de edad que aquellos sin experiencias adversas en la infancia (Su et al., 2015) y mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares y mortalidad en etapas posteriores de la vida aun cuando los factores de riesgo se controlaron en la etapa de adulto joven (Pierce et al., 2020) .

La artritis, problemas de espalda, presión arterial elevada, migrañas, bronquitis crónica/enfisema/enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cáncer, accidente cerebrovascular, enfermedad intestinal y síndrome de fatiga crónica en la edad adulta, se asociaron a eventos adversos en la infancia. Al respecto, el abuso físico se asoció con hipertensión arterial y accidente cerebrovascular; el abuso sexual se asoció con bronquitis crónica/enfisema/EPOC y diabetes; y la exposición a la violencia de la pareja íntima se asoció

con bronquitis crónica/enfisema/EPOC (Afifi et al., 2016). También, Huang et al. (2015) hallaron asociación significativa con eventos adversos en la infancia y riesgo elevado de diabetes tipo 2.

Con respecto al cáncer, también se han hallado asociaciones entre eventos adversos y el riesgo de cáncer en la adultez, principalmente el abuso físico y el psicológico se asociaron con el riesgo a cualquier tipo de cáncer (Holman et al., 2016).

C. Impacto en la salud mental

Al igual que en la salud física, los eventos adversos acontecidos en la infancia tienen un impacto en la salud mental de las personas. Según Kessler et al. (2010) las proporciones de riesgo atribuibles a la población indican que la erradicación de las adversidades infantiles conduciría a una reducción del 22.9% en los trastornos del estado de ánimo. Tal es el caso de la depresión, que como señala Felitti (2002) una persona con un puntaje de evento adverso infantil igual o mayor a 4 tenía un 460% más de probabilidades de estar deprimido que una persona con un puntaje de 0. En otros estudios se reportan niveles más altos de abuso emocional y negligencia en la infancia de adolescentes con episodio depresivo mayor (Gander et al., 2018).

Con relación al intento de suicidio, para las personas que tenían un puntaje de eventos adversos altos la prevalencia aumentaba de 30 a 51 veces (Felitti, 2002), otros estudios han confirmado la relación entre ambas variables (Afifi et al., 2008). Asimismo, la proporción de intento suicida aumenta entre los que han vivido con alguien deprimido o suicida siendo del 18.5%, en comparación con sólo el 2.5% del total de encuestados (Bellis et al., 2014).

Respecto a la ansiedad y depresión, diversos estudios señalan que los EAI, se asocian con depresión, ansiedad, intentos suicidas y estrés postraumático (Crouch et al., 2019; Qu et al., 2022; Vega-Arce et al., 2017; Weibel et al., 2017). Otros estudios señalan que, a mayor

número de experiencias adversas en la infancia, mayor riesgo de depresión. (De Anda, 2021; Schwartz et al., 2019; Vitriol et al., 2017) e inclusive Kessler et al. (2010), en las Encuestas mundiales de Salud Mental sugirieron que la erradicación de las adversidades infantiles conduciría a una reducción del 31.0% en los trastornos de ansiedad y que la eliminación de los eventos adversos infantiles influenciaría en la reducción del 41.6% en los trastornos de conducta.

Asimismo, se ha encontrado relación con los trastornos de conducta alimentaria, pues según el estudio realizado por Afifi et al. (2017) todos los tipos de maltrato infantil se asociaron con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, con contrastes considerables entre hombres y mujeres. Los eventos adversos que tuvieron mayor relación fueron para los hombres el abuso sexual y la negligencia física, y para las mujeres el abuso sexual y el abuso emocional. Por su parte, Gander et al. (2018) encontraron asociación de los eventos adversos infantiles con la anorexia nerviosa.

Otro problema asociado es el consumo de sustancias psicoactivas, al respecto Kessler et al., (2010) señalan que la eliminación de las adversidades infantiles conduciría a una reducción del 27.5% en los trastornos de sustancias. Felitti (2002) refiere por ejemplo que un niño varón con un puntaje de 6 tiene un aumento del 4600% en la probabilidad de usar drogas intravenosas en el futuro. Se ha encontrado que todos los tipos de EAI se asociaron significativamente con el abuso de alcohol y drogas (Bellis et al., 2014; Hughes et al., 2017; Teixeira et al., 2017).

Honkalampi et al., (2019) identificó que el abuso emocional y físico, como las experiencias de negligencia se asociaron con un componente de la escala de alexitimia (TAS) que fue la dificultad en describir sentimientos a otros.

Quienes experimentaron eventos adversos en la infancia, incrementaron en más del doble el riesgo de requerir consulta psiquiátrica, consumir pastillas para dormir o antidepresivos en la edad adulta y 96% más de riesgo de problemas psiquiátricos (Sheikh, 2018).

D. Impacto en otras áreas

En relación a las conductas de riesgo, se ha encontrado con respecto al tabaquismo que cuanto mayor sean los puntajes de EAI, mayor será la probabilidad de fumar en un momento actual (Felitti, 2002) e incluso se han asociado todos los tipos de experiencias adversas en la infancia con el tabaquismo (Bellis et al., 2014). Acerca de los riesgos sexuales, estudios sistemáticos hallaron una asociación fuerte de EAI con la toma de riesgos sexuales (Hughes et al., 2017).

También, con respecto a la parentalidad Steele et al. (2016) señalan que los EAI son un factor de riesgo para la transmisión entre generaciones de apegos no saludables entre padres e hijos. De esta manera, tanto los padres de altos y bajos ingresos pueden llevar una carga de experiencias adversas infantiles que conlleva al estrés parental, y repercutir en sus hijos, según refiere el estudio de Lange et al. (2019).

Asimismo, las personas con más EAI además de tener más posibilidades de replicarlos en la siguiente generación, reportan asociaciones fuertes con asumir riesgos sexuales, consumo de alcohol y más aún con uso de drogas y violencia interpersonal y autodirigida (Hughes et al., 2019). Schwartz et al. (2019) agregan que no solo se asocia a mayores niveles de comportamiento antisocial, sino que también se asocian a menores niveles educativos y a ello, según Merrick et al. (2019) se sumaría el desempleo y la falta de seguro médico. A todo lo indicado, se suma que quienes experimentaron EAI, al tener un alto riesgo de tener problemas de salud física, requieren mayor número de atenciones médicas (Sheikh, 2018).

2.1.2. Ansiedad

2.1.2.1. Definición

La ansiedad se ha evidenciado desde hace muchos años, es común experimentarla y hasta se puede considerar un estado fundamental en la actualidad. En grados moderados la ansiedad nos protege y evita que ignoremos un riesgo, teniendo una función adaptativa al producir reacciones en nuestro cuerpo que nos prepara para luchar o huir, sin embargo, cuando no se da en situaciones de amenaza e interfieren en el funcionamiento normal de la persona puede conllevar a un trastorno de ansiedad (Tuma & Maser, 2019).

Si bien los términos ansiedad y miedo han sido con frecuencia intercambiables se establece una diferencia básica, por un lado, la ansiedad es anticipatoria pues la situación temida no ha sucedido aún, y por su parte el miedo es una emoción más intensa frente a una realidad peligrosa (Tuma & Maser, 2019).

A su vez, Clark y Beck (2012) conceptualizan la ansiedad como un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva, que se activa al anticipar eventos que son juzgados como muy aversivos, al percibirlos como sucesos imprevisibles, incontrolables que podrían amenazar los intereses vitales de un individuo. Mientras que el miedo, constituye el proceso nuclear de todos los trastornos de ansiedad y lo definen como: “un estado neurofisiológico automático primitivo de alarma que conlleva la valoración cognitiva de una amenaza o peligro inminente para la seguridad física o psíquica de un individuo” (p. 23).

Es preciso diferenciar la ansiedad normal de la patológica, por un lado, existen diferencias en la intensidad, duración y el estímulo que ocasiona su aparición (Requena & Sáez, 2009). Es así que, se plantea la distinción éstas, por un lado la ansiedad normal sería un mecanismo de defensa frente a algún peligro de la vida cotidiana mientras que la ansiedad

patológica puede obstaculizar una respuesta adecuada en la cotidianeidad; la ansiedad normal es reactiva frente a una circunstancia ambiental y la ansiedad patológica es desproporcionada al desencadenante; la ansiedad normal tiene una función adaptativa y mejora nuestro rendimiento pero la ansiedad patológica contrariamente tiene una función desadaptativa y agrava el rendimiento. Así también, la ansiedad normal es más leve y tiene un menor componente somático, en cambio la ansiedad patológica es más grave y tiene un componente somático mayor.

Por otro lado, la ansiedad involucra cuatro tipos de síntomas:

- Síntomas fisiológicos. Se dan con mayor énfasis a nivel de la activación del SNS y ocasiona síntomas de hiperactivación como la constricción de los vasos sanguíneos periféricos, el aumento en la fuerza de los músculos esqueléticos, el aumento del ritmo cardíaco, aumento de la fuerza en la contracción y dilatación de los pulmones para aumentar el aporte de oxígeno, la dilatación de las pupilas para mejorar la visión, el cese de la actividad digestiva, el aumento del metabolismo basal y el aumento de secreción de epinefrina y norepinefrina desde la médula adrenal. Esto provoca síntomas perceptibles como temblores, estremecimientos, acaloramientos y escalofríos, palpitaciones, sequedad bucal, sudores, respiración entrecortada, dolor o presión en el pecho y tensión muscular (Barlow et al., 2015).
- Síntomas cognitivos: las variables cognitivas contribuyen a la interpretación razonable del estado interno, se establecen pensamientos de tipo miedo a perder el control, a ser incapaz de afrontarlo; miedo al daño físico o a la muerte; miedo a “enloquecer”; miedo a la evaluación negativa de los demás; pensamientos, imágenes o recuerdos atemorizantes; percepciones de irrealidad o separación; escasa concentración, confusión, distracción; estrechamiento de la atención, hipervigilancia hacia la amenaza; poca memoria; dificultad de razonamiento, pérdida de objetividad (Barlow et al., 2015).

- Síntomas conductuales. Las cuales involucran básicamente respuestas de abandono o de evitación asimismo de búsqueda de seguridad, entre estas se pueden determinar de forma específica las siguientes: evitación de las señales o situaciones de amenaza; huida, alejamiento; obtención de seguridad, reafirmación; inquietud, agitación, marcha; hiperventilación; quedarse helado, paralizado; dificultad para hablar (Barlow et al., 2015).
- Síntomas afectivos. Los cuales se derivan de la activación vinculada de la cognición y fisiología, formando la experiencia subjetiva de la sensación ansiosa; encontramos así el estar nervioso, tenso, confundido; asustado, temeroso, aterrorizado; inquieto, asustado; impaciente, frustrado (Barlow et al., 2015).

De acuerdo con el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 2011), el diagnóstico de ansiedad generalizada incluye la presencia de un período de al menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria. Además, deberá tener por lo menos cuatro de los siguientes síntomas:

- Síntomas autonómicos: palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado, temblor o sacudidas, y sequedad de boca.
- Síntomas relacionados con el pecho y abdomen: dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor o malestar en el pecho, y náuseas o malestar abdominal.
- Síntomas relacionados con el estado mental: sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento, sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de que uno mismo está distante o "no realmente aquí" (despersonalización), miedo a perder el control, a volverse loco o a perder la conciencia, y miedo a morir.
- Síntomas generales: sofocos de calor o escalofríos, aturdimiento o sensaciones de hormigueo; tensión, dolores o molestias musculares, inquietud e incapacidad para

relajarse; sentimiento de estar "al límite" o bajo presión, o de tensión mental; y sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.

2.1.2.2. Clasificación de los Trastornos de Ansiedad

Los trastornos de ansiedad se manifiestan cuando los síntomas de ansiedad, tanto físicos como mentales, son significativos y persistentes, no mostrándose como secundarios a ningún otro trastorno. Se pueden clasificar a estos trastornos en función a la manera en que se presentan los síntomas: 1) ansiedad continua: el trastorno de ansiedad generalizada, y 2) ansiedad episódica, esta a su vez se subdivide en: a) los que aparecen en situaciones concretas: trastornos por ansiedad fóbica, que se clasifican asimismo en fobia simple (DSM) o fobia específica aislada (CIE), fobia social y agorafobia; b) aquellos en los que la ansiedad aparece en cualquier situación: trastornos de pánico, y c) los que se dan de manera mixta: pánico con agorafobia (DSM) y agorafobia con pánico (CIE) (Hernández et al., s/f.)

Existen dos clasificaciones mundiales en vigor, por un lado la dada por la OMS (2000) denominada CIE-10, que clasifica los trastornos de ansiedad de la siguiente manera: trastornos de ansiedad fóbica, entre los que se encuentran la agorafobia, fobias sociales, fobias específicas, otros trastornos de ansiedad fóbica, trastornos de ansiedad fóbica sin especificación; otros trastornos de ansiedad, que involucra los trastornos de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso-depresivo, otro trastorno mixto de ansiedad, otros trastornos de ansiedad especificados, trastorno de ansiedad sin especificación; también, el trastorno obsesivo-compulsivo que se subdivide en los siguientes: con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas, con predominio de actos compulsivos, con mezcla de pensamientos y actos obsesivos, otros trastornos obsesivo-compulsivos, trastorno obsesivo – compulsivo sin especificación; además los trastornos a estrés grave y trastornos de adaptación,

en los que están la reacción a estrés agudo, trastorno de estrés postraumático, trastornos de adaptación, otras reacciones a estrés grave, reacción estrés grave sin especificación.

Por su parte, la Asociación Psiquiátrica Americana (2013) clasifica en el DSM V a los trastornos de ansiedad en: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, otro trastorno de ansiedad especificado, otro trastorno de ansiedad no especificado. También el acápite de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados se subdivide en trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno dismórfico corporal, trastorno de acumulación, tricotilomanía, trastorno de excoriación y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debido a otra afección médica, otro trastorno compulsivo-obsesivo y trastornos relacionados especificados, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados no especificados; el acápite de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés contiene al trastorno de apego reactivo, trastorno de relación social desinhibida, trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo, trastornos de adaptación, otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado, trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado.

De estos se describirán los más frecuentes trastornos de ansiedad revisados en los estudios del Instituto Nacional de Salud Mental (2013, 2018) dados en Perú:

- **Agorafobia.** Se dan los síntomas de ansiedad y conductas de evitación con respecto a lugares o situaciones en los que sería dificultoso escapar o pedir ayuda en el caso de que suceda alguna emergencia; asimismo, la agorafobia ha sido antecedida por crisis de angustia (Requena & Saéz, 2009).

- **Fobia social.** Se dan los síntomas de ansiedad y conductas de evitación en contextos sociales, tales como hablar o comer en público, ir a entrevistas o reuniones, etc. (Requena & Saéz, 2009).
- **Trastorno de pánico.** Se dan ataques de pánico recurrentes caracterizados por una ansiedad extrema y el miedo a un resultado catastrófico; los ataques se presentan de manera inesperada y repetitiva, no ante un estímulo fóbico conocido (Hernández et al., s/f.).
- **Trastorno de ansiedad generalizada.** En este se presenta un estado de preocupación frecuente y excesivo acerca de diversas circunstancias de la vida diaria. Asimismo, constantemente las personas no saben definir qué es exactamente lo que les provoca el estado de alerta constante (Requena & Saéz, 2009).
- **Trastorno obsesivo compulsivo.** Se determina por la presencia de pensamientos obsesivos que surgen sin poder evitarlos, así como por actos compulsivos que tampoco son deseados por la persona. Una obsesión se define como cualquier contenido mental que está en los pensamientos de forma intrusiva, ocasionando ansiedad y malestar; por su parte las compulsiones son conductas que la persona realiza para reducir la ansiedad que le produce la idea obsesiva (Requena & Saéz, 2009). Sin embargo, este trastorno de ansiedad no se encuentra en el actual DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-V).
- **Trastorno de estrés postraumático.** Se da tras una etapa de latencia que puede ser de unas semanas hasta seis meses posterior al trauma vivido; la persona experimenta temor, desesperanza, y horrores intensos reviviendo constantemente el hecho acontecido (trauma) y buscando evitar su recuerdo (pues se presenta comúnmente recuerdos intrusos y reiterativos o hasta pesadillas); así también suele darse aislamiento

social, dificultades de atención, aparente desorientación, agresividad verbal, desesperanza, hiperactividad inadecuada y duelo incontrolable (Hernández et al., s/f.).

2.1.2.3. Modelos explicativos de la ansiedad

Para el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de ansiedad se pueden considerar las dimensiones biológica, psicológica y sociocultural.

A. Dimensión biológica

En cuanto a la estructura cerebral, la amígdala juega un rol importante en el desencadenamiento de la ansiedad, esta se encarga de la formación y memoria de las situaciones emocionales e influye cuando se presenta una amenaza pues alerta a otras estructuras cerebrales como el hipocampo y la corteza prefrontal, ocasionando una respuesta de miedo o ansiedad. Existen dos vías hacia la amígdala, una se dirige directamente del estímulo sensorial temido a la amígdala, lo cual puede implicar solo milésimas de segundo; la otra vía va más lento pues viaja primero desde la corteza prefrontal, evaluando primero el estímulo y desencadenando la respuesta inicial de miedo. En tal sentido este circuito de miedo en algunas personas puede estar hiperactivado provocando los síntomas que se evidencian en los trastornos de ansiedad (Tuma & Maser, 2019).

En relación con las influencias genéticas, Barlow (2002, como se cita en Clark & Beck, 2012) señala que existe una herencia de vulnerabilidad general para desarrollar un trastorno de ansiedad, la heredabilidad podría explicar entre el 30% y el 40% de la variabilidad en todos los trastornos de ansiedad; no obstante, serán los factores ambientales y cognitivos los que interactuarán con esta tendencia genética para establecer qué trastorno específico de ansiedad se desarrolle.

Acerca de los sistemas de neurotransmisores, la serotonina es un neurotransmisor que interviene en los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, por tanto, un gen transportador de serotonina (HTTLPR) ha sido estudiado ya que los alelos cortos de este se encuentran relacionados con una disminución en la actividad de la serotonina, un aumento del miedo y conductas asociadas con la ansiedad, de este modo, los que presentan el alelo corto de este gen exhiben más reactividad de la amígdala al exponerse frente a un estímulo visual peligroso en contraste con los individuos que tienen el alelo largo. También, se ha observado que otros neurotransmisores como el glutamato (GABA) también están involucrados en la modulación del aprendizaje y la eliminación del miedo en la amígdala (Sue et al., 2010).

Además, la hormona liberadora de corticotropina (CRH) es un neurotransmisor que se acopia en los núcleos paraventriculares hipotalámicos (PVN), de este modo, un estímulo estresante o peligroso puede activar diversas regiones del cerebro como lo son el locus cerúleo, la amígdala, el hipocampo y el córtex prefrontal que seguidamente libera CRH, que a su vez estimula la secreción de la hormona adrenocorticotropina (ACTH) y otra actividad adrenal-pituitaria que provoca el aumento de fabricación y descarga de cortisol; así, la CRH media las respuestas cerebrales y conductuales extensas que generan la expresión de la ansiedad (Barlow et al., 2017).

B. Dimensión psicológica

Existen varias teorías y modelos que explican el desarrollo de la ansiedad:

- ***Modelo de la aprensión ansiosa de Barlow.*** Este modelo sería un proceso presente en todos los trastornos de ansiedad. Empieza cuando la persona observa un evento estimular que ocasiona proposiciones ansiosas que se han almacenado en la memoria a largo plazo, esto ocasionará un estado de ánimo con gran afecto negativo caracterizado por una emoción difusa en la que existen sensaciones de impredecibilidad, incontrolabilidad, incapacidad y una activación del estado fisiológico. Dado esto, la

persona se enfocará más en sí misma, priorizando realizar autoevaluaciones sobre su fisiología, lo que generará un aumento de su activación de forma crónica conduciéndola a un estado de hipervigilancia; análogamente se activará su sistema cognitivo aprensivo en el que se elevará la percepción de amenaza y disminuirá la percepción de control, percibiéndose incapaz de afrontarlo. Por lo indicado, el rendimiento de la persona disminuirá en las actividades que involucren de su atención sostenida y concentración; asimismo, la persona tenderá a evitar situaciones que puedan ser potencialmente evocadoras de estas respuestas o del afecto que desencadenan (Barlow et al., 2015).

- ***Modelo de la evitación cognitiva de Borkovec.*** Este modelo señala que el origen de la preocupación patológica suele darse en aquellas personas que tienen una predisposición a percibir el mundo de manera distorsionada e imprecisa, ven su entorno como amenazante y tienen creencias de que no podrán afrontar las situaciones peligrosas futuras. Asimismo, la preocupación patológica estaría relacionada con traumas constantes acopiados en la memoria o asociados con un apego inseguro o excesivo hacia el cuidador primario durante la infancia (Velázquez-Díaz et al., 2016).
- ***Modelo cognitivo de ansiedad de Beck.*** Este modelo involucra el concepto de vulnerabilidad a la ansiedad, la cual se define como la tendencia a malinterpretar eventos que pueden ser amenazantes o nuevos como si fueran peligrosos y faltos de seguridad, conllevando a que la persona se perciba en un estado de indefensión. Este modelo plantea que tanto las respuestas iniciales de miedo como los procesos automáticos (que son el sesgo atencional preconsciente hacia la amenaza, la evaluación inmediata de la amenaza y el procesamiento inhibitorio de las señales de seguridad) se configuran en un potenciador del estado más prolongado de ansiedad, de este modo, la activación de los esquemas que tienen que ver con la amenaza son responsables

igualmente de sostener el sesgo de procesamiento automático de amenaza y de sus efectos negativos.

La activación de procesos de reevaluación secundarios y elaborativos establecen la constancia del estado ansioso. Si luego de esto la persona determina que es muy factible una amenaza propia significativa y en cambio su capacidad para lograr alguna sensación de seguridad a través del afrontamiento efectivo, es limitada, dándose un estado de ansiedad constante.

En contraste, la ansiedad será mínima o suprimida si se reduce la probabilidad observada y/o la gravedad de la amenaza, también si aumenta la confianza en el afrontamiento adaptativo y si se restituye la sensación de seguridad particular (Clark & Beck, 2012). Además, diversos investigadores como Barlow et al. (2015) refieren que la vulnerabilidad cognitiva para la ansiedad se desarrolla por medio de las reiteradas experiencias de olvido, abandono, humillación e incluso trauma que se originan durante la infancia y la adolescencia.

- **Modelo conductual.** Basándose en la teoría del aprendizaje, investigadores han demostrado que las respuestas de miedo pueden ser conseguidas por medio de un proceso de aprendizaje asociativo. Por un lado, la teoría del condicionamiento clásico plantea que un estímulo neutro al relacionarse reiteradamente con una experiencia aversiva (estímulo incondicionado “EIC”) que conlleva a la experiencia de ansiedad (respuesta incondicionada “RIC”), se asocia con la experiencia aversiva, y alcanza la capacidad de inducir una respuesta semejante de ansiedad (respuesta condicionada “RC”). Es decir, esta teoría configura que los miedos humanos se alcanzan como resultado de que algún estímulo neutro se asocie con alguna experiencia previa generadora de ansiedad (Barlow et al., 2015). Frente a estas teorías surgieron otras

como la “teoría de los dos factores” que planteaba un primer estadio en la adquisición basándose en el condicionamiento clásico, y la persistencia del miedo se explicaría en el segundo estadio a efecto de la evitación del EC aunque posteriormente se han dado otros modelos explicativos sumados a estas teorías (Clark & Beck, 2012).

C. Dimensión sociocultural

Un factor por considerar es el estrés ambiental cotidiano puesto que influye en el desarrollo de la ansiedad, sobre todo si la persona es más vulnerable a nivel biológico y psicológico. Asimismo, la pobreza y vivir en áreas de desastre humano pueden aumentar la ansiedad. También, la manera en que la comunidad o el entorno en el que vive el sujeto considera los eventos estresantes que acontecen, es decir, el significado que le atribuyen (Sue, et al., 2010).

También, existen acontecimientos vitales precipitantes de la ansiedad, para explicar esto se configura el modelo de diátesis-estrés en la aparición de la ansiedad (Barlow et al., 2015). De esta manera, un evento vital que se considere como amenazante para la supervivencia o para los propios intereses vitales de la persona puede desencadenar una vulnerabilidad subyacente que ocasionará un estado de ansiedad, esta propensión subyacente involucra predisposiciones de personalidad (como la alta emocionalidad negativa, la ansiedad rasgo, la sensibilidad a la ansiedad y la sensación crónica de control minimizado), así como vulnerabilidades cognitivas más puntuales (como los esquemas hipervalentes de peligro y la sensación elevada de debilidad e ineffectividad personal). En tal sentido existen pruebas a favor de que el aumento de eventos vitales negativos se asocia con los trastornos de ansiedad (Tuma & Maser, 2019).

Además de esto, puede haber factores culturales como dificultades de aculturación entre las minorías étnicas que desencadenen trastornos de ansiedad, en grupos culturales puede

existir diferentes estándares culturales, exposición a discriminación o prejuicio. Así también, la cultura puede influenciar en la expresión de la ansiedad (Tuma & Maser, 2019). Barlow et al. (2017) señalan que el miedo y la ansiedad están en todas las culturas, pero su experiencia subjetiva es modulada por elementos determinados de cada cultura.

2.1.2.4. Epidemiología

Para el 2015, a nivel mundial se encontró que el 3.6% de personas tenían algún trastorno de ansiedad, siendo el número total aproximado de 264 millones; por regiones, se observa un mayor porcentaje en la región de Asia Sudoriental con un 23% de toda la población mundial, seguido de la región de las Américas con 21%, la región del Pacífico Occidental obtiene un 20%, la región de Europa un 14%, la región del Mediterráneo Oriental con un 12% y la región de África con un 10%. Además, se observa un aumento de 14.9% en los trastornos de ansiedad desde el 2005 (OPS, 2017).

En la región de las Américas, los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental más discapacitante. El país con mayor porcentaje de discapacidad es Brasil (7.5%) seguido de Paraguay (6.8%), Perú ocupa el séptimo lugar con un 5,3% (OPS, 2018). Los trastornos de ansiedad son más comunes en las mujeres (4.6%) que en los hombres (2.6%); en la región de América se estima incluso que un 7.7% padece esto en comparación con el 3.6% de los hombres (OPS, 2017).

2.1.3. Depresión

2.1.3.1. Definición

La depresión es un trastorno caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, reducción de la energía y por tanto de la actividad, con presencia de cansancio importante inclusive tras un esfuerzo mínimo,

disminución de la capacidad para concentrarse y trastornos del sueño o del apetito. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y según el número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede ser leve, moderado o grave (OPS, 2017).

Asimismo, se puede considerar que el núcleo primario de la depresión se da en el ámbito de la afectividad, caracterizado por un sentimiento profundo de tristeza, del cual se deriva el resto de sintomatología dadas en los ámbitos de pensamiento y cognición, conducta, ritmos biológicos y trastornos somáticos (Barraca & Pérez, 2015). De este modo, la sintomatología clínica se expresa en estas cuatro áreas:

- Síntomas afectivos: en el caso de la depresión unipolar encontramos la tristeza, decaimiento y minusvalía; apatía; ansiedad; melancolía; en el caso de la manía se presenta euforia, grandiosidad e irritabilidad.
- Síntomas cognitivos: en el caso de la depresión unipolar se presenta el pesimismo, culpa, incapacidad para concentrarse, pensamiento defectuoso o negativo, pérdida de interés y motivación, ideas suicidas; mientras que en la manía existen pensamientos caprichosos y agobiantes, falta de enfoque y atención, juicio deficiente.
- Síntomas conductuales: en la depresión unipolar se experimenta el retraimiento social, baja productividad, poca energía, anhedonia, negligencia en la apariencia personal, retardo psicomotor, agitación, llanto, intentos suicidas; por su parte en la manía, se da la hiperactividad, discurso difícil de entender y tendencia a hablar mucho.
- Síntomas fisiológicos: en la depresión unipolar se dan cambios en el apetito y peso, estreñimiento, perturbaciones en el sueño, interrupción del ciclo menstrual normal en la mujer, pérdida del impulso sexual; en la manía se dan altos niveles de excitación, disminución de la necesidad de sueño.

Según el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 2011) el episodio depresivo incluye a los episodios depresivos típicos moderados y graves. De acuerdo al número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede presentarse como leve, moderado o grave. Los síntomas frecuentes en este diagnóstico involucran lo siguiente:

- El paciente experimenta un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad.
- La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo.
- El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido.
- La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e, incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad.
- El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas "somáticos".

2.1.3.2. Clasificación

Se señalan los más frecuentes tipos de depresión estudiados en las investigaciones dadas en el Perú por el Instituto Nacional de Salud Mental (2013; 2018).

A. Episodio depresivo

La persona padece de un estado de ánimo bajo, disminución de la energía y de la actividad, igualmente su capacidad para disfrutar, mostrar interés y concentrarse es baja; es constante el cansancio incluso luego de realizar un mínimo esfuerzo; el sueño se encuentra alterado y el apetito reducido; la autoestima y confianza en uno mismo estas disminuidas; también se presenta enlentecimiento psicomotor importante y agitación.

Todo ello debe durar al menos dos semanas, sin síntomas hipomaníacos o maníacos necesarios para que cumpla otro criterio diagnóstico en ningún momento de la vida de la persona y no ser atribuible al consumo de sustancias psicoactivas o a algún trastorno mental orgánico. Según el número y severidad de los síntomas se pueden clasificar en episodio leve, moderado o grave (OMS, 2000).

B. Episodio depresivo leve

A parte de los síntomas generales descritos anteriormente se deben evidenciar dos de los tres síntomas referidos a continuación:

1) Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas; 2) Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras; 3) Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad (OMS, 2000, p. 98).

C. Episodio depresivo moderado

Deben presentarse al igual que dos de los tres síntomas descritos en el primer grupo de criterios señalados anteriormente, y al menos cuatro síntomas del segundo criterio, sumando un total de al menos seis síntomas (OMS, 2000).

D. Episodio depresivo grave

Son comunes la baja autoestima y las ideas de culpa, también las ideas o actos suicidas; asimismo, deben cumplirse los tres síntomas del primer grupo y cinco del segundo grupo, haciendo un total de al menos ocho síntomas (OMS, 2000).

E. Episodio maníaco

Episodios aislados caracterizados por una elevación persistente del ánimo o irritabilidad; asimismo puede presentar aumento de la energía y actividad, se muestra más locuaz y con exceso de familiaridad, disminución en las necesidades de sueño, aumento del vigor sexual, dificultad para concentrarse; en el caso de la hipomanía ocasiona cierta interferencia con el funcionamiento normal de la vida cotidiana; sin embargo en el caso de la manía si interfiere notablemente con su vida diaria, puede llegar a tener autoestima exagerada o ideas de grandeza y debido a la pérdida de inhibición social llegar a tener un comportamiento imprudente o temerario (OMS, 2000).

2.1.3.3. Modelos explicativos de la depresión

La depresión es consecuencia de interacciones complejas entre elementos sociales, psicológicos y biológicos (OMS, 2020).

A. Dimensión biológica

A nivel genético y hereditario se ha encontrado en estudios genealógicos que una historia familiar de depresión duplica o triplica el riesgo de sufrir tal trastorno (Ortiz de Zárate et al., 2011). Según Gómez-Restrepo et al. (2008) los factores genéticos podrían ser responsables del 50% de la varianza en trastornos del estado de ánimo en adultos. A nivel bioquímico, se encuentran diversas hipótesis no del todo concluyentes pero que brindan una aproximación en la comprensión del desarrollo de la depresión. Es así, que se pueden plantear las siguientes hipótesis:

- La hipótesis noradrenérgica de la depresión. Esta fue propuesta por Schildkraut en 1965 (como se cita en Vallejo-Ruiloba, 2011) quien señala que los trastornos depresivos son resultado de un déficit central de noradrenalina (NA).

- La hipótesis indolamínica. Dada por Coppen en 1965 (como se cita en Vallejo-Ruiloba, 2011) quien señala que en la depresión existe un detrimento de serotonina (5-HT).
- La hipótesis de la hipersensibilidad colinérgica. Señalada en 1972 por Janowsky et al. (como se cita en Vallejo-Ruiloba, 2011) quienes refieren que la actividad colinérgica podría jugar un rol importante, pues se descompensaba el equilibrio permanente colinérgico-adrenérgico a favor del primero en los que tenían depresión y a favor del segundo en los que tenían manía.
- Niveles anormales de cortisol. Se ha encontrado que las personas que sufren de depresión tienen elevados niveles de cortisol en la sangre en comparación con los que no están deprimidos (Sue et al., 2010).

En cuanto a las estructuras cerebrales, investigaciones sobre la base de estudios de imagen cerebral y neuropsicología, refieren que existen disfunciones en zonas del sistema límbico, córtex prefrontal (hipofrontalidad) y temporal (amígdala), ángulo anterior y núcleo caudado en personas que tienen depresión (Vallejo-Ruiloba, 2011).

En suma, como señalan los hallazgos de Gillespie y Nemeroff (2007 como se cita en Sue et al., 2010), la exposición al estrés durante la infancia influye en los niveles de cortisol y en el sistema hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), lo cual desencadena que la persona sea más proclive a tener depresión posteriormente, sobre todo si existe una vulnerabilidad genética. Esto se relaciona con el hecho de que en la infancia de muchas personas con depresión se han evidenciado estresores y eventos traumáticos como maltrato infantil, negligencia o pérdida de padres.

B. Dimensión psicológica

Se plantean los siguientes modelos en su contenido:

Modelo conductual. Se señalan las siguientes aproximaciones enmarcadas dentro del modelo conductual.

- **Modelo de la desesperanza aprendida.** Esta fue planteada por Seligman (1967 como se cita en Vallejo-Ruiloba, 2011) quien señala que la depresión ocurre cuando la persona percibe que no puede tener ningún control sobre las situaciones externas reforzadoras, lo que genera vivencias de inseguridad, pasividad y desesperanza.
- **Modelo comportamental de Lewinsohn.** Este autor señala que la depresión es consecuencia de una ausencia o disminución de refuerzo positivo de respuesta contingente (1974 como se cita en Martell et al., 2013). Asimismo, existen tres circunstancias que pueden variar el que una persona reciba reforzamiento positivo, la primera es el número de eventos y actividades que son reforzadores potenciales, los cuales van a depender de las diferencias individuales, los rasgos biológicos y la historia de vivencias de la persona; la segunda, es la disponibilidad de reforzadores en el entorno, si la persona se encuentra en ambientes complicados o rigurosos se reducirán los reforzamientos; y la tercera, el comportamiento instrumental del individuo, el grado en que la persona desarrolle sus habilidades sociales influenciará en la obtención de reforzamientos (Sue et al., 2010).
- **Modelo del Autocontrol de Rehm.** Este autor destacó la importancia del refuerzo en la depresión y además planteó un modelo explicativo de la depresión en el que los déficits en la conducta de autocontrol serían una monitorización selectiva de eventos negativos y de los efectos inmediatos de la conducta, rigurosos criterios de autoevaluación y

atribuciones poco precisas de responsabilidad, y finalmente, escasa autorrecompensa y un elevado autocastigo (Martell et al., 2013).

- **Activación conductual.** Parte de una aproximación contextual en la que busca analizar los procesos que bloquean la activación como lo son las conductas de huida y evitación, asimismo, se fundamenta en que las dificultades de la vida de las personas vulnerables disminuyen la capacidad de experimentar refuerzos positivos de sus ambientes, provocando síntomas depresivos, por lo que su tratamiento será la activación, la programación de actividades y la participación en la resolución de problemas (Martell et al., 2013).
- **Modelo cognitivo de la depresión.** Este modelo planteado por Beck (1964 como se cita en Vallejo-Ruiloba, 2011) señala que el estilo cognitivo alterado, que involucra expectativas negativas frente al ambiente, junto con la desesperanza y la incapacidad, son la base de la depresión. La triada cognitiva básica de la persona que tiene depresión sería una concepción despectiva de sí misma, interpretación negativa de las experiencias propias y una visión pesimista del futuro, que está reforzada por otros elementos negativos como pensamientos negativos automáticos, errores en la percepción y procesamiento de la información y suposiciones disfuncionales en forma de creencia centrales).

En cuanto a factores de personalidad, la revisión de Akiskal et al. (1983 como se cita en Vallejo-Ruiloba, 2011) refiere que son precursores de un trastorno bipolar o de depresión unipolar relacionadas al contexto bipolar las siguientes características de personalidad: extroversión, viveza, ciclotimia, temperamento distímico y conductas obsesivas. Asimismo, ciertos rasgos de personalidad como niveles elevados de neuroticismo pronostican el riesgo de tener depresión mayor sobre todo luego de experimentar eventos vitales estresantes (Kendler, 1998 como se cita en Ortiz de Zárate et al., 2011)

C. Dimensión sociocultural

Según la OMS (2020) las personas que han vivido eventos vitales adversos como desempleo, luto, traumas psicológicos, etc. Poseen más probabilidades de tener depresión; asimismo, la depresión puede ocasionar más estrés y disfunción, empeorando la situación vital de la persona afectada y así la propia depresión.

Asimismo, el perder a alguno de los padres por muerte o separación, aumentaría el riesgo de dos a tres veces de sufrir depresión, igualmente, existe una relación entre abuso físico y sexual y la negligencia en la infancia con el aumento de riesgo de tener depresión en la adultez (Fergusson et al., 2002 como se cita en Ortiz de Zárate et al., 2011).

En tal sentido, las diversas investigaciones señalan los factores que están implicados en el estrés para desencadenar la depresión, concluyendo que la severidad del estresor tiene más probabilidad de ocasionar depresión que varios estresores menores (Sue et al., 2010), la cronicidad del estrés también es una variable que se relaciona más con la depresión en comparación con el estrés agudo (Sue et al., 2010); el tiempo de inicio o cuándo se vive el estrés igualmente es una variable que interviene en la depresión, encontrándose que cuando se presenta estrés en la infancia se puede desarrollar depresión en la adultez (Sue et al., 2010). Se ha estudiado que los estresores como pérdida y humillación se han asociado más con la depresión a diferencia de estresores como la exposición a eventos peligrosos que se ha relacionado más con la ansiedad. Los grados de vulnerabilidad juegan un rol preponderante en que las personas frente al estrés desarrollen depresión, asimismo, influyen en ello factores biológicos, psicosociales o ambos (Sue et al., 2010).

En cuanto a los factores socioculturales, la depresión, aunque aparece en todas las culturas tiene una expresión sintomática particular en cada una. Asimismo, existen datos contradictorios en relación con la educación y el nivel socioeconómico; en relación al género,

predominan los trastornos afectivos no bipolares en mujeres (Vallejo-Ruiloba, 2011). Así pues, la cultura puede formar entornos variables para la expresión de los genes y la reacción fisiológica en la depresión (Sue et al., 2010).

2.1.3.4. Epidemiología

A nivel mundial, en el 2015, la proporción de personas con depresión fue de 4.4%; siendo el número total aproximadamente de 332 millones. En cuanto a las regiones, se encuentra que la región de Asia Sudoriental alcanza un mayor porcentaje con un 27% de toda la población mundial, seguido de la región del Pacífico Occidental con un 21%, la región de las Américas con un 15%, la región del Mediterráneo Oriental con un 16%, la región de Europa un 12% y la región de África con un 9%. También, se observa un aumento de 18.4% entre el 2005 y el 2015 para la depresión (OPS, 2017).

Asimismo, sobre la base de encuestas de la población general se encuentra que los episodios depresivos graves son el quinto estado de salud más discapacitante; el país con mayor predominio sería Paraguay con un 9.4%, seguido de Brasil con un 9.3%, Perú con un 8.6%, Ecuador con un 8.3%, Colombia y República Dominicana ambos con un 8.2%; Bermuda, Antigua y Barbuda, así como Chile con un 8.1% (OPS, 2018). Además, la depresión tiene mayor prevalencia en mujeres (5.1%) que en hombres (3.6%) (OPS, 2017). En el Perú se encontró que la depresión unipolar ocupaba el primer lugar dentro de las enfermedades que mayor carga generan, causando la pérdida de 210 mil AVISA (años de vida saludables), es decir un 4.1% del total (Ministerio de Salud [MINSA], 2016).

2.1.4. Problemas de salud física

2.1.4.1. Definición

La salud es definida por la OMS desde 1948 como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad” (Organización Mundial de la Salud, 2014). Actualmente, se ha propuesto que la salud es un recurso para la vida diaria y que tiene componentes objetivos, subjetivos y sociales (De La Guardia & Ruvalcaba, 2020), por lo que es la condición experimentada de estar sano, física y psicológicamente (Wade & Halligan, 2017).

Igualmente, uno de los conceptos de enfermedad que se relaciona con los problemas de salud física es el que la caracteriza como, “una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos” (Uribe, 2018, p.22).

Además, es importante señalar que el desarrollo de la enfermedad requiere de ciertas condiciones propias en el ser humano, en su grupo social y en su medio ambiente, asociada con elementos generadores de la enfermedad. Así pues, existen factores que pueden interactuar en el curso de la enfermedad, estos son los componentes genéticos, conductuales y ambientales, difiriendo en proporciones según la enfermedad (Celentano & Szklo, 2019).

2.1.4.2. Clasificación de las enfermedades

Se pueden categorizar las enfermedades según su duración, en agudas cuando duran menos de tres meses, en subagudas cuando el periodo es entre tres y seis meses, y en crónicas cuando es más de seis meses. También, según la frecuencia con que se halla en un espacio geográfico, siendo endémicas cuando se dan normalmente en una zona, o esporádicas cuando es ocasional su ocurrencia en una zona. Asimismo, en relación con su extensión en el

organismo, pueden ser localizadas o sistémicas si es que afectan a todo el cuerpo. Igualmente, con respecto a la edad, según especialidades médicas como neonatología, pediatría, geriatría, etc. A su vez según la causa pueden ser endógenas dadas por principios internos o exógenas dadas por principios externos (Crespo, 2016).

Además, la OMS ha realizado una clasificación con el fin de homogeneizar criterios estableciendo así la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), ésta se distribuye en 22 capítulos que son los siguientes: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, Neoplasias, Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad, Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, Trastornos mentales y del comportamiento, Enfermedades del sistema nervioso, Enfermedades del ojo y sus anexos, Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, Enfermedades del sistema circulatorio, Enfermedades del sistema respiratorio, Enfermedades del aparato digestivo, Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, Códigos para situaciones especiales, entre otros (OPS, 2008).

2.1.4.3. Determinantes de la salud

Los determinantes de la salud pueden conceptualizarse como el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que inciden en el estado de salud de las personas y poblaciones (Villar, 2011). Asimismo, los determinantes sociales de la salud, como los ingresos y la educación, tienen efectos a lo largo del curso de la vida, debido a que los ingresos más altos se relacionan con mejores resultados de salud, incluyendo menor prevalencia de enfermedades cardiovasculares, diabetes y depresión (Adler et al., 2016). Estos pueden subdividirse en:

- **Biología humana.** Los determinantes de tipo biológico se refieren a los factores concernientes con la biología humana, son los que dependen de la estructura biológica

y de la constitución del organismo humano; tal es el caso de la herencia genética que determina la aparición de ciertas enfermedades; la edad, puesto que la enfermedad tiene sus diferenciaciones según las etapas de vida; y el sexo, ya que las enfermedades se presentan de modo diferente en el hombre y en la mujer (MINSA, 2017).

- **Estilos de vida.** Relacionados con los hábitos que tienen las personas y grupos sociales en cuanto a su alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividades sexuales, utilización de servicios de salud, entre otros. (Villar, 2011). También se relaciona con lo que impacta en el estilo de vida de las personas como su conducta, creencias, valores, bagaje histórico y percepción del mundo, su capacidad de comunicación, manejo del estrés y adaptación, etc. (Alfaro-Alfaro, 2014).
- **Medio ambiente.** Factores ambientales físicos, biológicos, de contaminación, factores socioculturales y psicosociales (Villar, 2011).
- **Atención sanitaria.** Lo relacionado a la calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a las personas (Villar, 2011).

2.1.4.4. Triada epidemiológica

El resultado de la enfermedad se puede diagramar como el producto de la interacción entre el hospedador humano, el agente y el ambiente (Celentano & Szklo, 2019). El huésped se refiere al ser humano capaz de ser afectado por cualquier agente patógeno, el cual a su vez tiene factores tales como la genética, edad, sexo, grupo étnico, condición fisiológica, enfermedad intercurrente e inmunidad; el agente se puede definir como cualquier elemento biopsicosocial o físico que debe estar para que se produzca una enfermedad, pueden ser de tipo infecciosos, fisicoquímicos, nutricionales, iatrogénicos y psicosociales; por su parte, el ambiente circunscribe los aspectos biológicos, fisicoquímicos, políticos, económicos y socioculturales (López, 2010).

A lo anteriormente expuesto se puede añadir que la salud de los individuos o de las poblaciones no se reduce a los aspectos biológicos si no que se haya determinada por un conjunto de factores que interactúan entre sí. Así, según la condición social del ser humano y su funcionamiento intersistémico, cualquier factor que le afecte se encuentra involucrado en todos y cada uno de los sistemas de los que forma parte, esta interdependencia genera un mecanismo de policausalidad en el que cada uno de estos sistemas, tiene alguna responsabilidad en los procesos que genera, aun cuando puedan parecer aislados (Nieto et al., 2004).

2.1.4.5. Epidemiología

A nivel mundial, las primeras cinco causas de muerte prematura en hombres y mujeres en el 2012 son la cardiopatía isquémica, seguida de las infecciones de las vías respiratorias inferiores, los accidentes vasculares cerebrales, las complicaciones del parto prematuro y las enfermedades diarreicas (OMS, 2014).

Asimismo, para el 2016 las principales causas de muerte que contribuye a una menor esperanza de vida en los hombres son la cardiopatía isquémica, las lesiones viales, los cánceres de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), accidente cerebrovascular, cirrosis del hígado, tuberculosis, cáncer de próstata y la violencia interpersonal. Mientras que para las mujeres son el cáncer de mama, las afecciones maternas y el cáncer cervical (OMS, 2019).

En cuanto al Perú, las causas más frecuentes de mortalidad en el Perú fueron las enfermedades del sistema respiratorio con un 21%, las neoplasias con un 20%, las enfermedades del sistema circulatorio con un 19% y las causas externas con un 11% (OPS, 2017).

En el 2016 se analizó la carga de enfermedad en el Perú (MINSA, 2016) encontrándose que las enfermedades que produjeron mayor pérdida de años de vida saludables fueron los trastornos mentales y del comportamiento, seguido de las lesiones no intencionales, las enfermedades cardiovasculares y las condiciones perinatales; asimismo, por subcategorías de enfermedades las que produjeron mayor cantidad de años de vida saludables perdidos fueron la depresión unipolar, las infecciones de las vías respiratorias bajas, la artrosis, la diabetes mellitus, los accidentes de tránsito, la dependencia de alcohol, la enfermedad cerebrovascular, la hipertrofia prostática, la anoxia/asfixia/trauma al nacimiento y el bajo peso/prematuridad.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

De acuerdo con Ato et al. (2013) este estudio se perfila como una investigación empírica de tipo de estrategia asociativa pues se orienta a explorar la relación funcional existente entre variables. Por ello, la investigación se realizó siguiendo un enfoque cuantitativo con datos secundarios y es concebida como un estudio de tipo sustantivo pues busca dar respuesta a problemas de índole teórico (Montero & León, 2007). Según Ato et al. (2013), el presente estudio se enmarca en el Diseño de Cohorte Retrospectivo (DCR), el cual se analiza si un conjunto de personas ha sido expuesto o no a cierta variable independiente para identificar si ello tiene alguna influencia sobre una variable dependiente.

3.2. Población y muestra

El presente estudio se realizó con datos de fuente secundaria, los datos fueron obtenidos en el marco del “Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana 2015” (INSM, 2018).

El muestreo utilizado fue de tipo probabilístico estratificado por tamaño del centro (hospital/centros de salud) y por conglomerados dentro de cada centro (especialidad médica). La muestra total estuvo conformada por 10,885 adultos de ambos sexos, usuarios de los servicios de salud, que no presentaron problemas para establecer comunicación y que acudieron a recibir atención en consulta externa en 17 especialidades y en el Servicio de Psicología de Hospitales y Centros de Salud seleccionados de la provincia de Lima y de la Provincia Constitucional del Callao en el año 2015, cuyas características demográficas y educativas se describen en la tabla 1 a continuación.

Tabla 1*Adultos usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao*

Características demográficas y educativas	Número de pacientes	Porcentaje
Sexo		
Masculino	3875	35.60
Femenino	7010	64.40
Grupo de edad		
Menos de 30	2507	23.04
30 -39	1653	15.19
40 - 49	1923	17.68
50 - 59	2062	18.95
60 - 69	1677	15.42
70 a más	1057	9.72
Lengua materna		
Castellano	9740	89.60
Quechua	1089	10.02
Aymara/otras lenguas	42	0.39
Grado de instrucción		
Sin instrucción	310	2.85
Primaria	2264	20.80
Secundaria	5700	52.37
Superior no universitaria	1462	13.43
Superior universitaria	1149	10.56
Estado civil		
Casado/conviviente	5420	49.80
Separado/divorciado/viudo(a)	2669	24.52
Soltero(a)	2795	25.68

Se observó que aproximadamente las dos terceras partes de la muestra correspondían a usuarias de sexo femenino (64.40%). Las edades variaban entre 18 y 98 años, con una media de 46 ± 22 años. La mayoría hablaba castellano (89.6%), tenían una pareja 49.8% y los niveles de instrucción más frecuentes son primaria (20.8%) y secundaria (53.37%), tal como se muestra en la Tabla 1.

3.3. Operacionalización de variables

- Eventos vitales adversos infantiles. Medidos a través de una escala validada por el INSM (2009).
- Ansiedad. Medida a través del MINI de Sheehan et al. (1998), adaptada al español por Lecrubier et al. (2001).
- Depresión. Medida a través del MINI de Sheehan et al. (1998), adaptada al español por Lecrubier et al. (2001).
- Problemas de salud física. Medidos a través de la concurrencia de los participantes del estudio a los consultorios externos de los servicios médicos y los diagnósticos registrados.

3.4. Instrumentos

- Ficha de datos generales consignada en el Módulo EEIES M00 del estudio epidemiológico. En este apartado se registran datos generales del establecimiento y del participante.
- Módulo EESIES N.01. Registra los datos generales del adulto entrevistado.
- Módulo EESIES P.02. Consigna las enfermedades o problemas de salud tanto pasados como actuales por los que acuden los adultos y sus diagnósticos respectivos.
- Eventos Vitales Negativos. Está compuesto de 8 ítems que miden la experiencia negativa o traumática del entrevistado por haber sido objeto de abuso físico o sexual, por separación de los padres, por riesgo o amenaza de la integridad física de alguno de los miembros de la familia, por pérdida, por fallecimiento o separación de un familiar cercano; en el periodo anterior a los 18 años de edad.

- MINI, Minientrevista Neuropsiquiátrica Internacional (*Mini International Neuropsychiatric Interview*). Es un instrumento que incluye varias secciones para el diagnóstico de los principales trastornos psiquiátricos, bajo los lineamientos de la CIE 10. En el presente estudio se valoraron las secciones de los trastornos de ansiedad y de los trastornos depresivos. Para el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Lima fue adaptado lingüísticamente a través del ensayo piloto en personas residentes de cien viviendas provenientes de cada cono de Lima Metropolitana y el Callao. Además, el instrumento fue adaptado para obtener prevalencia de vida, prevalencia a seis y doce meses, además de la prevalencia actual de los principales desórdenes psiquiátricos.

3.5. Procedimiento

En primer lugar, se presentó el proyecto aprobado por la Universidad Nacional Federico Villarreal ante el Instituto Nacional de Salud Mental, en este último se solicitó a la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada del INSM la base de datos del “Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana 2015”. Además, del cuestionario de dicho estudio, se seleccionaron los ítems que contenían las variables del presente trabajo. Después, se realizó el análisis estadístico correspondiente con el propósito de concretar los objetivos planteados para esta investigación. Posteriormente, se diseñaron los gráficos y tablas que condensaron los resultados de la investigación. Tras ello, se interpretaron dichos hallazgos y se elaboraron las conclusiones y recomendaciones.

3.6. Análisis de datos

Se evaluaron las asociaciones bivariadas entre los eventos adversos en la infancia, los problemas de salud física y las variables ansiedad y depresión, utilizando pruebas estadísticas de independencia chi cuadrado de Pearson.

Posteriormente, para el análisis inferencial se empleó el cálculo de Odds Ratio (OR), intervalos de confianza al 95%, Chi-cuadrado y probabilidades de significancia estadística. Los análisis estadísticos fueron realizados con el software IBM SPSS Statistics versión 23.

3.7. Consideraciones éticas

- Comités de ética. La presente investigación se sometió al comité de ética de la Universidad Nacional Federico Villarreal y del Instituto Nacional de Salud Mental.
- Buenas prácticas clínicas. Se encuentran claramente especificadas las responsabilidades y funciones del investigador, así como los contenidos básicos y los documentos esenciales para la conducción del estudio.
- Responsabilidades del investigador. El investigador se encargó del cumplimiento de los lineamientos de la Universidad Nacional Federico Villarreal, del respeto a las leyes locales y del apego al plan de investigación.
- Manejo de la información. Los datos generados durante la investigación tuvieron la calidad que se busca y estuvieron disponibles en los tiempos requeridos para su análisis.

IV. RESULTADOS

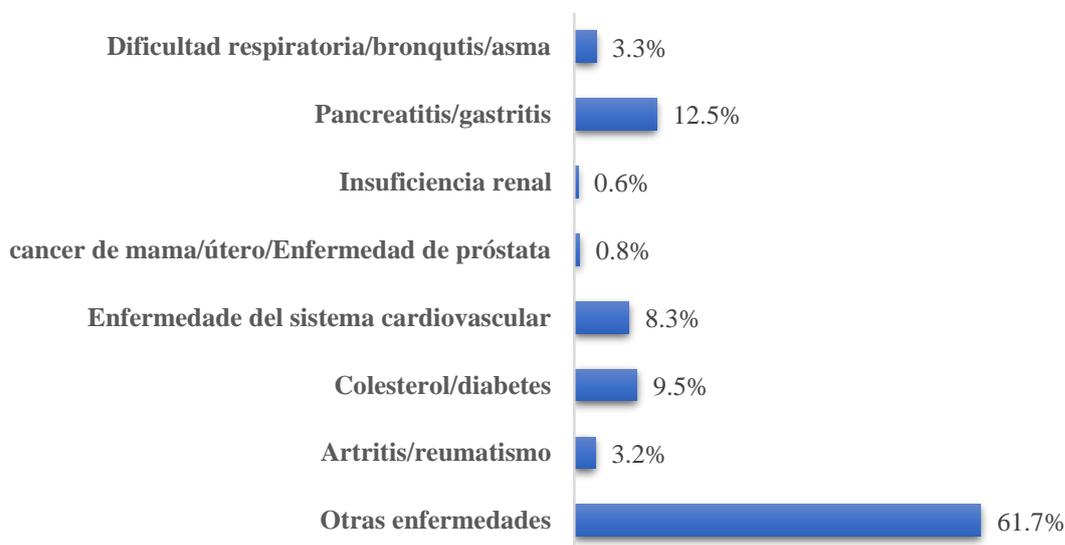
4.1. Resultados de la investigación

4.1.1. Problemas de salud según el sexo, edad y grado de instrucción

En la muestra total, respecto a los problemas de salud física presentados por los usuarios de los servicios de salud en los últimos 6 meses anteriores a la entrevista, se observa que en general, la pancreatitis y gastritis son los más frecuentes (12.5%), en segundo y tercer lugar están los problemas asociados con el sistema endocrino (colesterol elevado y diabetes) con una frecuencia de 9.5% y las enfermedades cardiovasculares (8.3%) (Figura 3).

Figura 3

Prevalencia de los Problemas de salud física en los usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao



4.1.1.1. Problemas de salud según sexo

Cuando se comparan los porcentajes de los problemas de salud según el sexo de los usuarios de los servicios de salud que los presentaron, se observó que, con excepción del cáncer que es más frecuente en el sexo masculino (70%), la enfermedad con mayor frecuencia fue la

gastritis o pancreatitis, la cual fue más prevalente en mujeres (74%) que en hombres (26%). De igual manera, los problemas relacionados a sistema cardiovascular (66.2%) y diabetes (62.6%) fueron más frecuentes en mujeres. Además, se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas en los problemas de salud según el sexo de los participantes ($p < .005$), tal como se muestra en la Tabla 2. Este hallazgo se relaciona con la literatura que explica que las mujeres experimentan un mayor temprano deterioro en la salud física (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2020; OPS & OMS, 2017).

Tabla 2

Prevalencia de problemas de salud física según sexo en usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao

Problemas de salud física	Muestra	Sexo				<i>p</i>
		Masculino		Femenino		
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Dificultad respiratoria, bronquitis o asma	83	29	34.9	54	65.1	
Pancreatitis o gastritis	311	81	26.0	230	74.0	
Insuficiencia renal	16	7	43.8	9	56.3	
Cáncer de mama, útero o enfermedad a la próstata	20	14	70.0	30	30.0	.002
Sistema cardiovascular	207	70	33.8	137	66.2	
Colesterol o diabetes	235	88	37.4	147	62.6	
Artritis o reumatismo	79	25	31.6	54	68.4	
Otras enfermedades	1535	501	32.6	1034	67.4	

Nota: *f* = Frecuencia; *p* = Significancia estadística de la prueba de independencia chi cuadrado de Pearson

También este hallazgo, se relaciona con aquellos estudios que indican la mayor prevalencia de eventos adversos en la infancia en el sexo femenino y como éstos producen un impacto intenso y duradero que se traduce en diversas dolencias en la vida adulta (De Anda, 2021; OMS, 2016).

4.1.1.2. Problemas de salud física según edad

Con excepción de las enfermedades del sistema digestivo (pancreatitis gastritis) y las del sistema respiratorio (bronquitis, asma) que las sufren los más jóvenes; se observa que en edades medias entre 30 a 59 años se concentran las enfermedades y en porcentajes mayores a los demás grupos etarios, como la dificultad respiratoria (56.6%), pancreatitis o gastritis (55.0%), diabetes (42.1%), reumatismo (41.8 %), cáncer (40.0 %), insuficiencia renal (37.5%) y cardiovasculares (32.9%). Algunas de estas enfermedades elevan su frecuencia a medida que aumenta la edad, tales como las enfermedades cardiovasculares (65.7%), cáncer (60.0%), artritis (57.0%), colesterol o diabetes (56.2%) e insuficiencia renal (50.0%) (Tabla 3). Las enfermedades o problema de salud física difieren significativamente según la edad de los usuarios de los servicios de consulta externa ($p < .001$).

Tabla 3

Problemas de salud física según edad en usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao

Enfermedades	Muestra	Edad						<i>p</i>
		Menos de 30		30 -59		60 a más		
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Dificultad respiratoria, bronquitis o asma	83	17	20.5	47	56.6	19	22.9	<.001
Pancreatitis o gastritis	311	73	23.5	171	55.0	67	21.5	
Insuficiencia renal	16	2	12.5	6	37.5	8	50.0	
Cáncer de mama, útero o enfermedad a la próstata	20	0	0.0	8	40.0	12	60.0	
Sistema cardiovascular	207	3	1.4	68	32.9	136	65.7	
Colesterol o diabetes	235	4	1.7	99	42.1	132	56.2	
Artritis o reumatismo	79	1	1.3	33	41.8	45	57.0	
Otras enfermedades	1535	292	19.0	842	54.9	401	26.1	

Nota: *f* = Frecuencia; *p* = Significancia estadística de la prueba de independencia chi cuadrado de Pearson

Lo hallado, se explicaría con la asociación encontrada por algunos estudios entre experiencias adversas infantiles y un mayor riesgo de enfermarse a partir de la edad mediana, tal como ocurre en el presente estudio y donde también se puede observar la presencia de enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, renales, reumatismo, artritis, diabetes, en edades más avanzadas (Castillo et al., 2017; Hughes et al., 2019).

4.1.1.3. Problemas de salud física según nivel educativo

Con excepción de los tipos de cáncer, considerados en el estudio y las enfermedades del sistema digestivo que afectan a los que tienen mayores niveles de instrucción, todas las demás enfermedades son más frecuentes en las personas de menor nivel de instrucción. Si bien se observan asociaciones significativas de los problemas de salud física con el nivel educativo ($p < .001$), los resultados de la prueba de hipótesis de independencia chi cuadrado no son confiables debido al gran porcentaje de frecuencias esperadas fueron menores de cinco (25%) en la Tabla 4.

Tabla 4

Problemas de salud física según nivel educativo en usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao

Enfermedades o problemas de salud física	Muestra	Nivel educativo								<i>p</i>
		Sin instrucción		Primaria		Secundaria		Superior		
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Dificultad respiratoria, bronquitis o asma	83	0	0.0	18	21.7	44	53.0	21	25.3	
Pancreatitis o gastritis	311	3	1.0	77	24.8	155	49.8	76	24.4	
Insuficiencia renal	16	1	6.3	4	25.0	8	50.0	3	18.8	
Cáncer de mama, útero o enfermedad a la próstata	20	0	0.0	2	10.0	13	65.0	5	25.0	<.001
Sistema cardiovascular	207	13	6.3	62	30.0	113	54.6	19	9.2	
Colesterol o diabetes	235	9	3.8	78	33.2	112	47.7	36	15.3	
Artritis o reumatismo	79	4	5.1	27	34.2	32	40.5	16	20.3	
Otras enfermedades	1535	42	2.7	326	21.2	744	48.5	423	27.6	

Nota: *f* = Frecuencia; *p* = Significancia estadística de la prueba de independencia chi cuadrado de Pearson

Tal como se observa en los diversos estudios revisados, nuestro actual estudio también corroboraría que a mayor presencia de enfermedades menor desarrollo educativo que tendría repercusión inclusive, en el desarrollo socioeconómico del individuo (Merrick et al., 2019; OMS, 2017).

4.1.2. Eventos adversos infantiles según sexo, edad y nivel educativo

En la muestra total, el 35.6% de los usuarios de los servicios de consulta externa informaron haber sufrido por lo menos un evento adverso en su infancia. En la Tabla 5 se muestra la frecuencia de cada uno de los eventos adversos investigados. Se observa que el evento adverso más frecuentemente reportado es la separación de los padres (21.23%), otros tipos de abuso reportados que presentan frecuencias relativamente altas son, el abuso físico en

la forma de golpes, puñetes, empujones (14.7%) y el abuso psicológico en la forma de insultos, agresión verbal y ofensas (13.61%) y con menor frecuencia son el abuso sexual (en la forma de intentos o actos sexuales inapropiados sufridos en la infancia (5.49%) y el abandono de sus necesidades básicas como la alimentación (5.67%).

Tabla 5

Eventos adversos en la infancia en los usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao

Eventos adversos en la infancia	Eventos adversos			
	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Separación de padres	2270	21.23	8421	78.77
Abuso físico (golpes, puñete, empujones con frecuencia)	1595	14.70	9253	85.30
Abuso sexual (intentos o actos sexuales inapropiados)	596	5.49	10251	94.51
Riesgo o amenaza de la integridad de miembros de la familia	275	2.54	10571	97.46
Abuso psicológico (insultos, agresión verbal, ofensas frecuentes)	1476	13.61	9368	86.39
Chantaje, manipulación, humillaciones frecuentes	522	4.81	10324	95.19
Abandono (no le procuraban alimento)	615	5.67	10232	94.33

Nota: f = Frecuencia

4.1.2.1. Eventos adversos infantiles según sexo

Con la finalidad de evaluar la relación entre los eventos adversos y las enfermedades o problemas de salud más frecuentemente reportadas entre aquellas que son de interés en el presente estudio, se obtuvo un indicador del número de eventos adversos en la infancia, que luego fueron recategorizados como: tres eventos adversos o más, entre uno y dos y ninguno.

La prevalencia de los eventos adversos es mayor en mujeres que en hombres. Entre los que reportaron haber sufrido tres o más eventos adversos la mayoría son de sexo femenino (71.7%), lo mismo ocurre entre los que declararon haber sufrido entre uno y dos eventos

adversos (63.5%). Además, se observa una asociación significativa entre el número de eventos adversos y el sexo ($p < .001$). Todo ello se presenta en la Tabla 6.

Tabla 6

Eventos adversos en la infancia, en los usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao, según sexo

Número de eventos adversos en la infancia	Muestra	Sexo				<i>p</i>
		Masculino		Femenino		
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
3 a más	898	254	28.3	644	71.7	
Entre 1 y 2	2857	992	34.7	1865	65.3	<.001
Ninguno	6783	2509	37.0	4274	63.0	

Nota: f = Frecuencia; p = Significancia estadística de la prueba de independencia chi cuadrado de Pearson

Presentar más eventos adversos, puede afectar de manera distinta a hombres y mujeres. Aun cuando al parecer el sexo femenino es más vulnerable a sufrir eventos adversos en la infancia y esta sería una condición que haría a las mujeres más sensibles a enfermar dada la severidad del impacto de dichos eventos, sin embargo, aun cuando se sabe que la mayor parte de estos eventos ocurren a las mujeres en entornos cercanos, no hay datos concluyentes con relación al género (De Anda et al., 2021; Hughes et al., 2019; OMS, 2016; Weibel et al., 2017).

4.1.2.2. Eventos adversos infantiles según edad

En la tabla 7, se observa que la mayor prevalencia de los que tuvieron tres a más eventos adversos fueron las personas de 30 a 59 años (63%), de igual forma, los que sufrieron entre uno y dos eventos adversos, tienen mayormente entre 30 y 59 años (50.2%). Mientras que las personas mayores a 60 años presentan menores prevalencia en ambas categorías. Con respecto a la relación entre el grupo de edad y los eventos adversos en la infancia, se observa una asociación significativa entre la edad y el número de eventos adversos ($p < .001$).

Tabla 7

Eventos adversos en la infancia, en los usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao, según edad

Número de eventos adversos en la infancia o niñez	Muestra	Edad						<i>p</i>
		Menos de 30		30 -59		60 a más		
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
3 a más	898	182	20.3	566	63	150	16.7	
Entre 1 y 2	2857	762	26.7	1435	50.2	660	23.1	<.001
Ninguno	6783	1506	22.2	3461	51	1816	26.8	

Nota: f = Frecuencia; p = Significancia estadística de la prueba de independencia chi cuadrado de Pearson

Podría presumirse que estos hallazgos, podrían estar influenciados por sesgos de recuerdo o por diversos procesos de la memoria en los adultos mayores ya que se ha podido observar en estudios longitudinales la presencia de estos eventos aún en adultos mayores. (Merrik et al., 2018).

4.1.2.3. Eventos adversos infantiles según nivel educativo

La mayoría de las personas que sufrieron tres a más, tiene grado de instrucción secundaria (52.9%). Lo mismo ocurre entre los que sufrieron entre uno y dos eventos adversos ya que más de la mitad de los individuos tiene nivel educativo secundaria (53.8%). Además, se encontró una asociación significativa entre el número de eventos adversos y el nivel educativo ($p < .01$). Estos resultados se presentan en la Tabla 8.

Tabla 8

Eventos adversos en la infancia, en los usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao, según nivel educativo

Número de eventos adversos en la infancia	Muestra	Nivel educativo								<i>p</i>
		Sin instrucción		Primaria		Secundaria		Superior		
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
3 a más	898	29	3.2	215	23.9	475	52.9	179	19.9	.007
Entre 1 y 2	2857	71	2.5	580	20.3	1536	53.8	670	23.5	
Ninguno	6783	182	2.7	1379	20.3	3520	51.9	1702	25.1	

Nota: *f* = Frecuencia; *p* = Significancia estadística de la prueba de independencia chi cuadrado de Pearson

Se ha podido observar en algunos estudios, que quienes han tenido eventos adversos en la infancia, alcanzan la educación secundaria como máximo, probablemente por las consecuencias propias de estos eventos, como malas condiciones de vida y padecer algún problema de salud física o de salud mental, viéndose limitados en su desarrollo personal. (Schwartz et al., 2019).

4.1.3. Relación de los eventos adversos en la infancia y los problemas de salud física

Entre los que presentaron entre uno y dos eventos adversos, se observa que los problemas de salud física más frecuentes son los del aparato digestivo (pancreatitis, gastritis) con 13.95% y el colesterol elevado y la diabetes (9.81%) y las enfermedades del sistema cardiovascular (6.35%). Entre los que presentan 3 a más eventos adversos en la infancia, se observa que los problemas físicos más frecuentes son la pancreatitis y la bronquitis (10.75%). En segundo lugar, se tienen las enfermedades del sistema cardiovascular (5.73%), el colesterol elevado y la diabetes (5.73%). Al tener más de tres eventos adversos, se mantienen los mismos problemas de salud y continúan destacando los problemas gastrointestinales. Además, se

encontró una asociación significativa entre los problemas de salud y el número de eventos adversos en la infancia ($p < .01$). Estos resultados se presentan en la Tabla 9.

Tabla 9

Eventos adversos en la infancia y problemas de salud en los últimos 6 meses en los usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao

Enfermedades o problemas de salud	Número de eventos adversos en la infancia						<i>p</i>
	3 a más		1 a 2		Ninguno		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Dificultad respiratoria, bronquitis o asma	4	1.43	26	3.59	51	3.68	
Pancreatitis o gastritis	30	10.75	101	13.95	167	12.05	
Insuficiencia renal	1	0.36	4	0.55	11	0.79	
Cáncer de mama, útero o enfermedad a la próstata	3	1.08	8	1.1	8	0.58	.007
Sistema cardiovascular	16	5.73	46	6.35	137	9.88	
Colesterol o diabetes	16	5.73	71	9.81	137	9.88	
Artritis o reumatismo	11	3.94	16	2.21	47	3.39	
Otras enfermedades	198	70.97	452	62.43	828	59.74	
Total	279	100	724	100	1386	100	

Nota: *f* = Frecuencia; *p* = Significancia estadística de la prueba de independencia chi cuadrado de Pearson

Esto conduce a inferir que las posibilidades de presentar estas enfermedades físicas en la adultez son más altas para aquellos que en la infancia sufrieron más de uno de los siguientes eventos adversos en la infancia: separación de sus padres, abuso físico, abuso sexual, riesgo o amenaza de cualquier miembro de la familia, abuso psicológico, chantaje, manipulación, humillación o abandono. De tal forma, el haber atravesado experiencias adversas a edades tempranas repercute en el desarrollo de problemas físicos en la adultez (Clemens et al., 2018; Hughes et al., 2017; Vega-Arce et al., 2017).

4.1.4. Prevalencia de ansiedad y depresión según edad, sexo y nivel educativo

En la Tabla 10, se observa que mayoritariamente la presencia del trastorno actual de ansiedad (47.3%) y el trastorno depresivo actual (47.5%) se presentan en las edades 30 a 59 años. Además, se observa que existe una asociación significativa de la edad con la prevalencia actual de cualquier trastorno de ansiedad ($p < .001$) y con la prevalencia actual de trastorno depresivo ($p < .001$).

Tabla 10

Prevalencia actual de ansiedad y depresión según edad en los usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao

Prevalencia	Muestra	Edad						<i>p</i>
		Menos de 30		30 -59		60 a más		
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Trastornos de ansiedad								
Presente	184	70	38.0	87	47.3	27	14.7	<.001
Ausente	8593	2427	28.2	3470	40.4	2696	31.4	
Trastornos de depresión								
Presente	594	125	21.0	282	47.5	187	31.5	<.001
Ausente	8169	2367	29.0	3268	40.0	2534	31.0	

Nota: f = Frecuencia; p = Significancia estadística de la prueba de independencia chi cuadrado de Pearson

La presente tabla se explica en que, en la adultez de 30 a 59 años, las personas desempeñan mayores responsabilidades generando mayor estrés para el cual la persona que ha experimentado eventos adversos infantiles podría carecer de recursos psicológicos suficientes que le permitan afrontarlos pudiendo incrementarse la vulnerabilidad a experimentar problemas emocionales.

En la tabla 11, se muestra que la mayoría de las personas que presentan depresión son mujeres (78.1%), mientras que los hombres presentan una prevalencia menor (21.9%). Se

observa que existe una asociación significativa entre el sexo y el trastorno depresivo actual ($p < .001$). Con relación a la presencia de trastorno actual de ansiedad, también la mayoría son mujeres (61.6%). No se observa una asociación significativa con el sexo ($p = .393$).

Tabla 11

Prevalencia actual de ansiedad y depresión según sexo en los usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao

Prevalencia	Muestra	Sexo				<i>p</i>
		Masculino		Femenino		
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Trastornos de ansiedad						
Presente	219	84	38.4	135	61.6	.393
Ausente	10615	3775	35.6	6840	64.4	
Trastornos de depresión						
Presente	763	167	21.9	596	78.1	<.001
Ausente	10055	3687	36.7	6368	63.3	

Nota: *f* = Frecuencia; *p* = Significancia estadística de la prueba de independencia chi cuadrado de Pearson

La afectación en la salud mental también se hace más evidente en el sexo femenino, probablemente por ser el género más aquejado por los eventos adversos infantiles, aun cuando los resultados no evidencien asociación significativa (Schwartz et al., 2019; Weibel et al., 2017).

En la Tabla 12, en relación con el grado de instrucción la mayoría de quienes experimentaron ansiedad (52.6%) y depresión (51.1%) presentaron grado de instrucción secundaria. No se observaron asociaciones significativas ni con ansiedad ($p = .108$), ni con depresión ($p = .073$), tal como se evidencia en la Tabla 12.

Tabla 12

Prevalencia actual de ansiedad y depresión según Nivel educativo en los usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao

Prevalencia	Muestra	Nivel educativo								<i>p</i>
		Sin instrucción		Primaria		Secundaria		Superior		
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Trastornos de ansiedad										
Presente	219	6	2.7	35	16.0	112	51.1	66	30.1	.108
Ausente	10615	302	2.8	2217	20.9	5562	52.4	2534	23.9	
Trastornos de depresión										
Presente	763	22	2.9	181	23.7	401	52.6	159	20.8	.073
Ausente	10055	286	2.8	2065	20.5	5263	52.3	2441	24.3	

Nota: f = Frecuencia; p = Significancia estadística de la prueba de independencia chi cuadrado de Pearson

4.1.5. Relación de los trastornos de ansiedad y los problemas de salud física

En la tabla 13 se relaciona los trastornos de ansiedad actual (Fobia social, trastornos como el de pánico, obsesivo compulsivo, de ansiedad generalizada) con los problemas de salud física en los últimos 6 meses. Entre aquellos que presentan trastornos de ansiedad, el problema de salud que más frecuentemente se observa son la gastritis y la pancreatitis (11.24%), el siguiente problema de salud más frecuente es la diabetes y los problemas de colesterol elevado (6.74%), cáncer de mama, de cuello uterino y de próstata (3.37%) y los problemas respiratorios (3.37%). Además, se observa que el trastorno de ansiedad actual y los problemas de salud en los últimos 6 meses están significativamente asociados ($p=.016$).

Tabla 13

Prevalencia actual de trastornos de ansiedad y problemas de salud física en los últimos 6 meses en los usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao

Enfermedades o problemas de salud física en los últimos 6 meses	Prevalencia actual de trastornos de ansiedad				<i>p</i>
	Presente		Ausente		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Dificultad respiratoria, bronquitis o asma	3	3.37	80	3.36	.016
Pancreatitis o gastritis	10	11.24	297	12.47	
Insuficiencia renal	1	1.12	14	0.59	
Cáncer de mama, útero o enfermedad a la próstata	3	3.37	17	0.71	
Sistema cardiovascular	2	2.25	203	8.53	
Colesterol o diabetes	6	6.74	229	9.62	
Artritis o reumatismo	0	0.00	78	3.28	
Otras enfermedades	64	71.91	1463	61.44	
Total	89	100.00	2381	100.00	

Nota: f = Frecuencia; p = Significancia estadística de la prueba de independencia chi cuadrado de Pearson

Se observa que la ansiedad se halla significativamente asociada con los problemas de salud ($p < .05$), y como los estudios lo demuestran, los diversos cambios neurofísicos ocasionados al ponerse el organismo en alerta continua, provocan su sobreestimulación a partir de la ansiedad, la cual incrementan a su vez la probabilidad de generar problemas de salud física diversos (Sheikh, 2018), como se puede apreciar en el presente estudio.

4.1.6. Relación de los trastornos de depresión y los problemas de salud física

En la tabla 14 se puede observar que el 11.54% de los usuarios de los servicios de salud entrevistados que presentan trastornos depresivos, tienen problemas de salud relacionados con el sistema digestivo (gastritis y pancreatitis), 7.69% de pacientes reportaron sufrir de enfermedades relacionadas con el sistema cardiovascular (hipertensión, insuficiencia cardiaca, infarto, angina de pecho), colesterol elevado, y el 6.54% presentaron problemas relacionados con diabetes y colesterol.

Sin embargo, no se encontró evidencia de asociación estadísticamente significativa entre la prevalencia actual de trastorno depresivo y las enfermedades o problemas de salud física en los últimos seis meses ($p=.109$).

Tabla 14

Prevalencia actual de trastorno depresivo y problemas de salud física en los últimos 6 meses en los usuarios de los servicios de consulta externa de Centros de Salud de Lima y Callao

Problemas de salud en los últimos 6 meses	Prevalencia actual de trastorno depresivo				<i>p</i>
	Presente		Ausente		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Dificultad respiratoria, bronquitis o asma	5	1.92	78	3.54	.109
Pancreatitis o gastritis	30	11.54	275	12.48	
Insuficiencia renal	1	0.38	14	0.64	
Cáncer de mama, útero o enfermedad a la próstata	4	1.54	16	0.73	
Sistema cardiovascular	20	7.69	185	8.40	
Colesterol o diabetes	17	6.54	218	9.90	
Artritis o reumatismo	4	1.54	74	3.36	
Otras enfermedades	179	68.85	1343	60.96	
Total	260	100.00	2203	100.00	

Nota: *f* = Frecuencia; *p* = Significancia estadística de la prueba de independencia chi cuadrado de Pearson

No se observó una asociación significativa con los problemas de salud física, por lo que se infiere que puede tratarse de problemas de salud física leves o trastornos depresivos generados por otras causas como algún evento reciente y diferente a los que se vienen tratando en este estudio como, por ejemplo, haber perdido el trabajo, o algún familiar, entre otros.

4.2. Análisis de resultados

4.2.1. Determinación de los eventos vitales adversos como factores de riesgo para los problemas de salud física en adultos

Se empleó los Odds Ratio (OR), con sus respectivos intervalos de confianza y su significancia estadística mediante la prueba Chi-cuadrado. En la Tabla 15 se presentan los resultados. Se halló evidencia que la separación de los padres determina un riesgo de 1.26 veces más para presentar un problema de salud en adultos, en comparación a quienes no hayan vivido esta experiencia. Si bien la asociación es estadísticamente significativa ($p < .001$); sin embargo, el riesgo es insignificante (Remington & Schork, 1974).

Con respecto al Abuso físico (golpes, puñete, empujones con frecuencia), se halló evidencia que esta variable determina un riesgo de 1.51 veces más para presentar un problema de salud en adultos, en comparación a quienes no hayan sufrido de abuso físico. Si bien la asociación es estadísticamente significativa ($p < .001$); sin embargo, el riesgo es insignificante (Remington & Schork, 1974).

Por otro lado, se halló evidencia que el abuso sexual (intentos o actos sexuales inapropiados) determina un riesgo de 1.56 veces más para presentar un problema de salud en adultos, en comparación a quienes no hayan sufrido de abuso sexual. Si bien la asociación es estadísticamente significativa ($p < .001$); sin embargo, el riesgo es insignificante (Remington & Schork, 1974).

Del mismo modo, se halló evidencia que el riesgo o amenaza de la integridad de miembros de la familia determina un riesgo de 1.84 veces más para presentar un problema de salud en adultos, en comparación a quienes no hayan experimentado esta situación. Si bien la asociación es estadísticamente significativa ($p < .001$); sin embargo, el riesgo es moderado (Remington & Schork, 1974).

Asimismo, se halló evidencia que el abuso psicológico (insultos, agresión verbal, ofensas frecuentes) determina un riesgo de 1.67 veces más para presentar un problema de salud en adultos, en comparación a quienes no hayan sufrido este tipo de abuso. Si bien la asociación es estadísticamente significativa ($p < .001$); sin embargo, el riesgo es insignificante (Remington & Schork, 1974).

Con respecto al chantaje, manipulación, humillaciones frecuentes, se halló evidencia que estas variables determinan un riesgo de 1.60 veces más para presentar un problema de salud en adultos, en comparación a quienes no hayan experimentado estas situaciones. Si bien la asociación es estadísticamente significativa ($p < .001$); sin embargo, el riesgo es insignificante (Remington & Schork, 1974).

Por último, se halló evidencia que el abandono (no le procuraban alimento) determina un riesgo de 1.51 veces más para presentar un problema de salud en adultos, en comparación a quienes no hayan vivido esta situación. Si bien la asociación es estadísticamente significativa ($p < .001$); sin embargo, el riesgo es insignificante (Remington & Schork, 1974).

Tabla 15*Odds Ratio de los eventos vitales adversos con relación a los problemas de salud en adultos*

Variables	OR	IC 95%	X ²	p
Separación de padres	1.26	1.13 - 1.41	17.35	.000
Abuso físico (golpes, puñete, empujones con frecuencia)	1.51	1.34 - 1.70	46.42	.000
Abuso sexual (intentos o actos sexuales inapropiados)	1.56	1.31 - 1.87	23.43	.000
Riesgo o amenaza de la integridad de miembros de la familia	1.84	1.43 - 2.36	22.10	.000
Abuso psicológico (insultos, agresión verbal, ofensas frecuentes)	1.67	1.48 - 1.89	70.38	.000
Chantaje, manipulación, humillaciones frecuentes	1.60	1.32 - 1.93	22.85	.000
Abandono (no le procuraban alimento)	1.51	1.26 - 1.80	19.86	.000

Nota: OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de confianza; X² = Prueba chi cuadrado de independencia; p = Significancia estadística.

4.2.2. Determinación de la ansiedad como factor de riesgo para los problemas de salud física en adultos

Se empleó los Odds Ratio (OR), con sus respectivos intervalos de confianza y su significancia estadística mediante la prueba Chi-cuadrado. En la Tabla 16 se presentan los resultados. Se halló evidencia que la prevalencia actual de cualquier trastorno de ansiedad determina un riesgo de 2.36 veces más para presentar un problema de salud en adultos, en comparación a quienes no presentan esta condición. Si bien la asociación es estadísticamente significativa ($p < .001$); sin embargo, el riesgo es moderado (Remington & Schork, 1974).

Tabla 16*Odds Ratio de la ansiedad con relación a los problemas de salud en adultos*

Variable	OR	IC 95%	X ²	p
Prevalencia actual de cualquier trastorno de ansiedad	2.36	1.80 - 3.10	39.24	.000

Nota: OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de confianza; X² = Prueba chi cuadrado de independencia; p = Significancia estadística.

4.2.3. Determinación de la depresión como factor de riesgo para los problemas de salud física en adultos

Se empleó los Odds Ratio (OR), con sus respectivos intervalos de confianza y su significancia estadística mediante la prueba Chi-cuadrado. En la Tabla 17 se presentan los resultados. Se halló evidencia que la prevalencia actual de trastornos depresivos en general determina un riesgo de 1.82 veces más para presentar un problema de salud en adultos, en comparación a quienes no presentan esta condición. Si bien la asociación es estadísticamente significativa ($p < .001$); sin embargo, el riesgo es moderado (Remington & Schork, 1974).

Tabla 17*Odds Ratio de la depresión con relación a los problemas de salud en adultos*

Variable	OR	IC 95%	X ²	p
Prevalencia actual de trastornos depresivos en general	1.82	1.56 - 2.13	56.79	.000

Nota: OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de confianza; X² = Prueba chi cuadrado de independencia; p = Significancia estadística.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente trabajo de investigación se encontró que las mujeres (68%) tuvieron mayor probabilidad de presentar problemas de salud física que los hombres (32%). En Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2020) también ha encontrado que el 41.2% de mujeres reportó tener alguna dificultad de salud crónica, en comparación con el 34.1%, de los hombres. En cuanto a la edad, la mayoría de los participantes (84%) presentaron problemas de salud física, por lo que enfermedades crónicas como el cáncer, dificultades cardiovasculares, colesterol elevado, diabetes, artritis y reumatismo se asociaron con el aumento de edad de los usuarios. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2020), el 36.1% de las personas de 15 a 49 años presenta una enfermedad crónica, mientras que el 77.9% de las personas mayores de 60 años reporta al menos una enfermedad crónica. Coincidentemente, el estudio de McCrory et al. (2015) señala que existe un mayor riesgo de enfermar en edades medianas y avanzadas. Así mismo, revisiones sistemáticas han encontrado asociación entre eventos adversos infantiles tanto con riesgo de cáncer (Huang et al., 2015) como con diabetes tipo II (Holman et al., 2016).

En este estudio, el 35.6% de los usuarios reportaron haber sufrido al menos un evento adverso en su infancia. Otros estudios muestran que experimentar este tipo de eventos afecta etapas de la vida posteriores, como la adolescencia, juventud y adultez. El estudio de prevalencia de Carlson et al. (2020) halló que a nivel mundial dos tercios de los adolescentes experimentaron eventos adversos significativos. En Estados Unidos, el 61.55% de una muestra representativa de adultos reportó haber estado expuesto en su infancia (Merrick et al., 2018). En Alemania, un estudio evaluó a personas adolescentes y adultos, encontrando que el 43.7% experimentó por lo menos un evento. Adicionalmente, una revisión sistemática con metaanálisis halló una prevalencia de 57% en adultos mayores a 18 años. En Perú, no se han realizado estudios de prevalencia a nivel nacional, sin embargo, la literatura internacional

también indica que experimentar este tipo de eventos es una problemática común aún en la actualidad que conduce a su vez a otros problemas como tabaquismo, conductas adictivas, conductas violentas interpersonales y autodirigidas, asumir riesgos sexuales entre otras (Hughes et al., 2017; Teixeira et al., 2017).

En lo referente a tipos de EAI, en esta investigación se encontró que el más frecuente fue la separación de los padres (21.2%). En Colombia, una investigación retrospectiva halló que el evento más reportado fue la separación de los padres (60.3%) de niños atendidos en el servicio de pediatría en un hospital (Aguado et al., 2020). El segundo y el tercer tipo de abuso más reportado en esta investigación fueron el físico (14.7%) y el abuso psicológico (13.61%), respectivamente. Crouch et al. (2019) encontraron que el 21.9% de los niños atravesó la separación o divorcio como uno de los eventos adversos más prevalente. Además, los adolescentes de 13 a 17 años (34.7 %), niños afroamericanos no hispanos (34.7 %), niños con necesidades especiales de atención médica (36.3%), los niños que viven en la pobreza (37.2%) y los niños que viven en áreas rurales (30.5%) tenían más probabilidades de estar expuestos a separación o divorcio de los padres.

Otro estudio, también reportó al divorcio como evento más prevalente (19.4%), seguido del abuso de drogas y alcohol (16.7%) percibida por los adultos en algún familiar durante su infancia (Witt, et al., 2019). Por su parte, Merrik et al. (2019) identificaron al abuso emocional como el evento más frecuente (34.42%), pero seguido por separación parental (27.63%) y abuso de sustancias por familiares (27.56%); para Castillo et al. (2017) las experiencias adversas de mayor frecuencia fueron el abuso físico (32.2%) seguido por la separación de los padres (32.2%) y por el abuso emocional (28.1%). En síntesis, diversos estudios de diferentes realidades coinciden con los datos de esta investigación, por lo que es importante que se proporcione herramientas tanto a los padres como a los hijos para que el proceso de separación pueda resultar de menor impacto posible para las familias, pues se conoce que las personas con

mayor número de EAI, poseen un mayor riesgo de replicar estos eventos en la próxima generación (Hughes et al, 2017).

También, este trabajo mostró una asociación entre el número de eventos adversos y el sexo. La mayoría de las personas que reportaron haber experimentado tres o más eventos adversos fueron mujeres (71.7%), así como los usuarios con uno o dos eventos (63.5%). Al respecto, De Anda et al. (2021) encontraron que los eventos adversos que ocurren dentro del entorno son reportados con mayor frecuencia en mujeres; no obstante, no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el número eventos adversos y el sexo. Si bien este es un estudio reciente, debe precisarse que el diseño fue transversal con una muestra no probabilística. Mayormente otros hallazgos han mostrado resultados mixtos, en algunos las mujeres han presentado asociaciones más fuertes con los eventos adversos, mientras que otros suceden con el grupo de los hombres, por lo que aún no hay evidencia suficiente para identificar definitivamente las diferencias de género en los efectos del maltrato (Serenio et al., 2020).

Los resultados del presente estudio apoyaron una asociación significativa entre problemas de salud física en la adultez y los eventos adversos en la infancia. Quienes presentaron más de un evento adverso infantil, presentaron con mayor frecuencia problemas del aparato digestivo (pancreatitis, gastritis) con 13.95%, colesterol elevado y diabetes (9.81%), y enfermedades del sistema cardiovascular (6.35%). Al respecto, diversos estudios sobre salud física han encontrado que quienes padecieron sucesos adversos atravesaron problemas de salud como obesidad, riesgo de cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares y respiratorias en la adultez, requiriendo con mayor frecuencia los servicios de salud (Afifi et al., 2016; Clemens et al., 2018; Huang et al., 2015; Hughes et al., 2017; Kalmakis & Chandler, 2015; Vega-Arce et al., 2017). Con relación a problemas pulmonares, Lopes et al. (2020) encontraron una asociación entre éstas con los eventos adversos infantiles, principalmente con

asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC. Del mismo modo, Pierce et al. (2020) hallaron asociación con mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares.

Sobre problemas de salud mental, se ha encontrado en el presente estudio, una prevalencia de ansiedad (47.3%) y de trastorno depresivo actual (47.5%), se presentan en las edades 30 a 59 años, en ambos casos existe una asociación significativa de la edad con la prevalencia actual de cualquier trastorno de ansiedad y de trastorno depresivo. Al respecto, estudios señalan que los eventos adversos infantiles, tienen asociación con depresión, ansiedad, intentos suicidas y estrés postraumático (Crouch et al., 2019; Vega-Arce et al., 2017; Weibel et al., 2017). Asimismo, otros estudios señalan que a mayor número de experiencias adversas mayor riesgo de depresión (Vitriol et al., 2017; Schwartz et al., 2018).

De este modo, estas situaciones de adversidad hacen vulnerables a las poblaciones en cuanto a morbilidad, mortalidad y posibilidades de acceso a mejores condiciones de vida. Contrariamente, un estudio de revisión sistemática con metaanálisis identificó asociaciones débiles de eventos con el sobrepeso o la obesidad y la diabetes; asociaciones moderadas para tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, mala salud autoevaluada, cáncer, enfermedades cardíacas y respiratorias; asociaciones fuertes para toma de riesgos sexuales, enfermedad mental y consumo problemático de alcohol (Hugues et al., 2019).

En ese sentido, en este estudio se halló que los adultos con mayores riesgos de tener enfermedades físicas en la adultez, en la infancia sufrieron más de uno de los siguientes eventos adversos infantiles: separación de sus padres, abuso físico, abuso sexual y abuso psicológico; sin embargo, se determinó que estos eventos vitales adversos específicos, constituían factores de riesgo insignificante para desarrollar problemas de salud física en adultos, con excepción del riesgo o amenaza de la integridad de miembros de la familia, que constituye un factor de riesgo moderado para desarrollar un problema de salud en adultos. Por ello, es necesario que

futuros estudios continúen evaluando en qué medida los problemas de salud física y mental están relacionados.

Otro hallazgo relevante de esta investigación fue la asociación significativa entre la ansiedad y las enfermedades físicas en adultos, aunque no se encontró asociación entre depresión y problemas de índole física específica, sí se halló una asociación estadísticamente significativa entre la prevalencia actual de trastornos depresivos en general y problemas de salud en adultos. Estudios previos han señalado tanto a la depresión como a la ansiedad como factores que impactan negativamente en pronósticos y resultados de salud física, y generando conductas como inactividad física, peor autocuidado, peor estado funcional y disminución de la calidad de vida (Capobianco et al., 2020). Al respecto, también se conoce que las personas que viven con una enfermedad física crónica, como problemas cognitivos, accidente cerebrovascular, artritis, asma, enfermedad cardíaca, diabetes mellitus tipo 2, y cáncer de mama, tienen un mayor riesgo de desarrollar ansiedad y/o depresión (Zou et al., 2018).

A lo anterior citado líneas arriba, se suma que en este estudio se encontró que tanto la ansiedad como la depresión constituyen factores de riesgo moderado para los problemas de salud en adultos. Al respecto, un estudio realizado en población adolescente dio a conocer que las experiencias infantiles positivas pueden moderar el impacto de las experiencias infantiles adversas en la depresión y la ansiedad (Qu et al., 2022). En otro estudio, los resultados mostraron que las relaciones entre los eventos adversos en la infancia y la ansiedad, así como la autocompasión y la ansiedad, fueron moderadas por el apoyo social (Chi et al., 2022)

También, este estudio permite conocer las prevalencias de eventos adversos en la infancia, ansiedad, depresión y problemas de salud física en la adultez. Por lo tanto, una implicancia práctica, desde un enfoque preventivo, estaría dirigida a poder realizar programas psicoeducativos para padres de familia con el objetivo de brindar pautas de crianza que

favorezcan el respeto, la comunicación y disciplina efectivas para un desarrollo de personas saludables y reducir o evitar los eventos adversos infantiles (EAI). Desde un enfoque de intervención clínica, se podrá brindar atención especializada a quienes presenten trastornos de ansiedad y depresión, indagando y evaluando sus posibles eventos adversos infantiles y evaluando sus niveles de ansiedad y depresión en la primera atención a los usuarios en estas situaciones, para evitar que su estado de salud física y emocional se afecte en mayor magnitud.

Finalmente, la fortaleza de este estudio es que tiene una muestra grande ($n=10\ 885$) y proviene de un muestreo probabilístico complejo en etapas, lo cual garantiza la representatividad de la población de estudio. Además, una implicancia teórica estaría determinada por el hecho de que los hallazgos obtenidos están en concordancia con la literatura vigente y alimentan el cuerpo teórico existente, afianzando el rol de la salud mental como factor importante para desarrollar problemas de salud física.

Cabe señalar que, para la interpretación de los resultados se deben tener en cuenta los siguientes aspectos. Primero, los datos se han obtenido de una base de datos secundaria, por lo tanto, el estudio fue realizado con las variables disponibles; sin embargo, se verificó la calidad de datos antes de realizar los análisis. Segundo, los datos provienen de usuarios de Lima y Callao, lo cual limitaría la generalización de los resultados a la población peruana, no obstante, los hallazgos son extrapolables en los departamentos evaluados. Tercero, los datos provienen de un estudio de diseño transversal por lo que las respuestas frente a la variable de eventos adversos infantiles pueden estar sujetas a sesgos de memoria por parte de los participantes. Por ello, no se pueden establecer relaciones de causalidad entre las variables de estudio. Cuarto, los datos corresponden al año 2015, por lo que podría haber una variación de hallazgos en la actualidad.

VI. CONCLUSIONES

- 1) Se ha podido comprobar que los eventos vitales adversos infantiles, ansiedad y depresión, constituyen factores de riesgo para los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana. La mayoría de los eventos vitales adversos constituyen factores de riesgo insignificante, con excepción del riesgo o amenaza de la integridad de miembros de la familia, que constituye un factor de riesgo moderado para los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana. Por su parte, la ansiedad y depresión constituyen factores de riesgo moderado para los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana.
- 2) Los problemas de salud física más prevalentes fueron la pancreatitis y gastritis (12.5%), colesterol elevado y diabetes (9.5%) y las enfermedades cardiovasculares (8.3%). Los problemas de salud física fueron más frecuentes en mujeres (68%) que en los hombres (32%), y se encontró una relación significativa con el sexo de los adultos del estudio. Los problemas de salud fueron más comunes en las personas mayores a 30 años (84%) y se halló una asociación significativa con la edad. Asimismo, los usuarios con un grado de instrucción de secundaria presentaron mayores problemas de salud física que los usuarios con un grado universitario.
- 3) El 35.6% de los usuarios de los servicios de consulta externa reportó haber sufrido por lo menos un evento adverso en su infancia. Los eventos más comunes fueron la separación de los padres (21.23%), el abuso físico (14.7%) y el abuso psicológico a través de insultos, agresión verbal y ofensas frecuentes (13.61%). Se observó asociación significativa entre el número de eventos adversos según sexo y edad. Además, los problemas de salud y los eventos adversos en la infancia presentaron una relación estadísticamente significativa.

- 4) Se encontró una asociación significativa entre los problemas de salud física y el número de eventos adversos en la infancia, por lo que haber atravesado experiencias adversas a edades tempranas repercute en el desarrollo de problemas físicos en la adultez. Sobre la salud física, se ha podido determinar que quienes padecieron eventos adversos infantiles, atravesaron enfermedades como obesidad, riesgo de cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares y respiratorias en etapa adulta.
- 5) La prevalencia de ansiedad de mujeres fue 61.6%, mientras que en hombres fue 38.4%. De igual manera, la prevalencia de depresión de mujeres fue 78.1%, mientras que en hombres fue 21.9%. En cuanto a edad, los adultos con edades entre 30 a 59 años presentaron mayor frecuencia en ansiedad (47.3%) y depresión (47.5%). Se encontró asociación significativa entre ansiedad y problemas de salud física; pero no se encontró asociación entre depresión y problemas de salud física específica; sin embargo, al analizar la prevalencia de trastorno depresivo en general y problemas de salud física en general, se halló una asociación estadísticamente significativa entre ambos ($p < .001$).
- 6) La mayoría de las personas que presentan depresión (78.1%) como ansiedad (61.6%) son mujeres. Mayormente la presencia del trastorno actual de ansiedad (47.3%) y el trastorno depresivo actual (47.5%) se presentan en las edades 30 a 59 años. Con relación al grado de instrucción la mayoría de quienes experimentaron ansiedad (52.6%) y depresión (51.1%) presentaron grado de instrucción secundaria. Se encontró una asociación significativa entre el sexo y el trastorno depresivo actual ($p < .001$), así como una asociación significativa de la edad con ansiedad y depresión.
- 7) Este estudio permite visibilizar la importancia de las etapas tempranas del desarrollo del individuo, debido a que los resultados indican que existe relación estrecha entre los eventos adversos infantiles y las consecuencias, tanto físicas como emocionales, en la calidad de vida del adulto. Las personas que han experimentado eventos adversos

infantiles pueden tener más probabilidades de adoptar estilos de vida poco saludables, como la falta de actividad física, el consumo excesivo de alcohol, el tabaquismo o una alimentación desequilibrada.

- 8) Por último, es menester destacar la escasez de estudios que expliquen las relaciones entre eventos adversos, ansiedad y depresión y su impacto sobre los problemas de salud física en nuestro contexto.

VII. RECOMENDACIONES

- 1) Se recomienda implementar programas psicoeducativos para padres durante la gestación de la madres o edad temprana de los niños, en los que se oriente sobre las consecuencias del maltrato y los beneficios de una paternidad responsable, con el objetivo de reducir la prevalencia de las experiencias adversas en la infancia y que se pueden brindar desde los programas de psicoprofilaxis en las gestantes y en las escuelas de padres que puedan generar las escuelas e inclusive entes gubernamentales, como por ejemplo las municipalidades u otros de apoyo social, a fin de mejorar la calidad de vida de la población, reduciendo gastos en salud para las familias y naciones.
- 2) Que el Colegio de Psicólogos del Perú junto al MINSA y el Ministerio de Educación (MINEDU), promuevan acciones como las citadas líneas arriba en pro de reducir los EAI o de mitigar su impacto.
- 3) Considerar un modelo de atención que implique realizar una evaluación biopsicosocial exhaustiva a los pacientes en el que se aborden los síntomas actuales y relacionados a las experiencias de etapas tempranas con la participación de equipos interdisciplinarios que permita el conocimiento del problema real subyacente para beneficio del usuario y la prevención de mayores problemas en las generaciones más jóvenes de la familia.
- 4) Incluir otras variables para evaluar si constituyen factores de riesgo que permitan comprender qué otros factores protectores o de riesgo están relacionados con los problemas físicos de los adultos. Por ejemplo, variables como trastornos de conducta alimentaria, obesidad, adicciones, riesgo sexual o trastornos límite de personalidad. Esto beneficiaría a la construcción de teorías que visibilicen efectivamente las consecuencias de los eventos adversos en la infancia.
- 5) Realizar nuevos estudios sobre eventos adversos en la infancia y su asociación con los problemas de salud ya que en la revisión de este estudio se identificó una limitada

producción peruana sobre esta variable y, por otro lado, los estudios encontrados en general, aun muestran algunas discrepancias en los hallazgos.

- 6) Emplear muestras clínicas en personas con depresión o ansiedad que permitan visibilizar los perfiles de esta población con respecto al impacto de los eventos adversos en la infancia.
- 7) Realizar estudios psicométricos que permitan validar los instrumentos usados, como también, poder obtener baremos para su aplicación en diversas edades y grupos poblacionales, permitiendo un mejor conocimiento de estas variables y su impacto en diferentes grupos etarios y poblaciones.

VIII. REFERENCIAS

- Adler, N. E., Glymour, M. M., & Fielding, J. (2016). Addressing social determinants of health and health inequalities. *JAMA*, *316*(16), 1641-1642.
- Aguado, E., & Barrios, L. (2020). Análisis de las experiencias adversas en la infancia en la consulta de pediatría social del Hospital Fundación Alcorcón. *Conocimiento Enfermero*, *3*(10), 12-29.
- Alfaro-Alfaro, N. (2014). Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social. *Salud Jalisco*, *1*(1), 36-46.
- Afifi, T., Enns, M., Cox, B., Asmundson, G., Stein, M., & Sareen, J. (2008). Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *American Journal of Public Health*, *98*(5), 946-952.
- Afifi, T.O., MacMillan, H.L., Boyle, M., Cheung, K., Taillieu, T., Turner, S., & Sareen, J. (2016). Child abuse and physical health in adulthood. *Health Reports*, *27*(3), 10-18. https://www.researchgate.net/publication/298739431_Child_abuse_and_physical_health_in_adulthood
- Afifi, T., Sareen, J., Fortier, J., Taillieu, T., Turner, S., Cheung, K., & Henriksen, C. (2017). Child maltreatment and eating disorders among men and women in adulthood: Results from a nationally representative United States sample. *International Journal of Eating Disorders*, 1-16.
- Anda, R., Brown, D., Dube, S., Bremner, D., Felitti, V., & Giles, W. (2008). Adverse Childhood Experiences and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, *34*(5), 396-403. https://www.researchgate.net/publication/5445697_Adverse_Childhood_Experiences_and_Chronic_Obstructive_Pulmonary_Disease_in_Adults
- Anda, R., Tietjen, G., Schulman, E., Felitti, V., & Croft, J. (2010). Adverse childhood experiences and frequent headaches in adults. *Headache*, *50*(9), 1473-1481.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Asociación Psiquiátrica Americana.
- Ato, M., López, J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, *29*(3), 1038-1059.
- Baron, R., & Kenny, D. (1996). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*(6), 1173-1182.

- Barraca, J., & Pérez Álvarez, M. (2015). *Activación conductual para el tratamiento de la depresión*. Editorial Síntesis.
- Barlow, D. H., Conklin, L. R., & Bentley, K. H. (2015). Psychological treatments for panic disorders, phobias, and social and generalized anxiety disorders. En P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work*, 409–461. Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., ... & Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, *74*(9), 875-884.
- Bellis, M., Hughes, K., Leckenby, N., Jones, L., Baban, A., Kachaeva, M., . . . & Terzic, N. (2014). Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. *Bulletin of the World Health Organization*, *92*(9), 641-655.
- Burgermeister, D. (2007). Childhood Adversity: A review of measurement instruments. *Journal of Nursing Measurement*, *15*(3), 163-176.
- Capobianco, L., Faija, C., Husain, Z., & Wells, A. (2020). Metacognitive beliefs and their relationship with anxiety and depression in physical illnesses: A systematic review. *PLoS One*, *15*(9), e0238457. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238457>
- Carbajal-Valenzuela, C. C. (2021). Efectos neurobiológicos del maltrato infantil y otras experiencias adversas de la infancia: Una revisión bibliográfica. *Revista Salud y Administración*, *8*(23), 15-28.
- Carlson, J. S., Yohannan, J., Darr, C. L., Turley, M. R., Larez, N. A., & Perfect, M. M. (2020). Prevalence of adverse childhood experiences in school-aged youth: A systematic review (1990–2015). *International Journal of School & Educational Psychology*, *8*(sup1), 2-23. <https://doi.org/10.1080/21683603.2018.1548397>
- Castillo, A., Cleves, D., García, Á., Laverde, L., Medina, V., Cortés, H., . . . & Dávalos, D. (2017). Experiencias adversas de la infancia en una muestra de pacientes con enfermedad crónica en Cali-Colombia. *Medicina U.P.B.*, *36*(1), 9-15.
- Celentano, D., & Szklo, M. (2019). *Gordis. Epidemiología*. https://books.google.com.pe/books?id=38nSDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Center on the Developing Child at Harvard University. (s/f). Guide to toxic stress. <https://developingchild.harvard.edu/guide/a-guide-to-toxic-stress/>
- Clark, D., & Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. Desclée de Brouwer, S.A.

- Chi, X., Jiang, W., Guo, T., Hall, D. L., Luberto, C. M., & Zou, L. (2022). Relationship between adverse childhood experiences and anxiety symptoms among Chinese adolescents: The role of self-compassion and social support. *Current Psychology*, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02534-5>
- Clemens, V., Huber-Lang, M., Plener, P. L., Brahler, E., Brown, R. C., & Fegert, J. M. (2018). Corr association of child maltreatment subtypes and long-term physical health in a German representative sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1-10. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6136347/>
- Corral, V. (2017). *La relación entre experiencias tempranas de trauma infantil y comportamiento de riesgo suicida. Trabajo realizado desde la teoría del apego, con pacientes de 13 a 18 años que asisten al Departamento de Salud Mental del Hospital Enrique Garcés durante el año 2016* [Tesis de titulación, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio PUCE. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13504/DISERTACI%c3%93N%20VER%c3%93NICA%20JAZM%c3%8dN%20CORRAL%20PROA%c3%91O.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Crespo, I. (2016). *Fisiopatología general*. Ediciones Paraninfo. https://books.google.com.pe/books?id=7y-IDAAAQBAJ&pg=PA156&dq=biologia+clasificaci%C3%B3n+de+las+enfermedades+seg%C3%BAn+su+origen+y+duraci%C3%B3n&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwIjg9TQ_6zqAhWdIrkGHdGZAMwQ6AEwA3oECAAQA#v=onepage&q&f=false
- Cronholm, P. F., Forke, C. M., Wade, R., Bair-Merritt, M. H., Davis, M., Harkins-Schwarz, M., Pachter, L. M., & Fein, J. A. (2015). Adverse childhood experiences: Expanding the concept of adversity. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(3), 354–361. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.02.001>
- Crouch, E., Probst, J. C., Radcliff, E., Bennett, K. J., & McKinney, S. H. (2019). Prevalence of adverse childhood experiences (ACEs) among US children. *Child Abuse & Neglect*, 92, 209-218. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.04.010>
- De Anda, D. (2021). *Experiencias adversas en la infancia y su relación con síntomas depresivos y consumo de sustancias en adolescentes de San Juan del Río, Qro.* [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Querétaro]. Repositorio de la UAQ. <https://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/2481>
- De La Guardia, M. A., & Ruvalcaba, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90.
- Del Águila-Escobedo, A. (2015). Violencia y estrés infantil: ¿está en juego nuestro futuro? *Acta Médica Peruana*, 71-83.

- Douglas, K., Chan, G., Gelernter, J., Arias, A., Anton, R., Weiss, R., . . . & Kranzler, H. (2010). Adverse childhood events as risk factors for substance dependence: Partial mediation by mood and anxiety disorders. *Addictive Behaviors, 35*(1), 7-13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2763992/pdf/nihms137678.pdf>
- Felitti, V. (2002). The relation between adverse childhood experiences and adult health: Turning gold into lead. *The Permanente Journal, 6*(1), 44-47.
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., . . . & Marks, J. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245-258.
- Ferreira, E. (2013). *Acontecimientos vitales y su impacto sobre los síntomas y los trastornos emocionales en adolescentes*. [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona]. Repositorio TDX. <https://www.tdx.cat/handle/10803/129082#page=1>
- Finkelhor, D., Shattuck, A., & Hamby, S. (2015). A revised inventory of adverse childhood experiences. *Child Abuse and Neglect, 48*, 13-21. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213415002409?via%3Dihub>
- Gander, M., Sevecke, K., & Buchheim, A. (2018). Disorder-specific attachment characteristics and experiences of childhood abuse and neglect in adolescents with anorexia nervosa and a major depressive episode. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 1*-13.
- García-Camargo, F., & Acuña, L. (2016). Relación entre experimentar eventos vitales estresantes y su severidad. *Interamerican Journal of Psychology, 50*(3), 380-391.
- Gómez-Restrepo, C., Hernández-Bayona, G., Rojas-Urrego, A., Santacruz-Oleas, H., & Uribe-Restrepo, M. (2008). *Psiquiatría clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Editorial Médica Panamericana.
- Gomis-Pomares, A., & Villanueva, L. (2020). The effect of adverse childhood experiences on deviant and altruistic behavior during emerging adulthood. *Psicothema, 32*(1), 33-39. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.142>
- Hernández, R.; Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill.
- Hernández, M., Horga, J., Navarro, F., & Mira, A. (s/f). *Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria: Guía de actuación clínica en A.P.* https://issuu.com/ayudapsicologicaenlinea/docs/trastornos_de_ansiedad_y_adaptaci_
- Honkalampi, K. (2019). Adverse childhood experiences and alexithymia in patients with major depressive disorder. *Nordic Journal of Psychiatry, 74*(1), 45-50.

- Holman, D. M., Ports, K. A., Buchanan, N. D., Hawkins, N. A., Merrick, M. T., Metzler, M., & Trivers, K. F. (2016). The association between adverse childhood experiences and risk of cancer in adulthood: a systematic review of the literature. *Pediatrics, 138*, 81-91. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4268L>
- Huang, H., Yan, P., Shan, Z., Chen, S., Li, M., Luo, C., & Liu, L. (2015). Adverse childhood experiences and risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Metabolism, 64*(11), 1408-1418. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2015.08.019>
- Hughes, K., Bellis, M., Hardcastle, K., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., & Dunne, M. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health, 2*, 356-366.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Sethi, D., Andrew, R., Yon, Y., Wood, S., ... & Zakhosha, V. (2019). Adverse childhood experiences, childhood relationships and associated substance use and mental health in young Europeans. *European Journal of Public Health, 29*(4), 741-747. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz037>
- Instituto de Salud Mental. (2009). Confiabilidad y validez de los cuestionarios de los estudios epidemiológicos de salud mental de Lima y de la selva peruana. *Anales de Salud Mental, 25*(Supl. 1).
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2020). Población que reportó padecer algún problema de salud crónico según ámbito geográfico, 2009-2020 <https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/health/>
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2013). Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao replicación 2012. Informe general. *Anales de Salud Mental, XXIX Suplemento 1*.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana - 2015. Informe general. *Anales de Salud Mental, XXXIV*(1).
- Jewkes, R., Dunkle, K., Nduna, M., Jama, N., & Puren, A. (2010). Associations between childhood adversity and depression, substance abuse and HIV & HSV2 incident infections in rural South African youth. *Child Abuse & Neglect, 34*(11), 833-841. Recuperado el 30 de marzo de 2020, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2981623/pdf/nihms233828.pdf>
- Jud, A., Fegert, J., & Finkelhor, D. (2016). On the incidence and prevalence of child maltreatment: a research agenda. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 10*(17).

- Jun, H.-J., Rich-Edwards, J., Boynton-Jarrett, R., Austin, B., Frazier, L., & Wright, R. (2008). Child abuse and smoking among young women: The importance of severity, accumulation, and timing. *Journal of Adolescent Health, 43*(1), 55-63. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3932335/pdf/nihms541346.pdf>
- Kalmakis, K., & Chandler, G. (2015). Health consequences of adverse childhood experiences: A systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 27*(8), 489-501. https://www.researchgate.net/publication/273206320_Health_consequences_of_adverse_childhood_experiences_A_systematic_review
- Kessler, R., McLaughlin, K., Green, J., Gruber, M., Sampson, N., Zaslavsky, A., . . . & Williams, D. (2010). Adversidades infantiles y psicopatología adulta en las encuestas mundiales de salud mental de la OMS. *Revista Británica de Psiquiatría, 197*(5), 378-385. doi:10.1192/bjp.bp.110.080499
- Lange, B., Callinan, L., & Smith, M. (2019). Adverse childhood experiences and their relation to parenting stress and parenting practices. *Community Mental Health Journal, 55*(4), 651-662. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6447511/>
- Lecubrier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., Amorim, P., Bonora, L., Lépine, J., . . . & Sheehan, M. (2001). Mini international neuropsychiatric interview. Versión en Español 5.0.0.
- Lê-Scherban, F., Wang, X., Boyle-Steed, K.H., Pachter, L.M. (2018). Intergenerational associations of parent adverse childhood experiences and child health outcomes. *Pediatrics, 141*(6), 1-9.
- Lopes, S., Hallak, J. E. C., Machado, J. P., & Osorio, F. (2020). Adverse childhood experiences and chronic lung diseases in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1), 1-9.
- López, F. (2010). *Epidemiología. Enfermedades transmisibles y crónico degenerativas*. El Manual Moderno.
- Ma, Z., Bayley, M. T., Perrier, L., Dhir, P., Dépatie, L., Comper, P., Ruttan, L., Lay, C., & Munce, S. E. P. (2018). The association between adverse childhood experiences and adult traumatic brain injury/concussion: a scoping review. *Disability and Rehabilitation, 41*(11), 1360-1366. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638288.2018.1424957?journalCode=idre20>
- Martell, C., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2013). *Activación conductual para la depresión: Una guía clínica*. Editorial Desclée de Brouwer S.A.
- Martí, J. (2016). *Experiencias adversas en la infancia en personas diagnosticadas por consumo de cocaína y cannabis: un estudio multicéntrico trasversal* [Tesis de magister,

Universidad Miguel Hernández de Elche]. Repositorio UMH.
[http://dspace.umh.es/bitstream/11000/5719/1/MARTI_Jes%
 c3%bas_TFM.pdf](http://dspace.umh.es/bitstream/11000/5719/1/MARTI_Jes%c3%bas_TFM.pdf)

- McCrory, C., Dooley, C., Layte, R., & Kenny, R.A. (2015). The lasting legacy of childhood adversity for disease risk in later life. *Health Psychology, 34* (7), 687–696. https://www.researchgate.net/publication/264988515_The_Lastig_Legacy_of_Childhood_Adversity_for_Disease_Risk_in_Later_Life
- Merrick, M. T., Ford, D. C., Ports, K. A., Guinn, A. S., Chen, J., Klevens, J., Metzler, M., Jones, C. M., Simon, T. R., Daniel, V. M., Ottley, P., & Mercy, J. A. (2019). Vital signs: Estimated proportion of adult health problems attributable to adverse childhood experiences and implications for prevention-25 States, 2015-2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 68*, 999-1005.
- Ministerio de Salud. (2016). *Carga de enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos*. MINSA- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.
- Ministerio de Salud. (2017). *Lineamientos de política de promoción de la salud en el Perú: Documento técnico*. MINSA-Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud. Dirección de Promoción de la Salud.
- Montero, I., & León, O. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*(3), 847-862.
- Morante, M. (2017). *Antecedente de eventos traumáticos durante la infancia como factor asociado a trastorno límite de la personalidad en adultos* [Tesis de licenciatura, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio UPAO. <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/2721>
- National Scientific Council on the Developing Child. (2005/2014). *Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain: Working paper 3*. https://46y5eh11fhgw3ve3ytpwxt9r-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2005/05/Stress_Disrupts_Architecture_Developing_Brain-1.pdf
- Navalta, C. P., McGee, L., & Underwood, J. (2018). Adverse childhood experiences, brain development, and mental health: A call for neurocounseling. *Journal of Mental Health Counseling, 40*(3), 266- 278. <https://doi.org/10.17744/mehc.40.3.07>
- Nieto, J., Abad, M., & Esteban, M. Y. (2004). *Psicología para ciencias de la salud*. Mc Graw Hill.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.

- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Desarrollo de la primera infancia: Un potente ecualizador*.
https://www.who.int/social_determinants/publications/early_child_dev_ecdkn_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos básicos. Gobernanza. 48ª edición*.
https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Estadísticas sanitarias mundiales 2014: Una mina de información sobre salud pública mundial*. OMS.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112817/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Child maltreatment. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Depresión. Hoja Informativa*.
<http://www.sld.cu/sitios/cpicm-cmw/>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *World health statistics. Overview 2019: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Organización Mundial de la Salud.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311696/WHO-DAD-2019.1-eng.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Depresión. Nota descriptiva*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Vol. 1*. OPS.
<http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Salud en las Américas - Resumen: panorama regional y perfiles de país*. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
- Ortiz de Zárate, A., Alonso, I., Ubis, A., & Ruiz de Azúa, M. (2011). *Trastornos del estado de ánimo*. Masson.
- Pierce, J. B., Kershaw, K. N., Kiefe, C. I., Jacobs, D. R., Sidney, S., Merkin, S. S., & Feinglass, J. (2020). Association of childhood psychosocial environment with 30-year

- cardiovascular disease incidence and mortality in middle age. *Journal of the American Heart Association*, 9(9), 1-10. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.119.015326>
- Porcelli, B., Pozza, A., Bizzaro, N., Fagiolini, A., Costantini, M., Terzuoli, L., & Ferretti, F. (2016). Association between stressful life events and autoimmune diseases: A systematic review and meta-analysis of retrospective case-control studies. *Autoimmun Rev*, 15(4), 325-334.
- Portella, C., Mayo-Arpi, D., Valladares-Lujan, N., & Saavedra, J. E. (2021). Eventos de vida en la infancia y su relación con el trastorno de estrés postraumático en adultos en Lima Metropolitana. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 84(4), 254-268. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v84i4.4131>
- Qu, G., Ma, S., Liu, H., Han, T., Zhang, H., Ding, X., ... & Sun, Y. (2022). Positive childhood experiences can moderate the impact of adverse childhood experiences on adolescent depression and anxiety: Results from a cross-sectional survey. *Child Abuse & Neglect*, 125, 10551. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105511>
- Remington, R. D., & Schork, M. A. (1974). *Estadística biométrica y sanitaria*. Prentice Hall Interamericana.
- Requena, E., & Saéz, R. (2009). *Guía de estudio de psicopatología de adultos: Material docente de la UOC*. Eureka Media.
- Rey-Bruguera, M., Calonge-Romano, I., & Martínez-Arias, M. D. (2017). Los acontecimientos vitales, la sintomatología y la adaptación en la infancia: estudio comparativo con pacientes de salud mental y escolares. *Clínica y Salud*, 28(3), 123-129. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.005>
- Saavedra, J. (2020). Factores sociodemográficos y eventos de vida tempranos asociados con la felicidad en adultos de Lima Metropolitana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(1), 42-50.
- Salazar-Saavedra, Y. M., & Saavedra-Castillo, J. E. (2019). Factores asociados a irritabilidad en adultos con episodio depresivo en Lima Metropolitana. *Revista de Neuropsiquiatría*, 82(1), 37-54. doi: <https://doi.org/10.20453/rnp.v82i1.3483>
- Sánchez, H., & Reyes, C. (2015). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Visión.
- Schüssler-Fiorenza, S., Xie, D., & Stineman, M. (2014). Adverse childhood experiences & disability in US adults. *PM&R*, 6(8), 670-680. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4306581/pdf/nihms-573319.pdf>
- Schwartz, J. A., Wright, E. M., & Valgardson, B. A. (2019). Adverse childhood experiences and deleterious outcomes in adulthood: A consideration of the simultaneous role of

- genetic and environmental influences in two independent samples from the United States. *Child Abuse and Neglect*, 88, 420-431. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6943915/>
- Sereno, L. C., & Camelo, S. M. (2020). Efecto de las experiencias adversas durante la niñez sobre la actividad electroencefalográfica en reposo: una revisión sistemática. *Psicología. Avances de la Disciplina*, 14(2), 81-94. <https://doi.org/10.21500/19002386.4888>
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., . . . & Dunbar, G. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Supl. 20), 22-23.
- Sheikh, M.A. (2018). Child maltreatment, psychopathological symptoms, and onset of diabetes mellitus, hypothyroidism and COPD in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 241, 80-85. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.085>
- Steele, H., Bate, J., Steele, M., Dube, S., Danskin, K., Knafo, H., . . . & Murphy, A. (2016). Adverse childhood experiences, poverty, and parenting stress. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 48(1), 32-38. https://www.researchgate.net/publication/291376744_Adverse_childhood_experiences_poverty_and_parenting_stress
- Su, S., Wang, X., Pollock, J., Treiber, F., Xu, X., Snieder, H., . . . & Harshfield, G. (2015). Adverse childhood experiences and blood pressure trajectories from childhood to young adulthood: the Georgia stress and Heart study. *Circulation*, 131(19), 1674-1681. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4430378/pdf/nihms672019.pdf>
- Sue, D., Wing, D., & Sue, S. (2010). *Psicopatología: Comprendiendo la conducta anormal*. Cengage Learning.
- Tani, Y., Fujiwara T., & Kondo, K. (2020). Association between adverse childhood experiences and dementia in older Japanese adults. *JAMA Netw Open*, 3(2), 1-14. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2760439>
- Teixeira, C. A. B., Lasiuk, G., Barton, S., Fernandes, M. N. F., & Guerardi-Donato, E. C. S. (2017). Una exploración de la adicción en adultos que han sufrido estrés durante los primeros años de su vida: una metasíntesis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 25, 1-11. https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2939.pdf
- Tuma, A.H., & Maser, J. (1985). *Anxiety and the anxiety disorders* (1st ed.). Routledge.
- UNICEF. (2017). *La primera infancia importa para cada niño*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

https://www.unicef.org/peru/sites/unicef.org.peru/files/2019-01/La_primera_infancia_importa_para_cada_nino_UNICEF.pdf

- UNICEF. (2019). *Adverse childhood experiences research in Serbia (ACE study)*. UNICEF. [https://www.unicef.org/serbia/media/10726/file/Adverse%20Childhood%20Experiences%20\(ACE\)%20Study.pdf](https://www.unicef.org/serbia/media/10726/file/Adverse%20Childhood%20Experiences%20(ACE)%20Study.pdf)
- Uribe, R. (2018). *Fisiopatología. La ciencia del porqué y el cómo*. Elsevier España. <https://books.google.com.pe/books?id=CVFVDwAAQBAJ&pg=PT41&dq=biologia+clasificaci%C3%B3n+de+las+enfermedades+seg%C3%BAn+su+origen+y+duraci%C3%B3n+de+la+enfermedad&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjOhMKUi63qAhWaHLkGHQIpC9YQ6AEwAXoECAlQAg#v=onepage&q=biologia%20clasificaci%C3%B3n%20de%20la>
- Vallejo-Ruiloba, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Elsevier S. L.
- Vega-Arce, M., & Núñez-Ulloa, G. (2017). Experiencias adversas en la infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. *Enfermería Universitaria*, 14(2), 124-130. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-70632017000200124&lng=es&nrm=iso
- Vega, E. (2017). *Trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los centros de salud de Comas e Independencia 2017* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio UCV. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/12056/Vega_BE.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Velázquez-Díaz, M., Martínez-Medina, M., Martínez-Pérez, M., & Padrós-Blázquez, F. (2016). Modelos explicativos del trastorno por ansiedad generalizada y de la preocupación patológica. *Revista de Psicología GEPU*, 7(2), 156-167.
- Villar, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta méd. Peruana*, 28(4), 237-241.
- Vitriol, V., Cancino, A. L., Leiva-Bianchi, M., Serrano, C., Ballesteros, S., Potthoff, S., Caceres, C., Ormazabal, M., & Asenjo, A. (2017). Depresión adulta y experiencias infantiles adversas: evidencia de un subtipo depresivo complejo en consultantes de la atención primaria en Chile. *Rev. Med. Chile*, 145, 1145-1153
- Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 995-1004.
- Weibel, S., Vidal, S., Olié, E., Prada, P., Courtet, P., . . . & Perroud, N. (2017). Impact of child maltreatment on meaning in life in psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 204-211.

- Witt, A., Sachser, C., Plener, P. L., Brähler, E., & Fegert, J. M. (2019). The prevalence and consequences of adverse childhood experiences in the German population. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(38), 635.
- World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.
- Zou, L., Yeung, A., Quan, X., Boyden, S. D., & Wang, H. (2018). A systematic review and meta-analysis of mindfulness-based (Baduanjin). Exercise for alleviating musculoskeletal pain and improving sleep quality in people with chronic diseases. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2), 206. <https://doi.org/10.3390/ijerph15020206>

IX. ANEXOS

Anexo A: Ficha de encuesta

MÓDULO DE ADULTOS (EESIS N-01)			
CON RELACIÓN A DATOS GENERALES:			
MÓDULO DE DATOS GENERALES ADULTO: DATOS DEMOGRÁFICOS			
1. FECHA DE NACIMIENTO	DIA		
	MES		
	AÑO		
	<i>NO RESPONDE</i>		
2. EDAD			
	<i>NO RESPONDE</i>		
3. SEXO	<i>Masculino</i>		1
	<i>Femenino</i>		2
8. ¿CUÁL FUE EL ÚLTIMO AÑO O GRADO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ?			<i>GRADO O AÑO</i>
	<i>Sin nivel/ nunca asistió a la escuela</i>	1	<i>Pase a P9</i>
	<i>Inicial / Preescolar</i>	2	
	<i>Primaria</i>	3	
	<i>Secundaria</i>	4	<i>Pase a P10</i>
	<i>Bachillerato</i>	5	
	<i>Superior no universitario</i>	6	
	<i>Superior universitario</i>	7	
<i>Postgrado</i>	8		
10. ACTUALMENTE USTED ES...	<i>¿Conviviente?</i>		1
	<i>¿Separado(a)?</i>		2
	<i>¿Divorciado(a)?</i>		3
	<i>¿Viudo(a)?</i>		4
	<i>¿Casado(a)?</i>		5
	<i>¿Soltero(a)? → Pase a P14</i>		6
CON RELACION A SALUD FISICA			
MÓDULO DE ACCESO A SERVICIOS:			
	Sistema Respiratorio		

46.¿QUÉ ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD LE DIJERON QUE TENÍA AHORA?	Dificultad respiratoria.....	1
	Amigdalitis /Bronquitis.....	5
	Asma.....	6.1
	Sistema Digestivo	
	Pancreatitis.....	11
	Gastritis.....	12
	Sistema Renal	
	Insuficiencia Renal.....	16
	Sistema Reproductivo y Mamas	
	Cáncer (útero, mamas)	17
	Enfermedad de próstata.....	18
	Sistema cardiovascular	
	Hipertensión/Presión alta.....	22
	Insuficiencia cardiaca.....	23
	Infarto/Angina de pecho.....	24
	Sistema Neurológico	
	Convulsiones.....	25
	Parálisis.....	26
	Sistema Endocrino	
	Colesterol.....	27
	Diabetes.....	28
	Enfermedades Parasitarias/Infecciosas	
	Dengue.....	29
	Fiebre Amarilla.....	30
	Paludismo/Malaria.....	31
	Sistema músculo esquelético	
	Artritis/Reumatismo.....	32

46.1. ¿LE HICIERON ALGUN DIAGNÓSTICO ACERCA DE ALGUN PROBLEMA CON SUS NERVIOS O DE TIPO EMOCIONAL O PSICOLÓGICO, O PSIQUIATRICO?	<i>SI</i>	<i>1</i>
	<i>NO</i>	<i>0</i>

MÓDULO DE SALUD INTEGRAL DEL ADULTO EESIES Q.03

CON RELACIÓN A EVENTOS VITALES, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

CON RELACIÓN A EVENTOS VITALES: MÓDULO DE SALUD INTEGRAL DEL ADULTO

64. CON RESPECTO A EXPERIENCIAS EN SU INFANCIA Y NIÑEZ ANTES DE LOS 18 AÑOS	TARJETA 26	NO	N	SI
		↓	A ↓	→
64.a. ¿Sus padres se separaron o divorciaron?		0 ↓	2 ↓	1 →
64.b. ¿Mientras crecía sufrió algún tipo de abuso físico como golpes, puñetes o empujones en forma frecuente?		0 ↓	2 ↓	1 →
64.c. ¿Mientras crecía sufrió algún tipo de abuso sexual como ser objeto (o haber sufrido) de intentos o actos sexuales inapropiados, forzados en contra de su voluntad o bajo amenazas?		0 ↓	2 ↓	1 →
64.d. ¿Mientras crecía, su familia vivió en permanente riesgo o amenaza a la integridad física de alguno de sus miembros?		0 ↓	2 ↓	1 →
Especifique_____				

	64.e. ¿Mientras crecía recibió insultos, agresiones verbales u ofensas en forma frecuente?	0 ↓	2 ↓	1 →
	64.f. ¿Mientras crecía fue objeto (o haber sufrido) de chantajes, manipulaciones o humillaciones en forma frecuente?	0 ↓	2 ↓	1 →
	64.g. Mientras crecía se ha encontrado en situaciones en las que se ha sentido abandonado(a) porque no le procuraban alimentos, medicinas, ropa adecuada, no lo(a) han llevado al médico o no le han brindado otras necesidades básicas o afecto.	0 ↓	2 ↓	1 →
CON RELACION A ANSIEDAD Y DEPRESION: Módulo de Síndromes Clínicos A				
AGORAFOBIA				
1. ¿EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA SE HA SENTIDO ESPECIALMENTE O DEMASIADO INCÓMODO(A) EN SITUACIONES COMO:		<i>SI</i>	<i>NO</i>	
	a. ¿Estar entre una multitud?	1	0	
	b. ¿Estar en un lugar público?	1	0	
	c. ¿Desplazarse o movilizarse solo(a)?	1	0	
	d. ¿Viajar lejos de casa?	1	0	
2. PIENSE EN EL MOMENTO O PERIODO EN EL QUE SE HAYA SENTIDO PEOR. ¿TEMÍA TANTO ESTAS SITUACIONES QUE LAS EVITABA O SI TENÍA QUE AFRONTARLAS EXPERIMENTABA UN MALESTAR INTENSO?		<i>SI</i>	<i>1</i>	<i>Pase a P21</i>
		<i>NO</i>	<i>0</i>	<i>Pase a P21</i>
3. EN ESE PERIODO ¿PENSABA QUE ESTOS MIEDOS ERAN EXCESIVOS (EXAGERADOS, DEMASIADOS) IRRAZONABLES O ABSURDOS?		<i>SI</i>	<i>1</i>	<i>Pase a P21</i>
		<i>NO</i>	<i>0</i>	<i>Pase a P21</i>
4. DURANTE EL PERIODO EN QUE SE SENTÍA PEOR ¿LLEGABA EN ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES A:		<i>SI</i>	<i>NO</i>	
	a. ¿Tener palpitaciones o sentir latir su corazón muy fuerte?	1	0	
	b. ¿Sudar?	1	0	
	c. ¿Temblar o tener sacudidas musculares?	1	0	
	d. ¿Tener la boca seca?	1	0	
ENTREVISTADOR(A): SI TODAS LAS RESPUESTAS DE P4a A P4d SON NO, PASE A P21				
5. DURANTE ESE PERIODO, EN ALGUNAS DE ESTAS SITUACIONES LLEGABA IGUALMENTE A:		<i>SI</i>	<i>NO</i>	
	a. ¿Tener dificultad para respirar?	1	0	
	b. ¿Tener la impresión de ahogarse?	1	0	
	c. ¿Sentir dolor, o una molestia en el pecho?	1	0	
	d. ¿Tener náuseas o la sensación de tener un nudo en el estómago?	1	0	
	e. ¿Sentirse como “borracho(a)”, aturdido(a), mareado(a) o con vértigos?	1	0	

	f. ¿Tener la impresión de que las cosas que le rodeaban eran extrañas, no reales o se sentía como separado(a) de toda o de una parte de su cuerpo?	1	0								
	g. ¿Tener miedo de volverse loco(a), de perder el control o de desvanecerse?	1	0								
	h. ¿Haber tenido la impresión de que se iba a morir?	1	0								
	i. ¿Tener accesos de calor o escalofríos?	1	0								
	j. ¿Tener entumecimiento u hormigueos o adormecimiento?	1	0								
11. ¿HACE CUÁNTO TIEMPO SE INICIÓ EL ÚLTIMO PERIODO EN EL QUE SENTIÓ ESTA INCOMODIDAD (ANTE SITUACIONES COMO ESTAR ENTRE UNA MULTITUD, EN UN LUGAR PÚBLICO, DESPLAZARSE SÓLO(A) O ESTAR LEJOS DE CASA), ¿CON ALGUNO DE LOS SÍNTOMAS ANTES DESCRITOS?		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>AÑOS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MESES</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DÍAS</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		AÑOS		MESES		DÍAS			
AÑOS											
MESES											
DÍAS											
12. ¿HACE CUANTO TIEMPO <u>TERMINÓ ESTE ÚLTIMO PERIODO</u> EN EL QUE SENTIÓ ESTA INCOMODIDAD (ANTE SITUACIONES COMO ESTAR ENTRE UNA MULTITUD, EN UN LUGAR PÚBLICO, DESPLAZARSE SOLO(A) O ESTAR LEJOS DE CASA), ¿CON ALGUNO DE LOS SÍNTOMAS ANTES DESCRITOS?		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>AÑOS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MESES</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DÍAS</td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>Aún continúa</i></td> <td>96</td> </tr> </tbody> </table>		AÑOS		MESES		DÍAS		<i>Aún continúa</i>	96
AÑOS											
MESES											
DÍAS											
<i>Aún continúa</i>	96										
TRASTORNO DE PÁNICO											
21. EN ALGÚN PERÍODO DE SU VIDA, ¿HA TENIDO CRISIS O ATAQUES FRECUENTES DURANTE LOS CUALES SE HA SENTIDO SÚBITAMENTE O REPENTINAMENTE MUY ANSIOSO(A), INCÓMODO(A), ASUSTADO (A), ¿EN SITUACIONES EN LAS QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE NO LO HABRÍA ESTADO?		<table border="1"> <tbody> <tr> <td><i>SI</i></td> <td>1</td> <td rowspan="2" style="background-color: #cccccc; text-align: center;"><i>Pase a P41</i></td> </tr> <tr> <td><i>NO</i></td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		<i>SI</i>	1	<i>Pase a P41</i>	<i>NO</i>	0			
<i>SI</i>	1	<i>Pase a P41</i>									
<i>NO</i>	0										
22. ¿ESTAS CRISIS ALCANZABAN SU PUNTO MÁXIMO EN MENOS DE 10 MINUTOS? (Anotar SI sólo si los ataques alcanzan su máxima intensidad en menos de 10 minutos)		<table border="1"> <tbody> <tr> <td><i>SI</i></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td><i>NO</i></td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		<i>SI</i>	1	<i>NO</i>	0				
<i>SI</i>	1										
<i>NO</i>	0										
23. ¿EN ALGÚN MOMENTO EN EL PASADO HA TENIDO ESTAS CRISIS O ATAQUES SIN CAUSA (O MOTIVO) APARENTE?		<table border="1"> <tbody> <tr> <td><i>SI</i></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td><i>NO</i></td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		<i>SI</i>	1	<i>NO</i>	0				
<i>SI</i>	1										
<i>NO</i>	0										
24. VAMOS HA HABLAR SOBRE LA CRISIS EN QUE SE HAYA SENTIDO PEOR		SI	NO								
	a. ¿Tuvo palpitaciones o sintió su corazón latir muy fuerte?	1	0								
	b. ¿Sudó?	1	0								
	c. ¿Tembló o tuvo sacudidas musculares?	1	0								
	d. ¿Tuvo la boca seca?	1	0								
ENTREVISTADOR(A): SI TODAS LAS RESPUESTAS DE P24a A P24d SON NO PASE A P41											

DURANTE ESA CRISIS...	EN GENERAL, EN ALGUNA DE ESTAS CRISIS, HA LLEGADO A:		SI	NO
	e. ¿Tener dificultad para respirar?		1	0
	f. ¿Tener la impresión de ahogarse?		1	0
	g. ¿Sentir dolor, o una molestia en el pecho?		1	0
	h. ¿Tener náuseas o la sensación de tener un nudo en el estómago?		1	0
	i. ¿Sentirse como “borracho(a)”, aturdido(a), mareado(a) o con vértigos?		1	0
	j. ¿Tener la impresión de que las cosas que le rodeaban eran extrañas o no reales o se sentía como separado(a) de toda o de una parte de su cuerpo?		1	0
	k. ¿Tener miedo de volverse loco(a), de perder el control o de desvanecerse?		1	0
	l. ¿Haber tenido la impresión de que se iba a morir?		1	0
	m. ¿Tener sensaciones fuertes de calor o escalofríos?		1	0
n. ¿Tener entumecimientos u hormigueos o adormecimiento?		1	0	
26. LAS CRISIS QUE VENIMOS DESCRIBIENDO, LE SOBREVENÍAN SOLAMENTE CUANDO SE ENCONTRABA EN SITUACIONES COMO ...			SI	NO
	a. Estar entre una multitud?		1	0
	b. Estar en un lugar público?		1	0
	c. Desplazarse solo(a) o movilizarse?		1	0
	d. Viajar lejos de casa?		1	0
31. ¿HACE CUANTO TIEMPO EMPEZÓ EL ÚLTIMO PERIODO EN EL QUE TUVO ESTAS CRISIS, CON ALGUNO DE LOS SÍNTOMAS ANTES DESCRITOS?	AÑOS			
	MESES			
	DÍAS			
32. ¿HACE CUANTO TIEMPO TERMINÓ ESTE ÚLTIMO PERIODO EN EL QUE SINTIERA ESTAS CRISIS, CON ALGUNO DE LOS SÍNTOMAS ANTES DESCRITOS?	AÑOS			
	MESES			
	DÍAS			
	Aún continúa			96
FOBIA SOCIAL				
41. EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA, EN EL CURSO DE UN MES, ¿HA TENIDO TEMOR O LE HA INCOMODADO SER EL CENTRO DE ATENCIÓN... ¿O TEMIÓ SER HUMILLADO(A) EN SITUACIONES SOCIALES COMO POR EJEMPLO AL TOMAR LA PALABRA DELANTE DE UN GRUPO DE GENTE, ¿COMER EN PÚBLICO O INTEGRARSE A UN PEQUEÑO GRUPO?	SI	1		
	NO	0	<i>Pase a P62</i>	
		SI	1	

42. ¿HA PENSADO O PENSABA QUE ESTOS MIEDOS ERAN EXCESIVOS, IRRAZONABLES O ABSURDOS?	NO	0		
43. PIENSE EN EL PERIODO MÁS SEVERO, DE UN MES O MÁS, EN EL QUE TEMÍA O LE INCOMODABA SER EL CENTRO DE ATENCIÓN O TEMÍA SER HUMILLADO(A). DURANTE ESE PERIODO, ¿TEMÍA TANTO ESTAS SITUACIONES QUE LAS EVITABA O SI LAS ENFRENTABA SENTÍA UN MALESTAR INTENSO?	SI	1		
	NO	0		
44. DURANTE ESE PERIODO ¿ESTE MIEDO O TEMOR IMPEDÍA SU TRABAJO NORMAL O EL DESEMPEÑO DE SUS ACTIVIDADES SOCIALES O ERA LA CAUSA DE INTENSA MOLESTIA?	SI	1		
	NO	0		
45. DURANTE EL PERIODO MÁS SEVERO EN QUE TENÍA ESTOS TEMORES, LLEGABA EN ALGUNA DE ESAS SITUACIONES A:			SI	NO
	a. ¿Sonrojarse o temblar?	1	0	
	b. ¿Tener miedo de vomitar?	1	0	
	c. ¿Sentir una necesidad urgente de ir al baño, o lo temió mucho?	1	0	
ENTREVISTADOR(A): SI TODAS LAS RESPUESTAS EN P45 SON NO PASE A P62				
46. DURANTE ESE PERIODO ANTE ALGUNA DE LAS SITUACIONES DESCRITAS, LLEGABA IGUALMENTE A:			SI	NO
	a. ¿Tener palpitaciones o sentir que su corazón latía muy fuerte?	1	0	
	b. ¿Sudar?	1	0	
	c. ¿Temblar o tener sacudidas musculares?	1	0	
	d. ¿Tener la boca seca?	1	0	
	e. ¿Tener dificultad para respirar?	1	0	
	f. ¿Tener la impresión de ahogarse?	1	0	
	g. ¿Sentir dolor, o una molestia en el pecho?	1	0	
	h. ¿Tener náuseas o la sensación de tener un nudo en el estómago?	1	0	
	i. ¿Sentirse como “borracho(a)”, aturdido(a), mareado(a) o con vértigos?	1	0	
	j. ¿Tener la impresión de que las cosas que le rodeaban eran extrañas o no reales o se sentía como separado(a) de toda o de una parte de su cuerpo?	1	0	
	k. ¿Tener miedo de volverse loco(a), perder el control o de desvanecerse?	1	0	
	l. ¿Tener la impresión de que se iba a morir?	1	0	
m. ¿Tener accesos de calor o escalofríos?	1	0		
n. ¿Tener entumecimiento u hormigueo o adormecimiento?	1	0		
52. ¿HACE CUANTO TIEMPO EMPEZÓ EL ÚLTIMO PERIODO DE UN MES O MÁS EN EL QUE TEMIERA O LE INCOMODARA SER EL CENTRO DE ATENCIÓN O TEMIERA SER HUMILLADO(A) CON ALGUNO DE LOS PROBLEMAS ANTES DESCRITOS?	AÑOS			
	MESES			
	DÍAS			

53. ¿HACE CUANTO TIEMPO TERMINÓ ESTE ÚLTIMO PERIODO (DE UN MES O MÁS EN EL QUE TEMIERA O LE INCOMODARA SER EL CENTRO DE ATENCIÓN O TEMIERA SER HUMILLADO(A) CON ALGUNO DE LOS PROBLEMAS ANTES DESCRITOS)?	AÑOS		
	MESES		
	DÍAS		
	Aún continúa		96
	ENTREVISTADOR(A): SI P53 ES MAS DE 1 AÑO Y 1 MES PASE A P61		
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO			
62. EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA, DURANTE AL MENOS DOS SEMANAS, ¿HA TENIDO CASI TODOS LOS DÍAS, PENSAMIENTOS REPETITIVOS QUE VOLVÍAN SIN CESAR (O PARAR) CONTRA SU VOLUNTAD, COMO POR EJEMPLO PENSAR QUE ESTABA SUCIO(A) O QUE TENÍA MICROBIOS, ¿O IBA A AGREDIR A ALGUIEN A PESAR SUYO?	ENTREVISTADOR(A): NO TENER EN CUENTA LAS PREOCUPACIONES EXCESIVAS CONCERNIENTES A LOS PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA NI LAS OBSESIONES LIGADAS A OTRO TRASTORNO COMO UN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, A DESVIACIONES SEXUALES, AL JUEGO PATOLÓGICO, O A UN ABUSO DE DROGAS O DE ALCOHOL		
	SI	1	
	NO	0	Pase a P66
63. ¿CONSIDERABA QUE ESTAS IDEAS QUE VOLVÍAN SIN CESAR ERAN PRODUCTO DE SU PROPIA MENTE?	SI	1	
	NO	0	
64. ¿CREÍA QUE ESTAS IDEAS QUE VOLVÍAN SIN CESAR ERAN IMPUESTAS DESDE EL EXTERIOR (POR EJEMPLO, POR OTRA PERSONA)?	SI	1	
	NO	0	
65. DURANTE ESE MISMO PERIODO, DURANTE AL MENOS DOS SEMANAS, ¿SENTÍA A MENUDO LA NECESIDAD DE HACER CIERTAS COSAS SIN CESAR, SIN PODER PENSARLAS, COMO LAVARSE LAS MANOS, CONTAR, COMPROBAR LAS COSAS, ¿ORDENAR O COLECCIONAR?	SI	1	Pase a P67
	NO	0	

<p>66. EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA, DURANTE AL MENOS DOS SEMANAS, ¿HA SENTIDO A MENUDO LA NECESIDAD DE HACER CIERTAS COSAS SIN CESAR (O PARAR), SIN PODER EVITARLAS, COMO LAVARSE LAS MANOS, CONTAR, COMPROBAR LAS COSAS, ¿ORDENAR O COLECCIONAR?</p>	<table border="1"> <tr> <td><i>SI</i></td> <td><i>1</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>NO</i></td> <td><i>0</i></td> <td><i>Pase a P84</i></td> </tr> </table>	<i>SI</i>	<i>1</i>		<i>NO</i>	<i>0</i>	<i>Pase a P84</i>				
<i>SI</i>	<i>1</i>										
<i>NO</i>	<i>0</i>	<i>Pase a P84</i>									
<p>67. ¿PENSABA QUE ESAS IDEAS INVASORAS Y/O COMPORTAMIENTOS REPETITIVOS ERAN IRRAZONABLES, ABSURDOS O DESPROPORCIONADOS (DESMEDIDOS)?</p>	<table border="1"> <tr> <td><i>SI</i></td> <td><i>1</i></td> </tr> <tr> <td><i>NO</i></td> <td><i>0</i></td> </tr> </table>	<i>SI</i>	<i>1</i>	<i>NO</i>	<i>0</i>						
<i>SI</i>	<i>1</i>										
<i>NO</i>	<i>0</i>										
<p>68. ¿INTENTABA RESISTIRSE, IGNORAR O DESVIAR A ESAS IDEAS INVASORAS Y/O A ESOS COMPORTAMIENTOS REPETITIVOS, PERO SIN LOGRARLO?</p>	<table border="1"> <tr> <td><i>SI</i></td> <td><i>1</i></td> </tr> <tr> <td><i>NO</i></td> <td><i>0</i></td> </tr> </table>	<i>SI</i>	<i>1</i>	<i>NO</i>	<i>0</i>						
<i>SI</i>	<i>1</i>										
<i>NO</i>	<i>0</i>										
<p>74. ¿HACE CUANTO TIEMPO EMPEZÓ EL ÚLTIMO PERIODO DE DOS SEMANAS O MÁS, EN EL QUE TUVO ESAS IDEAS INVASORAS Y/O COMPORTAMIENTOS REPETITIVOS CON ALGUNO DE LOS PROBLEMAS ANTES DESCRITOS?</p>	<table border="1"> <tr> <td>AÑOS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MESES</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DÍAS</td> <td></td> </tr> </table>	AÑOS		MESES		DÍAS					
AÑOS											
MESES											
DÍAS											
<p>75. ¿HACE CUANTO TIEMPO TERMINÓ EL ÚLTIMO PERÍODO DE DOS SEMANAS O MÁS EN EL QUE TUVO ESAS IDEAS INVASORAS Y/O COMPORTAMIENTOS REPETITIVOS CON ALGUNO DE LOS PROBLEMAS ANTES DESCRITOS?</p>	<table border="1"> <tr> <td>AÑOS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MESES</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DÍAS</td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>Aún continúa</i></td> <td><i>96</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2">ENTREVISTADOR(A): SI P75 ES MÁS DE 1 AÑO Y 1 MES PASE A P83</td> </tr> </table>	AÑOS		MESES		DÍAS		<i>Aún continúa</i>	<i>96</i>	ENTREVISTADOR(A): SI P75 ES MÁS DE 1 AÑO Y 1 MES PASE A P83	
AÑOS											
MESES											
DÍAS											
<i>Aún continúa</i>	<i>96</i>										
ENTREVISTADOR(A): SI P75 ES MÁS DE 1 AÑO Y 1 MES PASE A P83											
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA											
<p>84. EN EL TRANCURSO DE SU VIDA ¿DURANTE AL MENOS SEIS MESES SE HA SENTIDO ESPECIALMENTE O PARTICULARMENTE TENSO(A), INQUIETO(A) O ANSIOSO(A) POR LOS PROBLEMAS DE LA VIDA DIARIA?</p>	<table border="1"> <tr> <td><i>SI</i></td> <td><i>1</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>NO</i></td> <td><i>0</i></td> <td><i>Pase a P106</i></td> </tr> </table>	<i>SI</i>	<i>1</i>		<i>NO</i>	<i>0</i>	<i>Pase a P106</i>				
<i>SI</i>	<i>1</i>										
<i>NO</i>	<i>0</i>	<i>Pase a P106</i>									
<p>85. PIENSE EN EL PERIODO MÁS SEVERO DE 6 MESES O MÁS EN EL QUE SE SENTÍA ESPECIALMENTE TENSO(A), INQUIETO(A) O ANSIOSO(A). ¿DURANTE EL PERIODO MENCIONADO SE PREOCUPABA MÁS QUE LAS DEMÁS PERSONAS?</p>	<table border="1"> <tr> <td><i>SI</i></td> <td><i>1</i></td> </tr> <tr> <td><i>NO</i></td> <td><i>0</i></td> </tr> </table>	<i>SI</i>	<i>1</i>	<i>NO</i>	<i>0</i>						
<i>SI</i>	<i>1</i>										
<i>NO</i>	<i>0</i>										
	<table border="1"> <tr> <td><i>SI</i></td> <td><i>1</i></td> </tr> </table>	<i>SI</i>	<i>1</i>								
<i>SI</i>	<i>1</i>										

86. ¿DURANTE ESE PERÍODO SE SENTÍA ASÍ LA MAYOR PARTE DE LOS DÍAS?	<i>NO</i>	<i>0</i>	
87. ¿DURANTE ESE PERÍODO ALGUNAS PERSONAS LE DECÍAN QUE SE PREOCUPABA DEMASIADO POR LAS COSAS?	<i>SI</i>	<i>1</i>	
	<i>NO</i>	<i>0</i>	
88. ¿DURANTE ESE PERÍODO LE RESULTABA DIFÍCIL CONTROLAR ESTAS PREOCUPACIONES O ÉSTAS INTERRUPIAN O INTERFERÍAN EN LO QUE HACÍA?	<i>SI</i>	<i>1</i>	
	<i>NO</i>	<i>0</i>	
89. DURANTE ESTE PERÍODO DE SEIS MESES, ¿A MENUDO LLEGABA A:		<i>SI</i>	<i>NO</i>
	<i>a. ¿Tener palpitaciones o sentir latir su corazón muy fuerte?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>b. ¿Sudar?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>c. ¿Temblar o tener sacudidas musculares?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>d. ¿Tener la boca seca?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>e. ¿Tener dificultad para respirar?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>f. ¿Tener la impresión de ahogarse?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>g. ¿Sentir dolor, o una molestia en el pecho?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>h. ¿Tener náuseas o la sensación de tener un nudo en el estómago?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>i. ¿Sentirse como “borracho(a)”, aturdido(a), mareado(a) o con vértigos?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>j. ¿Tener la impresión de que las cosas que le rodeaban eran extrañas o no reales o se sentía como separado(a) de toda o de una parte de su cuerpo?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>k. ¿Tener miedo de volverse loco(a), perder el control o de desvanecerse?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>l. ¿Tener la impresión de que se iba a morir?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>m. ¿Tener accesos de calor o escalofríos?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>n. ¿Tener entumecimiento u hormigueos o adormecimiento?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>o. ¿Tener sus músculos tensos, duros, agarrotados o dolorosos?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>p. ¿Sentirse intranquilo(a) e incapaz de relajarse?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>q. ¿Estar nervioso(a), crispado(a), o tener los nervios de punta o a flor de piel?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
<i>r. ¿Tener dificultad para tragar, o la impresión de tener un nudo o bola en la garganta?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	
<i>s. ¿Asustarse o sobresaltarse fácilmente?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	
<i>t. ¿Tener dificultad para concentrarse en lo que hace o quedarse con la mente en blanco?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	
<i>u. ¿Sentirse constantemente irritable?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	
<i>v. ¿Tener dificultad para dormir por causa de sus preocupaciones?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	
95. ¿HACE CUANTO TIEMPO EMPEZÓ EL ÚLTIMO PERÍODO (DE 6 MESES O MÁS EN EL QUE SE SINTIERA ESPECIALMENTE TENSO(A), INQUIETO(A) O ANSIOSO(A), ¿LA MAYOR PARTE DE LOS DÍAS) CON ALGUNO DE LOS PROBLEMAS ANTES DESCRITOS?	AÑOS		
	MESES		
	DÍAS		
97. ¿HACE CUANTO TIEMPO TERMINÓ ESTE ÚLTIMO PERÍODO (DE 6 MESES O MÁS EN EL QUE SE SINTIERA ESPECIALMENTE TENSO(A), INQUIETO(A) O ANSIOSO(A), ¿LA MAYOR PARTE	AÑOS		
	MESES		
	DÍAS		
	<i>Aún continúa</i>	<i>96</i>	

DE LOS DÍAS CON ALGUNO DE LOS PROBLEMAS ANTES DESCRITOS)?		ENTREVISTADOR(A): SI P97 ES MÁS DE 1 AÑO Y 1 MES PASE A P105																					
Trastorno de Estrés Postraumático																							
<p>106. ¿ALGUNA VEZ EN SU VIDA HA VIVIDO, HA SIDO TESTIGO O HA PRESENCIADO ALGÚN ACONTECIMIENTO EXTREMADAMENTE VIOLENTO O TRAUMÁTICO, DURANTE EL CUAL PERSONAS HAN MUERTO O USTED MISMO Y/ U OTRAS PERSONAS HAN SIDO AMENAZADAS DE MUERTE O HAN SIDO GRAVEMENTE HERIDAS O ATACADAS EN SU INTEGRIDAD FÍSICA? (EJEMPLOS: ACCIDENTE GRAVE, AGRESIÓN, VIOLACIÓN, ATENTADO, TOMA DE REHENES, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIMIENTO DE ALGÚN CADÁVER, MUERTE SÚBITA EN EL ENTORNO, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL, TERREMOTO, ETC.).</p>		<table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>0</td> <td>Pase a P128</td> </tr> </table>		SI	1		NO	0	Pase a P128														
SI	1																						
NO	0	Pase a P128																					
<p>107. ¿CON QUÉ SE RELACIONÓ ESTE O ESTOS ACONTECIMIENTOS? (acepte más de una respuesta)</p>		<p>108. ¿HACE CUÁNTO TIEMPO OCURRIÓ (ERON) ESTE O ESTOS ACONTECIMIENTO(S)? TARJETA 11 <i>Códigos</i> 1. En los últimos 30 días 2. En los últimos 6 meses 3. Mayor a 6 meses, pero menor a 1 año 4. Hace más de un año</p>																					
<table border="1"> <tr> <td><i>Accidente Grave</i></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td><i>Agresión</i></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td><i>Violación</i></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td><i>Atentado</i></td> <td>4</td> </tr> <tr> <td><i>Toma de rehenes</i></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td><i>Secuestro</i></td> <td>6</td> </tr> <tr> <td><i>Incendio</i></td> <td>7</td> </tr> <tr> <td><i>Terremoto</i></td> <td>8</td> </tr> <tr> <td><i>Inundación</i></td> <td>9</td> </tr> <tr> <td><i>Terrorismo</i></td> <td>10</td> </tr> </table>		<i>Accidente Grave</i>	1	<i>Agresión</i>	2	<i>Violación</i>	3	<i>Atentado</i>	4	<i>Toma de rehenes</i>	5	<i>Secuestro</i>	6	<i>Incendio</i>	7	<i>Terremoto</i>	8	<i>Inundación</i>	9	<i>Terrorismo</i>	10		
<i>Accidente Grave</i>	1																						
<i>Agresión</i>	2																						
<i>Violación</i>	3																						
<i>Atentado</i>	4																						
<i>Toma de rehenes</i>	5																						
<i>Secuestro</i>	6																						
<i>Incendio</i>	7																						
<i>Terremoto</i>	8																						
<i>Inundación</i>	9																						
<i>Terrorismo</i>	10																						
<p>¿Otro?</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Especifique)</i></p>		88																					
<p>109. PIENSE EN LA PEOR REACCIÓN FRENTE A ALGUNO DE ESTOS SUCESOS TRAUMÁTICOS, ¿PENSABA A MENUDO Y CON PENA EN ESTE ACONTECIMIENTO, LO SOÑABA (O SUEÑA) O TENÍA (O TIENE) FRECUENTEMENTE LA IMPRESIÓN DE REVIVIRLO?</p>		<table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>0</td> <td>Pase a P128</td> </tr> </table>		SI	1		NO	0	Pase a P128														
SI	1																						
NO	0	Pase a P128																					

110. DESDE ESTE ACONTECIMIENTO, ¿TENIA LA TENDENCIA A EVITAR TODO AQUELLO QUE PUDIERA RECORDARLE ESE ACONTECIMIENTO?		<i>SI</i>	<i>1</i>	
		<i>NO</i>	<i>0</i>	<i>Pase a P128</i>
111. ¿TENÍA DIFICULTAD PARA RECORDAR EXACTAMENTE LO QUE HABÍA PASADO DURANTE EL ACONTECIMIENTO?		<i>SI</i>		<i>1</i>
		<i>NO</i>		<i>0</i>
112. DESDE QUE SUCEDIÓ ESE ACONTECIMIENTO, EN UN MISMO PERIODO, ¿SE HABIA DADO CUENTA QUE USTED HABÍA CAMBIADO Y EN PARTICULAR:			<i>SI</i>	<i>NO</i>
	a. <i>¿Tenía dificultades para dormirse o se despertaba a menudo?</i>		<i>1</i>	<i>0</i>
	b. <i>¿Estaba particularmente irritable (o rabioso) o montaba fácilmente en cólera?</i>		<i>1</i>	<i>0</i>
	c. <i>¿Tenía dificultades para concentrarse?</i>		<i>1</i>	<i>0</i>
	d. <i>¿Estaba nervioso(a) y constantemente en guardia?</i>		<i>1</i>	<i>0</i>
	e. <i>¿Cualquier pequeña cosa le asustaba o sobresaltaba?</i>		<i>1</i>	<i>0</i>
118. ¿HACE CUANTO TIEMPO EMPEZÓ LA ÚLTIMA VEZ CON ALGUNOS DE LOS PROBLEMAS ANTES DESCRITOS?	AÑOS			
	MESES			
	DÍAS			
119. ¿HACE CUANTO TIEMPO TERMINÓ ESTE ÚLTIMO PERIODO CON ALGUNOS DE LOS PROBLEMAS ANTES DESCRITOS?	AÑOS			
	MESES			
	DÍAS			
	Aún continúa		96	
	ENTREVISTADOR(A): SI P119 ES MAS DE 1 AÑO Y 1 MES PASE A P127			
DEPRESIÓN				
EPISODIO DEPRESIVO Y TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE				
128. EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA, DURANTE POR LO MENOS DOS SEMANAS SEGUIDAS Y AL MISMO TIEMPO:			<i>SI</i>	<i>NO</i>
	a. <i>¿Se ha sentido especialmente triste, decaído(a), deprimido(a) la mayor parte del tiempo a lo largo del día, y así, casi todos los días?</i>		<i>1</i>	<i>0</i>
	b. <i>¿Tenía casi todo el tiempo el sentimiento de no tener ganas de nada, de haber perdido el interés o el placer por las cosas que le agradan habitualmente?</i>		<i>1</i>	<i>0</i>
	c. <i>¿Se sentía casi todo el tiempo cansado(a), sin energía?</i>		<i>1</i>	<i>0</i>
	d. <i>¿Usted o su entorno (familia y/o amigos) notaron que usted ya no era el(la) mismo(a) de antes?</i>		<i>1</i>	<i>0</i>
	e. <i>¿Había cambiado notablemente su forma de ser ó de comportarse ó de pensar ó de sentir?</i>		<i>1</i>	<i>0</i>
ENTREVISTADOR(A): SI EN P128 (entre a-c) HAY 1 O MÁS SI CONTINÚE, SINO PASE A P148				
129. PIENSE EN EL PERIODO MÁS SEVERO DE			<i>SI</i>	<i>NO</i>
	a. <i>¿Su apetito había cambiado notablemente? y ¿había aumentado o perdido peso sin tener esa intención? (Marcar 1, si respondió Si en ambas)</i>		<i>1</i>	<i>0</i>

DOS SEMANAS O MÁS EN LAS QUE SE SENTÍA DEPRIMIDO(A), SIN INTERÉS POR LA MAYOR PARTE DE LAS COSAS O CANSADO(A). DURANTE ESE PERIODO, CASI TODOS LOS DÍAS...:	b. Tenía problemas de sueño casi todas las noches como: ¿demorarse en dormir, despertarse durante la noche o se le iba el sueño muy temprano, o su sueño estaba aumentado (hipersomnia)?	1	0
	c. ¿Hablabo o se movía más lentamente de lo habitual, o al contrario se sentía más agitado(a) y tenía dificultad para permanecer quieto(a)?	1	0
	d. ¿Le faltaba la confianza en usted mismo(a), o se sentía sin valor, inferior a los demás?	1	0
	e. ¿Se hacía reproches, o se sentía culpable?	1	0
	f. ¿Tenía dificultad para reflexionar o para concentrarse, o para tomar decisiones?	1	0
	g. ¿Tenía varias veces ideas negativas como pensar que sería mejor que estuviese muerto(a), o pensaba en hacerse daño?	1	0
	h. ¿Desde el inicio de este estado de tristeza o depresión ha intentado hacerse daño?	1	0
	i. ¿Se sentía especialmente irritable (o rabioso) o se molestaba fácilmente la mayor parte del tiempo?	1	0
	j. Estos síntomas se debieron totalmente a la pérdida de un ser querido (duelo) y fueron similares en gravedad, nivel de deterioro y duración, a lo que padecían la mayoría de las personas en circunstancia similares.	1	0
135. ¿HACE CUANTO TIEMPO EMPEZÓ EL ÚLTIMO PERIODO (DE TRISTEZA, PÉRDIDA DE INTERÉS Y/O CANSANCIO DE DOS SEMANAS O MÁS) CON ALGUNO DE LOS PROBLEMAS ANTES DESCRITOS?	AÑOS		
	MESES		
	DÍAS		
137. ¿HACE CUANTO TIEMPO TERMINÓ ESTE ÚLTIMO PERIODO DE TRISTEZA, PÉRDIDA DE INTERÉS Y/O CANSANCIO DE DOS SEMANAS O MÁS CON ALGUNO DE LOS PROBLEMAS ANTES DESCRITOS?	AÑOS		
	MESES		
	DÍAS		
	<i>Aún continúa</i>		96
	ENTREVISTADOR(A): SI P137 ES MÁS DE 1 AÑO Y 1 MES PASE A P146		
145. DURANTE SU VIDA, ¿HA TENIDO OTROS PERÍODOS QUE HAYAN DURADO AL MENOS DOS SEMANAS EN LOS QUE SE HAYA SENTIDO DEPRIMIDO(A) TENIENDO LOS PROBLEMAS DE LOS QUE HEMOS ESTADO HABLANDO?	<i>SI</i>	<i>1</i>	
	<i>NO</i>	<i>0</i>	<i>Pase a P147</i>
TRASTORNO DISTÍMICO			
148. EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA ¿DURANTE AL MENOS DOS AÑOS, SE HA SENTIDO TRISTE, ¿DECAÍDO(A) O DEPRIMIDO(A) LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?	<i>SI</i>	<i>1</i>	
	<i>NO</i>	<i>0</i>	<i>Pase a P166</i>
150. PIENSE EN EL PERIODO MÁS SEVERO DE DOS AÑOS O MÁS EN QUE SE SINTIÓ	a. ¿Le faltaba energía (o fuerzas)?	<i>SI</i>	<i>NO</i>
	b. ¿Tenía problemas de sueño? (amodorramiento, despertarse durante la noche o perder el sueño muy temprano,)?	1	0
	c. ¿Había perdido la confianza en usted mismo(a) y se sentía menos valioso(a) que los demás?	1	0

DEPRIMIDO(A) LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO. DURANTE ESE TIEMPO FRECUENTEMENTE...	d. <i>¿Tenía dificultades para concentrarse (o prestar atención)?</i>	1	0
	e. <i>¿Le daban ganas de llorar a menudo?</i>	1	0
	f. <i>¿Había perdido el interés o el placer por las cosas que le gustaban antes?</i>	1	0
	g. <i>¿Llegaba a perder la esperanza a menudo (o con frecuencia)?</i>	1	0
	h. <i>¿Tenía a menudo la impresión de no poder hacer frente a las responsabilidades de la vida cotidiana?</i>	1	0
	i. <i>¿Frecuentemente tenía la impresión de que su vida nunca había sido satisfactoria o que así nunca podría ir mejor?</i>	1	0
	j. <i>¿Realizaba menos actividades con otros, o tenía tendencia a encerrarse en usted mismo(a)?</i>	1	0
	k. <i>¿Hablabas menos que antes?</i>	1	0
154. EN EL PERIODO DE TRISTEZA O DECAIMIENTO DE DOS AÑOS O MÁS QUE VENIMOS CONVERSANDO, ¿CUÁNTO AFECTÓ ÉSTO SU TRABAJO O LABORES NORMALES, VIDA SOCIAL O RELACIONES PERSONALES? TARJETA 1	Nada.....	1	
	Poco.....	2	
	Regular.....	3	
	Bastante.....	4	
	Mucho.....	5	
	No responde	6	
155. ¿QUÉ EDAD TENÍA USTED LA PRIMERA VEZ EN SU VIDA QUE TUVO UN PERIODO DE DOS AÑOS O MÁS DE TRISTEZA, DECAIMIENTO O DEPRESIÓN CON ALGUNO DE LOS PROBLEMAS ANTES DESCRITOS?		AÑOS	
156. ¿HACE CUÁNTO TIEMPO EMPEZÓ LA ÚLTIMA VEZ QUE TUVO UN PERIODO (DE TRISTEZA, DECAIMIENTO O DEPRESIÓN QUE DURÓ POR LO MENOS DOS AÑOS) CON ALGUNO DE LOS PROBLEMAS ANTES DESCRITOS?	AÑOS		
	MESES		
	DÍAS		
157. ¿HACE CUÁNTO TIEMPO TERMINÓ ESTE ÚLTIMO PERÍODO (DE TRISTEZA, DECAIMIENTO O DEPRESIÓN QUE DURÓ POR LO MENOS DOS AÑOS CON ALGUNO DE LOS PROBLEMAS ANTES DESCRITOS)?	AÑOS		
	MESES		
	DÍAS		
	<i>Aún continúa</i>	96	
	ENTREVISTADOR(A): SI P157 ES MÁS DE 1 AÑO Y 1 MES PASE A P165		
EPISODIO MANIACO			
166. EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA, SIN HABER CONSUMIDO DROGAS O ALCOHOL ¿HA TENIDO UN PERIODO EN EL QUE SE SINTIERA TAN ENTUSIASMADO(A), ALEGRE O LLENO(A) DE ENERGÍA QUE LE HAYA CAUSADO PROBLEMAS, ¿O QUE LAS PERSONAS DE SU ENTORNO HAYAN PENSADO QUE NO ESTABA USTED EN SU ESTADO HABITUAL?	<i>SI</i>	<i>1</i>	
	<i>NO</i>	<i>0</i>	<i>Pase a P168</i>
167. ¿SE SIENTE, EN ESTE MOMENTO, ¿ENTUSIASMADO (A) O LLENO(A) DE ENERGÍA?	<i>SI</i>	<i>1</i>	
	<i>NO</i>	<i>0</i>	
169. ¿SE SIENTE EXCESIVAMENTE O DEMASIADO IRRITABLE EN ESTE MOMENTO?	<i>SI</i>	<i>1</i>	
	<i>NO</i>	<i>0</i>	

170. ¿ALGUNO DE ESTOS PERÍODOS HA DURADO AL MENOS UNA SEMANA?	<i>SI</i>	<i>1</i>	<i>Pase a P172</i>	
	<i>NO</i>	<i>0</i>		
171. ¿ALGUNO DE ESTOS PERÍODOS HA DURADO AL MENOS 4 DÍAS?	<i>SI</i>	<i>1</i>		
	<i>NO</i>	<i>0</i>		
172. ¿HA TENIDO QUE SER HOSPITALIZADO(A) POR CAUSA DEL PROBLEMA QUE VENIMOS HABLANDO?	<i>SI</i>	<i>1</i>		
	<i>NO</i>	<i>0</i>		
	ENTREVISTADOR(A): SI ESTÁ ACTUALMENTE MANIACO(A), INVESTIGUE EL EPISODIO ACTUAL, EN CASO CONTRARIO, INVESTIGUE EL EPISODIO MÁS GRAVE			
173. PIENSE EN EL PERIODO MÁS SEVERO DURANTE EL CUAL EN QUE SE NOTABA EUFÓRICO E IRRITABLE, DURANTE ESE PERIODO...:		<i>SI</i>	<i>NO</i>	
	a. <i>¿Se sentía agitado(a) o tenía la necesidad de tanta actividad física que no podía estar quieto(a)?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	
	b. <i>¿Tenía la impresión de comunicarse mejor con los otros o de tener ganas de hablar constantemente?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	
	c. <i>¿Sus pensamientos (o ideas) pasaban tan rápido por su cabeza que no podía seguirlos bien?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	
	d. <i>¿Se sentía tan contento(a) que llegaba a hacer cosas inapropiadas o indebidas?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	
	e. <i>¿Tenía menos necesidad de sueño de lo habitual?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	
	f. <i>¿Tenía la sensación de que podía hacer cosas que otros no podían (incapaces), o que era alguien particularmente importante o muy especial?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	
	g. <i>¿Se distraía tan fácilmente que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que hacía o pensaba?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	
	h. <i>¿Ciertas actividades le parecían tan agradables o tentadoras que tenía tendencia a olvidar los riesgos o las dificultades que pudieran entrañar o causar, como hacer compras imprevistas o cometer imprudencias?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	
	i. <i>¿Sus deseos sexuales eran tan fuertes que tenía una actividad sexual no habitual para usted?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	
	j. <i>¿Estos problemas eran verdaderamente molestos en su trabajo o en sus relaciones con otros, o bien han necesitado una hospitalización?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	
k. <i>¿Se sentía mucho más sociable que de costumbre o mostraba una familiaridad excesiva con las personas?</i>	<i>1</i>	<i>0</i>		
177. ¿HACE CUANTO TIEMPO EMPEZÓ LA ÚLTIMA VEZ QUE TUVO UN PERIODO DE POR LO MENOS UNA SEMANA DE EUFORIA O IRRITABILIDAD CON LOS SÍNTOMAS ANTES DESCRITOS?	AÑOS			
	MESES			
	DÍAS			
178. ¿HACE CUANTO TIEMPO TERMINÓ ESTE ÚLTIMO PERIODO DE POR LO MENOS UNA SEMANA DE EUFORIA O IRRITABILIDAD CON LOS SÍNTOMAS ANTES DESCRITOS?	AÑOS			
	MESES			
	DÍAS			
	<i>Aún continúa</i>	<i>96</i>		
		ENTREVISTADOR(A): SI P178 ES MÁS DE 1 AÑO Y 1 MES PASE A P186		

186. EN TOTAL, CONTANDO EL ULTIMO EPISODIO O EPISODIO ACTUAL, ¿CUÁNTOS EPISODIOS O PERIODOS DE EUFORIA O IRRITABILIDAD DE POR LO MENOS UNA SEMANA HA PRESENTADO EN SU VIDA?	
--	--

Anexo B: Matriz de consistencia

Formulación de Problemas	Formulación de Objetivos	Formulación de Hipótesis	Variables e Indicadores	Metodología
<p><u>Problema General</u></p> <p>¿Constituyen los factores de riesgo los eventos vitales adversos infantiles, ansiedad y depresión para los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana?</p>	<p><u>Objetivos General</u></p> <p>Determinar si los eventos adversos infantiles, ansiedad y depresión, constituyen factores de riesgo para los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana.</p>	<p><u>Hipótesis General</u></p> <p>Los eventos vitales adversos infantiles, ansiedad y depresión, constituirán factores de riesgo para los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana.</p>	<p><u>Variables Independientes</u></p> <p>Eventos vitales adversos infantiles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidos a través de una escala validada por el INSM (2009). <p>Ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medida a través del MINI de Sheehan et al. (1998), adaptada al español por Lecrubier et al. (2001). <p>Depresión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medida a través del MINI de Sheehan et al. (1998), adaptada al español por 	<p><u>Tipo de Investigación</u></p> <p>De acuerdo con Ato et al. (2013) este estudio se perfila como una investigación empírica de tipo de estrategia asociativa.</p> <p><u>Método</u></p> <p>Se siguió un enfoque cuantitativo con datos secundarios y se concibe como un estudio de tipo sustantivo pues busca dar respuesta a problemas de índole teórico.</p> <p><u>Diseño</u></p> <p>Se empleó el Diseño de Cohorte Retrospectivo (DCR), el cual el cual se analiza si un conjunto de personas ha sido</p>
<p><u>Problemas Específicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles es la prevalencia de los problemas de salud según sexo, edad y grado de instrucción en adultos de Lima Metropolitana? • ¿Cuáles es la prevalencia de los eventos vitales adversos 	<p><u>Objetivos Específicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la prevalencia de los problemas de salud según sexo, edad y grado de instrucción en adultos de Lima Metropolitana. • Identificar la prevalencia de los eventos 	<p><u>Hipótesis Específicas</u></p> <p>No se plantean hipótesis sobre prevalencias, relacionadas con los problemas específicos 1 y 2, pues no se cuenta con información suficiente para elaborarlas (Hernández et al., 2014).</p>	<p><u>Variables e Indicadores</u></p> <p>Eventos vitales adversos infantiles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidos a través de una escala validada por el INSM (2009). <p>Ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medida a través del MINI de Sheehan et al. (1998), adaptada al español por <p>Depresión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medida a través del MINI de Sheehan et al. (1998), adaptada al español por 	<p><u>Tipo de Investigación</u></p> <p>De acuerdo con Ato et al. (2013) este estudio se perfila como una investigación empírica de tipo de estrategia asociativa.</p> <p><u>Método</u></p> <p>Se siguió un enfoque cuantitativo con datos secundarios y se concibe como un estudio de tipo sustantivo pues busca dar respuesta a problemas de índole teórico.</p> <p><u>Diseño</u></p> <p>Se empleó el Diseño de Cohorte Retrospectivo (DCR), el cual el cual se analiza si un conjunto de personas ha sido</p>

<p>infantiles más frecuentes según sexo y edad en adultos de Lima Metropolitana?</p> <p>• ¿Existe relación entre los eventos vitales adversos infantiles y los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana?</p> <p>• ¿Existe relación entre la ansiedad y los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana?</p> <p>• ¿Existe relación entre la depresión y los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana?</p>	<p>adversos infantiles más frecuentes según sexo y edad en adultos de Lima Metropolitana.</p> <p>• Determinar la relación entre los eventos vitales adversos infantiles y los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana.</p> <p>• Determinar la relación entre la ansiedad y los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana.</p> <p>• Determinar la relación entre la depresión y los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana.</p>	<p>• Existirá relación entre los eventos vitales adversos infantiles y los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana.</p> <p>• Existirá relación entre la ansiedad y los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana.</p> <p>• Existirá relación entre la depresión y los problemas de salud física en adultos de Lima Metropolitana.</p>	<p>Lecrubier et al. (2001).</p> <p><u>Variable Dependiente</u></p> <p>Problemas de salud física de los adultos</p> <p>• Medidos a través de la lista que consigna problemas de salud pasados y actuales de los participantes del estudio asistentes a los consultorios externos de los servicios médicos.</p>	<p>expuesto o no a cierta variable independiente para identificar si ello tiene alguna influencia sobre una variable dependiente.</p> <p><u>Muestra</u></p> <p>La muestra total estuvo conformada por 10,885 adultos de ambos sexos, usuarios de los servicios de salud, sin problemas para la comunicación y que acudieron a recibir atención en consulta externa en 17 especialidades y en el Servicio de Psicología de Hospitales y Centros de Salud seleccionados de la provincia de Lima y de la Provincia Constitucional del Callao en el año 2015.</p> <p><u>Instrumentos</u></p> <p>Ficha de datos generales</p>
---	--	---	--	--

				<p>consignada en el Módulo EEIES M00 del estudio epidemiológico:</p> <ul style="list-style-type: none">• Módulo EESIES N.01.: Datos generales del encuestado• Módulo EESIES P.02. Lista de problemas de salud física• Eventos Vitales Negativos.• MINI, Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Mini International Neuropsychiatric Interview).
--	--	--	--	---