



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

**EVENTOS DE VIDA EN LA INFANCIA Y SU RELACIÓN CON EL
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN ADULTOS EN LIMA
METROPOLITANA**

Childhood life events and their relationship with post-traumatic stress disorder in
adults in metropolitan Lima

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

Investigadores

Christian Estephano Portella Portella

Diana Alisson Mayo Arpi

Nathanael Valladares Luján

Asesor

Dr. Javier Esteban Saavedra Castillo

Lima – Perú

2021

JURADOS

Presidenta: Cynthia María Cabrejos Novoa

Vocal: Jorge Martín Arevalo Flores

Secretaria: Ybeth Luna Solis

Fecha de Sustentación: 22 de Mayo del 2021

Calificación: Aprobado

ASESOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Dr. Javier Esteban Saavedra Castillo

Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada, Instituto
Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi

ORCID: 0000-0001-8403-5363

DEDICATORIA

Queremos dedicar este esfuerzo a nuestra familia, aquellos que con su apoyo y palabras de aliento dieron fruto a la culminación de nuestra etapa universitaria.

A nuestros maestros, también llamados pacientes, aquellos que conocen más que nadie sus enfermedades y de quienes aprendimos de primera mano que ser un buen médico abarca más que acumular teoría.

A nuestros mejores amigos, que nos han acompañado en nuestros momentos de alegría y tristeza. A Sofía, Brenda y Charito por su sincera amistad.

Finalmente, a mi perrito Chato, fiel acompañante de las noches de estudio que tuve en mis 7 años de carrera.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Javier Saavedra, que, sin su guía, no hubiéramos realizado este estudio.

A Antonella y Jhovanna, amigas incondicionales, siempre dispuestas a brindar su apoyo.

A nuestros padres, quienes lucharon con nosotros de la mano y nos dieron la oportunidad de poder llegar hasta este tiempo.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

DECLARACIÓN DE LOS AUTORES

Los autores declaran no presentar conflictos de interés en la concepción,
desarrollo y publicación del presente estudio.

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción	1
Objetivos del estudio	6
Materiales y métodos	7
Resultados	12
Discusión	15
Conclusiones	20
Referencias bibliográficas	22
Tablas	29
Anexos	X

RESUMEN

Antecedentes: El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una patología psiquiátrica que tiene factores relacionados para su desarrollo, como son los factores pretrauma, encontrándose entre ellos, los eventos de vida en la infancia, que incluyen a los estilos de crianza y los eventos adversos en la infancia. El presente estudio buscará relacionar los eventos de vida en la infancia con el TEPT.

Objetivos: Determinar la relación entre los eventos de vida en la infancia y el TEPT en la población adulta de Lima Metropolitana. **Materiales y métodos:** Se realizó un análisis secundario del Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima

Metropolitana 2012, que utilizó los instrumentos de la versión breve y modificada del Egna Minnen av Bardoms Uppfostran (EMBU), cuestionario de eventos adversos

tempranos y Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), versión española. **Resultados:** Aquellos que recibieron una crianza más permisiva para

hacer otras actividades que a sus hermanos(as) no les permitían, presentaron una relación estadísticamente significativa con el TEPT (OR 1,70, IC 95% 1,09-2,65,

$p=0,019$), igualmente, haber presentado como evento de vida ser objeto o haber sufrido de chantajes, manipulaciones o humillaciones tuvo relación significativa

con el TEPT (OR 6,22, IC 95% 4,11-9,42, $p<0,001$). **Conclusiones:** Existe relación entre algunos estilos de crianza junto a algunos eventos adversos en la infancia con

el TEPT en adultos de Lima metropolitana.

Palabras clave: Trastorno por estrés postraumático, Adultos Sobrevivientes de Eventos Adversos Infantiles, Crianza del niño (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Background: Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a psychiatric pathology that has related factors for its development, such as pre-trauma factors, including life events in childhood, which also include parenting styles and children. adverse events in childhood. The present study will seek to relate life events in childhood with PTSD. **Objectives:** To determine the relationship between life events in childhood and PTSD in the adult population of Metropolitan Lima. **Materials and methods:** A secondary analysis of the Epidemiological Study of Mental Health of Metropolitan Lima 2 012 was carried out, which used the instruments of the short and modified version of the Egna Minnen av Bårdoms Uppfostran (EMBU), questionnaire of early adverse events and Mini Interview Neuropsykiátrica Internacional (MINI), Spanish version. **Results:** Those who received a more permissive upbringing to do other activities that their siblings did not allow, presented a statistically significant relationship with PTSD (OR 1.70, 95% CI 1.09-2.65, $p = 0.019$), likewise having presented as a life event being the object or having suffered blackmail, manipulation or humiliation had a significant relationship with PTSD (OR 6.22, 95% CI 4.11-9.42, $p < 0.001$). **Conclusions:** There is a relationship between some parenting styles together with some adverse events in childhood with PTSD in adults from metropolitan Lima.

Keywords: Post-traumatic stress disorder, Childhood Adverse Event Survivors, Child rearing (source: DeCS BIREME).

INTRODUCCIÓN

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es definido por la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10) como un trastorno psiquiátrico, “que surge como respuesta tardía a un estresor, el cual puede ser, de duración breve o prolongada, naturaleza catastrófica o amenazadora, y que causa malestar generalizado en casi todo el mundo. Así mismo, existe un periodo de latencia entre el trauma y el inicio del TEPT, que puede durar desde unas pocas semanas hasta meses, superando rara vez los 6 meses. Aunque el curso del trastorno es fluctuante, se espera la recuperación en la mayoría de los casos; sin embargo, en una pequeña porción se puede tornar crónico. En cuanto a las características del TEPT, podemos encontrar episodios reiterados de volver a vivir el trauma en forma de sueños o reviviscencias, sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional, desapego de los demás, falta de capacidad de respuesta al medio, anhedonia, evitar y temer las situaciones evocadoras del trauma, reacción de sobresalto intensificada, insomnio, e hiperactivación vegetativa con hipervigilancia. Con frecuencia estos síntomas se acompañan de ansiedad y depresión, no siendo raras las ideaciones suicidas”.¹ Empero no todos los individuos que afrontan la misma experiencia traumática llegan a presentar este trastorno,² lo cual sugeriría que existan otros factores de riesgo que podrían predisponer su aparición.

La prevalencia del TEPT varía significativamente entre cada estudio, evento y país; y puede oscilar entre 1 a 9% de prevalencia de vida de TEPT en países desarrollados,^{3,4,5} como también, en países latinoamericanos oscila entre 4,4 a 11,2%.^{6,7,8} En Perú, la prevalencia también varía según las regiones; por ejemplo, en Lima (2 012) se encontró una prevalencia de vida de cualquier trastorno

psiquiátrico de 26,1%; y la prevalencia a 12 meses, de 11,8%; siendo el TEPT el tercer desorden más frecuente, con una prevalencia de 5,1%;⁸ en cambio, en otras poblaciones como en áreas circundantes a las ciudades de Iquitos y Pucallpa (2009), en las cuales se encontró una prevalencia de TEPT de 7,8%.⁹

Es considerable el impacto que el TEPT tiene en las personas. Entre los trastornos de ansiedad, el TEPT es el que más ha estado relacionado con comportamientos suicidas;¹⁰ además de eso, las personas afectadas con un TEPT tendrán problemas interpersonales, dificultades en la paternidad y disminución del ingreso económico del hogar.¹¹

Además, se ha reportado la probabilidad de presentar comorbilidades con el TEPT, como pueden ser los trastornos del ánimo (depresión mayor, distimia, episodios hipomaníacos), trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, agorafobia con trastorno del pánico), y abuso de sustancias (dependencia de alcohol y otras drogas), así como trastornos de la personalidad; por ejemplo, el trastorno de personalidad limítrofe (TLP), que en comorbilidad con el TEPT, se ha visto, tiene más probabilidad de desarrollar trastornos del ánimo, ansiedad y abuso de sustancias que cada uno por sí solos.¹²

A nuestro entender, hay pocos estudios sobre TEPT en Latinoamérica, y el estudio de los desórdenes de ansiedad en nuestra región resulta importante debido al efecto cultural, a diferencia de países desarrollados,¹³ ya que la población latina experimenta un crecimiento demográfico elevado dentro y fuera de su territorio.¹⁴ Pérez et al realizaron un estudio en Chile que comparaba la prevalencia de TEPT entre las comunidades de México y este país, en donde concluyeron que la diferencia de tasas podría deberse a características propias de cada país como

inequidad en violencia, crimen y pobreza.⁷ Suelen de Lima et al realizaron un estudio que buscaba evaluar la relación entre trauma en la infancia y riesgo suicida en personas con TEPT de una consulta ambulatoria en salud mental en Brasil donde se encontró una prevalencia de riesgo suicida de 63,6% y que el estresor o trauma infantil más frecuente fue el abuso emocional, seguido del físico y sexual.¹⁵ Pigatto et al investigaron la asociación entre resiliencia y TEPT en víctimas de violencia de Brasil en un estudio caso control clínico cuyo resultado fue menor puntaje en la escala de resiliencia y tasas más altas de abuso físico, emocional e infantil en los pacientes con TEPT.¹⁶ Estos estudios se han enfocado en eventos específicos; sin embargo, no han estudiado otros acontecimientos positivos y/o negativos que tuvieran impacto en la vida del individuo y una relación con el TEPT.

En Perú, se han realizado pocos estudios sobre TEPT, siendo en su mayoría sobre tasa de prevalencia luego de un suceso catastrófico. Cairo et al investigaron la relación entre el TEPT con factores demográficos y relacionados al desastre del terremoto ocurrido en la ciudad de Pisco en el 2 007, el estudio observacional transversal poblacional donde 298 personas fueron entrevistadas, tuvo como resultado que el 25,2% de ellos presentaron síntomas que se correlacionan al TEPT, además de hallarse en el análisis bivariado una asociación significativa con el género femenino, carencias de comida y agua, y haber sido lastimado durante el siniestro; de la misma manera, en el análisis multivariado se encontró relación del TEPT con el sexo femenino, y haber sido lastimado en el momento del desastre.¹⁷ Suárez evaluó la relación entre la resiliencia y la respuesta postraumática en mujeres de Ayacucho que presenciaron durante su infancia o adolescencia el conflicto armado de Sendero Luminoso, cuyo resultado fue que el 5,3% de los participantes

presentaban síntomas actuales que podrían indicar TEPT.¹⁸ Espinoza-Neyra et al estudiaron la prevalencia de TEPT e identificaron factores asociados en una población afectada (Río Seco en Trujillo) por el fenómeno de El Niño Costero, a través de un estudio observacional el cual recolectó una muestra de 184 personas damnificadas, donde se halló una prevalencia del 48,4% y una mayor frecuencia en las personas con estado civil separados o con ingreso mensual menor a 500 soles.¹⁹

Los factores de riesgo que predisponen a padecer un TEPT han sido largamente estudiados en diferentes poblaciones. Ozer et al²⁰ y Brewin et al²¹ realizaron revisiones sistemáticas sobre los factores de riesgo de TEPT, los cuales los dividieron en factores pretrauma, trauma y postrauma; observándose una notable diferencia de estos factores como potenciales causas de TEPT entre las poblaciones estudiadas. El estudio de Ozer et al reportó que los factores peritraumáticos, como la respuesta emocional peritraumática y la disociación peritraumática, eran los mayores predictores de TEPT;²⁰ y, en el de Brewin et al se encontró que los factores del trauma (disociación y respuestas de afrontamiento) y postrauma (síntomas emergentes y apoyo social) eran los que mayor efecto predictivo tenían para padecer TEPT.²¹

La infancia es una etapa de transición, definida como un periodo separado de la edad adulta, en que la persona debe estar rodeada de un ambiente de protección y cuidado para poder tener un desarrollo adecuado.²² Existen varios estudios que mencionan la relación entre las experiencias de la infancia y el TEPT. Por ejemplo, Bremner et al investigaron la frecuencia de abuso infantil en 38 veteranos de guerra con TEPT y 28 sin TEPT, encontrando una asociación significativa entre antecedente de abuso infantil y TEPT (26% vs 7%).²³ Así mismo, Breslau et al

investigaron la influencia de traumas previos y TEPT en 2 181 veteranos, encontrando una mayor predisposición a desarrollar TEPT en la adultez en personas que fueron víctimas de maltrato antes de los 15 años.²⁴ En el Perú, los estudios sobre TEPT y eventos en la infancia son escasos e insuficientes. Suarez investigó la frecuencia de TEPT en 75 mujeres que vivieron su infancia o adolescencia durante el conflicto armado de 1 980 – 1 995; sin embargo, no se hizo el análisis sobre otros eventos durante esas etapas de vida que hayan podido tener influencia en el TEPT.¹⁸

La mayor parte de estos estudios se han enfocado en las experiencias traumáticas, dejando de lado otros eventos de vida y estilos de crianza en la infancia que podrían llegar a tener relación con el TEPT, como pueden ser las características familiares, imposiciones, favoritismo en la familia; por lo cual, en este estudio, se enfocará en hallar una posible relación entre estilos de crianza positivos y negativos, así como eventos adversos de vida en la infancia y el TEPT en nuestra población.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general

- Determinar la relación entre los eventos de vida en la infancia y el TEPT en la población adulta de Lima Metropolitana.

Objetivos específicos

- Estimar los factores sociodemográficos relacionados al TEPT en la población adulta de Lima Metropolitana.
- Estimar la relación entre los diferentes estilos de crianza recibidos en la infancia y la presencia de TEPT en la población adulta de Lima Metropolitana.
- Estimar la relación entre algunos eventos adversos de vida tempranos y el TEPT en la población adulta de Lima Metropolitana.
- Determinar la relación entre los eventos de vida en la infancia y el TEPT en la población desde el punto de vista de género.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de estudio

Este es un estudio secundario de tipo transversal analítico que utilizó la base de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima Metropolitana y Callao (EESMLMC), realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (INSM HD-HN), una encuesta realizada el 2 012 con una muestra representativa de personas de Lima Metropolitana y Callao, seleccionada a través de un procedimiento probabilístico trietápico.³

Población

La población del presente estudio incluyó a personas a partir de los 18 años residentes en viviendas particulares de Lima Metropolitana y Callao 2 012.

Definición de la población en estudio

1. Características generales:
 - Criterios de inclusión:
 - Edad a partir de los 18 años, ambos sexos.
 - Residentes en viviendas particulares de Lima Metropolitana y Callao durante la encuesta realizada del estudio original en el 2 012.
 - Criterios de exclusión:
 - Personas con problemas para la comunicación verbal.
 - Personas con residencia en la ciudad menor a un mes.
2. Ubicación en el espacio y tiempo:

La encuesta del estudio original se desarrolló de mayo a diciembre del 2 012.

Diseño muestral:

Unidad de análisis:

El estudio original contempló 4 unidades de análisis: adultos, adolescentes, mujeres unidas jefas del hogar o esposas del jefe del hogar, y adultos mayores; en el que cada hogar objetivo se logre entrevistar a una persona por cada unidad de análisis.

A comparación del estudio original, nuestro estudio se centrará en la unidad de análisis del adulto de 18 años o más.

Muestra

Este estudio toma la muestra representativa de los adultos encuestados en el EESMLMC replicación 2 012. Dicha investigación logró recolectar la información de 4 445 adultos.⁸

Procedimientos y técnicas

Instrumentos:

Se han validado los instrumentos en su totalidad en estudios previos hechos por el INSM HD-HN,³² estas son:

- La escala de propia memoria acerca de la crianza o Egna Minen av Bardoms Uppfostran (EMBU) versión modificada y resumida: se creó una versión reducida de trece preguntas en investigaciones anteriores del INSM HD - HN, además de agregar otras cinco sobre control sin afecto, sobreprotección, autonomía personal y favoritismo machista.³³ El análisis psicométrico de estas 18 preguntas reportada por el INSM HD - HN fue de una consistencia interna según el alfa de Cronbach de 0,74; se identificaron tres dimensiones:

sobreprotección y exigencias, favoritismo con respecto a los hermanos y actitudes afectivas (de rechazo o calor).³²

- Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) versión española CIE-10: Basado en los criterios diagnósticos de la CIE-10, es un instrumento que contiene información estandarizada sobre los principales trastornos psiquiátricos.³⁴ Tiene una concordancia adecuada con otros instrumentos de evaluación de importancia, siendo la ventaja de éste, el ser de fácil aplicación y que no necesita de un entrenamiento riguroso como otros instrumentos.³⁵ Ha sido adaptado lingüísticamente en el EESMLMC del que se basa la muestra de este estudio a través de un ensayo piloto en residentes de 25 viviendas de cada cono de Lima Metropolitana y Callao para un total de 100 viviendas.³⁶
- Eventos adversos de vida antes de los 18 años: En consenso de un equipo de expertos de INSM HD - HN se consideró de importancia en el contexto del país incluir 8 situaciones de eventos de vida adversos relativos a amenazas y condiciones de vida determinadas por otras conductas de los padres.
- Datos demográficos e indicadores de pobreza: Se incluyeron variables para el cálculo de la pobreza según la metodología de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) como características de la vivienda, entre otros,³⁷ siendo la presencia de dos o más NBI correspondiente a familias en pobreza extrema, una NBI a familias pobres y la ausencia de NBI a familias no pobres. Además de preguntas de la Encuesta Nacional de Hogares

(ENAH) 2 000 sobre edad, sexo, estado civil, nivel educativo, situación laboral, y sistema de salud adscrito.³⁸

Aspectos éticos del estudio

El estudio original tuvo la aprobación del Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado – Hideyo Noguchi» y contó con la firma de los consentimientos informados de las personas entrevistadas. El presente estudio fue presentado al referido comité para exoneración de revisión por tratarse de un estudio que realiza un análisis secundario de una base de datos, de igual manera, fue presentado para su revisión y aprobación por el Comité Institucional de Ética e Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. La base datos utilizada para este estudio estuvo anonimizada.

Plan de análisis

Las prevalencias fueron sopesadas para tener en cuenta la restauración de la distribución de la población en función al sexo y grupos etarios, con intervalos de confianza al 95% y tomando en consideración el diseño de muestras complejas, así como la probabilidad conocida de selección. En cuanto a las variables, se consideraron los estilos de crianza, los eventos de vida antes de los 18 años y las variables sociodemográficas como variables independientes. En cuanto al análisis bivariados entre las variables, se realizaron pruebas χ^2 convertidas al estadístico F como una variante del estadístico de chi-cuadrado corregido de Rao-Scott de segundo orden y la significación basada en sus grados de libertad y un nivel de significancia de $<0,05$. Por otro lado, los análisis de asociación se realizaron con cada pregunta por separado así como para las dimensiones recategorizadas. Para los

análisis multivariados, se usó la regresión logística multinomial para muestras complejas con la variable de TEPT de por vida y anual como variable dependiente y utilizando la categoría ninguna como referencia. Con todo esto se obtuvieron odds ratios ajustados (OR) para evaluar la asociación entre TEPT de por vida y anual con las variables de estilos de crianza y eventos adversos antes de los 18 años. Las variables sociodemográficas y socioeconómicas fueron ajustadas con sí mismas. Así también, los estilos de crianza fueron controlados con los demás estilos de crianza y de la misma forma los eventos adversos. Ya como último, una vez identificadas las variables con asociaciones estadísticamente significativas en los análisis controlados, se procedió al análisis de un modelo final con aquellas variables con un nivel de significancia de al menos 0,05. Se utilizó el paquete estadístico de SPSS-V20.

RESULTADOS

Un total de 4 445 adultos fueron entrevistados en el estudio primario. Todos los análisis presentados utilizan la muestra ponderada. La muestra fue distribuida en 48,6% (IC95% 46,2-51) varones y 51,4% (IC95% 49-53,8) mujeres; y la edad promedio fue de 42,56 años, la cual estuvo comprendida entre los 18 a 94 años. La mayoría de las personas encuestadas nació en Lima metropolitana (57,6%), de lengua materna castellana (91,5%), con instrucción secundaria (45,4%), con estado civil casado (31,4%), tenía de 5 años a más de tiempo de residencia en Lima metropolitana o Callao (95,6%). Además, se cuenta con un porcentaje de personas con trabajo remunerado de 65,2%, una frecuencia de analfabetismo de 1,9%, y un 21,4% se encuentra en situación de pobreza según la NBI. Asimismo, las prevalencias de las variables sociodemográficas y socioeconómicas en las personas con y sin TEPT se pueden ver en los anexos (Tabla 1).

Los análisis bivariados entre el TEPT y los factores sociodemográficos solo mostraron asociación significativa con el sexo; el sexo femenino tenía una chance de 2,19 veces de haber padecido TEPT que el masculino (IC95% 1,49-3,21, $p < 0,001$). En cuanto al análisis multivariado ajustado a todas variables sociodemográficas y socioeconómicas, el sexo femenino mantuvo asociación estadística con el TEPT con un OR de 2,36 (IC95% 1,56-3,55, $p < 0,001$). El resto de variables sociodemográfica y socioeconómicas no mostraron asociación significativa con el TEPT ni en el análisis bivariado ni el multivariado (Tabla 2).

Con respecto a la relación entre los estilos de crianza y el TEPT, los análisis bivariados encontraron asociación estadísticamente significativa con todos los

estilos afectivos negativos, la ausencia de todas las variables de estilos afectivos positivos excepto “Le demostraban que estaban interesados en que usted tenga buenas calificaciones”, las variables “Le permitían hacer cosas que a sus hermanos(as) no les permitían” y “La ansiedad de sus padres de que algo malo podía sucederle era exagerada” de favoritismo y sobreprotección respectivamente. En cuanto a los análisis multivariados ajustado con las variables dentro del consolidado que corresponden, se encontró que, en los estilos afectivos negativos, las variables “Le dieron más castigos de lo que merecía” y “Le controlaban, pero no le daban afecto” estuvieron asociadas significativamente, con un OR de 1,71 (IC95% 1,11-2,63, $p=0,016$) y 2,09 (IC95% 1,30-3,35, $p=0,002$) respectivamente. Mientras que, en la ausencia de los estilos afectivos positivos, solo la variable “Existía amor y ternura entre usted y sus padres” se encontraba con asociación estadística con un OR de 1,72 (IC95% 1,07-2,75, $p=0,024$). En cambio, en los de favoritismo, solo mostró asociación significativa la variable “Le permitían hacer cosas que a sus hermanos(as) no les permitían” con TEPT, con OR de 1,77 (IC95% 1,04-3,01, $p=0,036$). Por último, ninguna de las variables en sobreprotección se encontró con asociación estadística en el análisis multivariado (Tabla 3).

Por otro lado, en lo referido a los eventos de vida temprana, en los análisis bivariados, sólo se encontró asociación estadística con “Pérdida personal por separación” en los consolidados incluidos en ellos y todas las variables dentro de los eventos adversos de vida tempranas. Asimismo, en los análisis multivariados ajustado por las variables de los consolidados que corresponden, se mostró asociación estadísticamente significativa en la variable de “Alguna disfuncionalidad familiar”, siendo esta la variable “Mientras crecía, su familia vivió

en permanente riesgo o amenaza a la integridad física de algunos de sus miembros”, con un OR de 3,49 (IC 95% 1,65-7,39, $p=0,001$), asimismo, en el consolidado “Pérdida personal por separación”, se encontró asociación estadística, con un OR de 2,10 (IC 95% 1,51-2,92, $p<0,001$), y por último, en “Abuso o negligencia antes de los 18 años”, las variables “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”, “Mientras crecía recibió insultos, agresiones verbales u ofensas en forma frecuente” y “Mientras crecía fue objeto (o haber sufrido) de chantajes, manipulaciones o humillaciones en forma frecuente”, tuvieron asociación estadística, siendo sus OR de 2,12 (IC 95% 1,05-4,28, $p=0,037$), 2,07 (IC 95% 1,23-3,47, $p=0,006$) y 2,78 (IC 95% 1,47-5,24, $p=0,002$), de presentar TEPT respectivamente (Tabla 4).

Finalmente, en el modelo final, en cuanto a las variables con asociación estadística en los análisis multivariados descrito previamente, al ajustarlos por edad y sexo sólo se encontró asociación estadística con las variables “Le permitían hacer cosas que a sus hermanos(as) no les permitían”, con un OR de 1,70 (IC 95% 1,09-2,65, $p=0,019$), y “Mientras crecía fue objeto (o haber sufrido) de chantajes, manipulaciones o humillaciones en forma frecuente”, con un OR de 6,22 (IC 95% 4,11-9,42, $p<0,001$) (Tabla 5).

DISCUSIÓN

En el presente estudio se abordan factores de riesgo pretrauma para TEPT que, a nuestro entender, no se han investigado a profundidad en otros estudios, y que, además, es de los primeros estudiando factores de riesgo de TEPT en población peruana. Se muestra evidencia sobre la importancia de los eventos de vida y estilos de crianza que podrían influir en el TEPT.

Se encuentra que el sexo femenino tiene predisposición de padecer TEPT, un factor de riesgo que ya se conocía como tal, hallazgo compatible con la revisión sistemática de Brewin et al, en la cual se encontró relacionado en estudios en personas civiles.²¹

En cuanto a la edad, no se halló asociación estadísticamente significativa con el TEPT, factor que en otras poblaciones sí se encontró asociada en edades más tempranas, tal como el estudio realizado por Bremner et al (Vietnam), el cual se hizo en veteranos de guerra;²³ o los realizados por Breslau et al (EEUU)²⁴ y Pérez et al (Chile)⁷ que tomaron como factor de riesgo el ser menor de 15 años en población general. En nuestro estudio, probablemente, no se encuentre dicha asociación debido a que se tomó como criterio de inclusión personas de 18 años o más, lo cual difiere con los estudios mencionados que hallan como factor de riesgo ser menor de 15 años.

Con respecto a la relación entre estilos de crianza y TEPT, a nuestro entender, no hay estudios previos similares, por lo que la relación con ciertos estilos de crianza debería explorarse con mayor profundidad en futuras investigaciones; no obstante, a pesar de estas limitaciones, estos resultados son coherentes con el estudio de

Darling y Steinberg, en el cual se concluyó que los estilos de crianza no solo están relacionados al desarrollo y bienestar de los niños, sino que tienen asociación significativa en las conductas de la adultez temprana.²⁵ Este resultado se vincula a lo postulado por Salirrosas C y Saavedra J (Perú) quienes evaluaron la relación entre la percepción de algunos estilos de crianza y el episodio depresivo en el adulto de la costa, donde concluyeron que el favoritismo podría estar relacionado a la presencia de cuadros depresivos asociados a otras patologías psiquiátricas y con ideas o actos suicidas.³⁹ Por lo tanto, la relación encontrada entre favoritismo y TEPT podría explicarse a que estar en una condición favorecida no ameritada, impida al beneficiado la capacidad de desarrollar conductas resilientes ante un hecho adverso.

Con respecto a los eventos adversos en la infancia, estos perjudican directamente al niño o a su entorno con consecuencias negativas en la adultez,²⁶ se vio asociación con trastornos mentales en la adultez tales como la depresión y el trastorno de ansiedad social.^{30,31} En nuestro estudio, se encontró relación entre esta y el TEPT. Estos hallazgos son coherentes la revisión sistemática de Brewin et al que relacionaron el maltrato en la infancia con el TEPT.²¹

Con respecto a alguna disfuncionalidad familiar, la variable “Mientras crecía, su familia vivió en permanente riesgo o amenaza a la integridad física de algunos de sus miembros”, predispone un mayor riesgo de padecer TEPT, un factor de riesgo también estudiado anteriormente, por ejemplo, Osofsky en su revisión sistemática, evidenció que la exposición a violencia puede tener un impacto significativo en el desarrollo infantil y uno de los efectos negativos puede ser el TEPT,²⁸ así mismo,

Bishop et al (República de Sudáfrica) encontraron que las personas con diagnóstico de TEPT sufrieron con más frecuencia abuso de tipo físico y sexual.³¹

Otra variable con asociación estadística fue “Pérdida personal por separación”, la cual hace referencia a la ausencia de una figura paterna y/o tutor, que predispone a un mayor riesgo de padecer TEPT, esto podría ser explicado desde la percepción de rechazo del menor, lo cual es coherente con lo discutido por Salirrosas C y Saavedra J, en donde las personas rechazadas, podrían desarrollar estilos de vida negativos, ya que, como lo plantean, el rechazo es una forma de maltrato psicológico,³⁹ y como se vio en nuestros resultados, esto podría tener cierta relación con TEPT. Además, la variable “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” predispone a un mayor riesgo de padecer TEPT. Este hallazgo va en armonía con otras investigaciones, por ejemplo, Suelen de Lima et al (Brasil) encontraron que en su población diagnosticada con TEPT, uno de los abusos más frecuente fue el sexual;¹⁵ así como la revisión sistemática de Brewin et al que encontraron que la violación (trauma, abuso infantil) tiene relación con TEPT y hasta un efecto predictivo;²¹ así mismo, Astin et al (EEUU) compararon 2 grupos de mujeres, donde se encontró que las mujeres que padecían de TEPT tenían mayor probabilidad de haber presentado historia de abuso sexual en la niñez que las que no;²⁷ de igual forma, Copeland et al (EEUU) concluyeron que traumas vinculados con violencia y abuso sexual se asociaron con la tasa más alta de síntomas de TEPT.²⁹

En cuanto al abuso y negligencia antes de los 18 años, la variable “Mientras crecía recibió insultos, agresiones verbales u ofensas en forma frecuente” predispone a un mayor riesgo de padecer TEPT, este dato es concordante con el estudio de Suelen de Lima et al que encontraron que de los diagnosticados de TEPT en su población, el abuso más frecuente en la infancia que sufrieron fue el emocional;¹⁵ por último, la variable “Mientras crecía fue objeto (o haber sufrido) de chantajes, manipulaciones o humillaciones en forma frecuente”, predispone a un mayor riesgo de padecer TEPT, esto va de la mano con lo dicho en el estudio mencionado anteriormente; Bishop et al también concluyeron que el abuso emocional puede tener efectos duraderos y contribuir al TEPT.³¹

Dentro de todas estas variables, entre eventos adversos de vida y estilos de crianza que salieron con asociación significativas con el TEPT en la regresión logística multivariada ajustada por edad y sexo, encontramos que solo 2 variables tenían asociación estadísticamente significativa; pese a que estas últimas 2 variables son el resultado final de nuestro estudio, fue menester nuestro el discutir los resultados anteriores de la tabla 3 y 4 para no perder así, información valiosa que podría ayudar a otros estudios. Hablando de estas 2 variables, “Le permitían hacer cosas que a sus hermanos(as) no les permitían”, con un OR de 1,70, podemos ver que varió ligeramente de 1,77 a 1,70; por otro lado, “Mientras crecía fue objeto (o haber sufrido) de chantajes, manipulaciones o humillaciones en forma frecuente”, con un OR de 6,22, en comparación con la tabla anterior, el OR casi se triplicó al ser ajustado, estos cambios pueden ser explicados, por un lado, como se mencionó anteriormente, que la expresión emocional (abuso emocional) de los padres hacia sus hijos puede contribuir al TEPT,³¹ por otro lado, hablando del ajuste, se vio que

la edad de inicio del abuso es importante, ya que proporciona un punto de partida para evaluar el impacto en la vida, puesto que, dependiendo de esto se puede tener una mayor o menor probabilidad de presentar TEPT,²⁴ o que el abuso desemboque en otro trastorno mental,³⁰ pese a que la variable edad no salió asociada significativamente en nuestro estudio, no quita que pueda haber relación en otras poblaciones,²¹ reforzando esta idea, vemos que, a pesar que en otras poblaciones el abuso físico y sexual es un predictor fuerte de TEPT en nuestro análisis ajustado, perdió fuerza en comparación con factores emocionales, en el caso de sexo, sí tuvo asociación como se vio al inicio de la discusión.

Este estudio contiene limitaciones que deben ser tomados en cuenta. El diagnóstico de TEPT en los encuestados se realizó mediante una escala validada en Perú, pero no ha sido corroborado con un médico psiquiatra; también, la deseabilidad social a las enfermedades mentales y la memoria a largo plazo de eventos ocurridos hace años pueden tener influencia en la respuesta de los entrevistados; asimismo, las personas con TEPT tendrían a recordar más los hechos negativos del pasado a comparación de la población general. Finalmente, al ser nuestro estudio transversal, no es posible asumir causalidad.

CONCLUSIONES

Se puede afirmar que, existe la relación entre el favoritismo junto al abuso o negligencia en la infancia con el TEPT en adultos en Lima Metropolitana y Callao. Clara importancia se encuentra en haber gozado de preferencias paternas o de los tutores en comparación con hermanos que tuviese, que se puede encontrar este estilo de crianza asociada al TEPT. Del mismo modo, se encuentra que haber sido violentado psicológicamente ya sea con chantajes, manipulaciones o humillaciones en la infancia, predispone a presentar TEPT.

A pesar de que los estilos de crianza pueden variar dependiendo de la cultura de cada población,⁴⁰ es posible que en las zonas urbanas de Perú compartan similitudes, y se encuentre la misma relación de los estilos de crianza con TEPT.

Este estudio puede servir como base para las siguientes investigaciones, que busquen como objetivo, determinar la relación entre los estilos de crianza junto a los eventos adversos de vida en la infancia con el TEPT, y que puedan tomar como población a regiones urbanas y rurales ya que en ambas los eventos en la infancia al igual que la crianza son diferentes.

La infancia es un pilar hacia la salud mental positiva en la adultez; y las desviaciones de la crianza y los eventos adversos en esta, se podrían relacionar con otros trastornos mentales, como la relación con TEPT vista en este estudio; sin embargo, es importante aclarar, que pese a que encontramos relación, esta investigación no logra diferenciar si los eventos de vida en la infancia son en sí, el estresor o solo un factor predisponente para presentar el TEPT. Aun así, por la relación que sugieren los hallazgos debe tomarse mayor énfasis en la relación padre-

hijo y la implicancia que esto tiene en el futuro de la salud mental de nuestra población; puesto que, una intervención oportuna sería beneficiosa para todos, y que esto puede realizarse siendo considerados los eventos de vida como parte de los factores de los determinantes de la salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) [Internet]. 1990 [Consultado 15 Ene 2020]. Disponible en: www.who.int/classifications/icd/en/
2. Sareen J. Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors and treatment. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2014 [Consultado 13 Feb 2020]; 59(9):460-7. Disponible en: doi.org/10.1177/070674371405900902
3. Kessler R, Chiu W, Demler O, et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2005 [Consultado 15 Ene 2020]; 62(6): 617–27. Disponible en: doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617
4. Van Ameringen M, Mancini C, Pipe B, et al. Posttraumatic stress disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics* [Internet]. 2008 [Consultado 13 Ene 2020]; 14(3): 171-81. Disponible en: doi.org/10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x
5. Darves-Bornoz J, Alonso J, de Girolamo G, et al. Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *J Trauma Stress* [Internet]. 2008 [Consultado 13 Ene 2020]; 21(5): 455–62. Disponible en: doi.org/10.1002/jts.20357
6. Norris F, Murphy A, Baker C, Perilla J, Rodriguez F, et al. Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *J Abnormal Psychology* [Internet]. 2003 [Consultado el 02 Jun 2020]; 112(4): 646. Disponible en: doi.org/10.1037/0021-843x.112.4.646

7. Pérez C, Vicente B, Zlotnick C, Kohn R, Johnson J, et al. Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud Ment (Mex)* [Internet]. 2009 [Consultado 03 Jun 2020]; 32(2): 145-153. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2990643/
8. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao – Replicación 2012 - Informe General. *Anales de Salud Mental* [Internet]. 2013 [Consultado 11 May 2020]; 29 (Suplemento 1). Disponible en: www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf
9. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio epidemiológico de salud mental en la selva rural 2009. Informe general. *Anales de salud mental* [Internet]. 2012 [Consultado 11 May 2020]; 28 (Suplemento 2). Disponible en: www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2009-ASM-EESM-SR.pdf
10. Sareen J, Houlahan T, Cox B, et al. Anxiety disorders associated with suicidal ideation and suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2005 [Consultado 03 Jun 2020]; 193(7): 450–454. Disponible en: doi.org/10.1097/01.nmd.0000168263.89652.6b
11. Sareen J, Afifi T, McMillan K, et al. Relationship between household income and mental disorders: findings from a population-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2011 [Consultado 03 Jun 2020]; 68(4): 419–27. Disponible en: doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.15

12. Pagura J, Stein M, Bolton J, et al. Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the US population. *J Psychiatry Res* [Internet]. 2010 [Consultado 02 Jun 2020]; 44: 1190–8. Disponible en: doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.04.016
13. Varela E, Hensley-Maloney L. The influence of culture on anxiety in Latino youth: a review. *Clin Child Fam Psychol Rev* [Internet]. 2009 [Consultado 15 May 2020]; 12: 217-33. Disponible en: doi.org/10.1007/s10567-009-0044-5
14. Miró G. La demografía en el siglo XXI en América Latina. *Pap poblac* [Internet]. 2006 [Consultado 15 May 2020]; 12(50): 13-22. Disponible en: www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252006000400002&lng=es&tlng=es
15. Suelen de Lima B, Acosta M, et al. Suicide risk and childhood trauma in individuals diagnosed with posttraumatic stress disorder. *Rev Tendencias Psiquiatría Psicoterapeuta*. [Internet]. 2018 [Consultado 23 Dic 2019]. 40(3): 253-7. Disponible en: dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0101
16. Pigatto S, Barros J, et al. Association between resilience and posttraumatic stress disorder among Brazilian victims of urban violence: a cross-sectional case-control study. *Rev Tendencias Psiquiatría Psicoterapeuta* [Internet]. 2017 [Consultado 23 Dic 2019]; 39(2): 116-23. Disponible en: doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0070
17. Cairo J, Dutta S, et al. The Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder Among Adult Earthquake Survivors in Peru. *Rev Disaster Medicine and Public Health Preparedness* [Internet]. 2010 [Consultado 25 Mar 2020]; 4(1): 39–46. Disponible en: doi.org/10.1017/S1935789300002408

18. Suarez E. Two decades later: the resilience and posttraumatic response of indigenous Quechua girls and adolescents in the aftermath of the peruvian armed conflict. *Rev Child Abuse & Neglect* [Internet]. 2013 [Consultado 25 Mar 2020]; 23(2): 200-10. Disponible en: [dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.09.011](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.09.011)
19. Espinoza-Neyra C, Jara-Pereda M, Díaz-Vélez C. Trastorno de estrés postraumático en una población afectada por inundaciones ocasionadas por el niño costero en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2017 [Consultado 13 Ene 2020]; 34(4):751-2. Disponible en: doi.org/10.17843/rpmesp.2017.344.3058
20. Ozer E, Best S, Lipsey T, Weiss D. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* [Internet]. 2003 [Consultado 12 May 2020]; 129(1): 52–73. Disponible en: doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52
21. Brewin C, Andrews B, Valentine J. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2000 [Consultado 13 Feb 2020]; 68(5): 748–66. Disponible en: doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748
22. UNICEF. Definición de la infancia [Internet]. 2005 [Consultado 15 Feb 2021]. Disponible en: www.unicef.org/sowc05/spanish/childhooddefined.html
23. Bremner J, Southwick S, Johnson D, Yehuda R, Charney D. Childhood physical abuse and combat-related posttraumatic stress disorder in Vietnam veterdoi.org/10.1176/ajp.150.2.235ans. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1993

- [Consultado 13 Mar 2020]; 150(2): 235-9. Disponible en: doi.org/10.1176/ajp.150.2.235
24. Breslau N, Chilcoat H, Kessler R, Davis G. Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit area survey of trauma. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1999 [Consultado 12 Feb 2020]; 156(6): 902-7. Disponible en: doi.org/10.1176/ajp.156.6.902
25. Darling N, Steinberg L. Parenting style as context: An integrative model. *Psychol.Bull.* [Internet]. 1993 [Consultado 17 Abr 2020]; 113(3):487-96. Disponible en: doi.org/10.1037/0033-2909.113.3.487
26. Lester S, Lorenc T, Sutcliffe K, Khatwa M, Stansfield C, Sowden AJ, et al. What helps to support people affected by Adverse Childhood Experiences? A Review of Evidence [Internet]. London: EPPI-Centre; 2019 [Consultado 24 Mar 2020]. Disponible en: eppi.ioe.ac.uk/CMS/Portals/0/ACEs_report-041119_1.pdf
27. Astin M, Ogland-Hand S, Coleman E, Foy D, et al. Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: Comparisons with maritally distressed women. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 1995 [Consultado 13 Mar 2020]; 63(2): 308–12. Disponible en: doi.org/10.1037/0022-006X.63.2.308
28. Osofsky J. The impact of violence on children. *Rev The future of children* [Internet]. 1999 [Consultado 25 Mar 2020]; 9(3): 33-49. Disponible en: doi.org/10.2307/1602780
29. Copeland W, Keeler G, et al. Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2007 [Consultado 25 Mar 2020]; 64(5): 577–84. Disponible en: doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577

30. Rudenstine S, Cohen G, et al. Eventos adversos de la infancia y el riesgo de depresión de nuevo inicio y trastorno de estrés postraumático entre los soldados de la Guardia Nacional de EE. UU. *Rev Medicina militar* [Internet]. 2015 [Consultado 13 Mar 2020]; 180(9): 972-8. Disponible en: doi.org/10.7205/MILMED-D-14-00626
31. Bishop M, Rosenstein D, et al. An analysis of early developmental trauma in social anxiety disorder and posttraumatic stress disorder. *Ann Gen Psychiatry* [Internet]. 2014 [Consultado 25 Mar 2020]; 13(16): 1-14. Disponible en: doi.org/10.1186/1744-859X-13-16
32. Instituto Nacional de Salud Mental. Confiabilidad y validez de los cuestionarios de salud mental de Lima y de la Selva Peruana. *Anales de Salud Mental* [Internet]. 2009 [Consultado 14 Jun 2020]; 25(1): 1-259. Disponible en: www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/view/97
33. Someya T, Uehara T, Kadowaki M, Sakado K, Reist C, et al. Factor analysis of the EMBU scale in a large sample of Japanese volunteers. *Acta Psychiatrica Scand* [Internet]. 1999 [Consultado 14 Jun 2020]; 100(4):252-7. Disponible en: doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb10858.x
34. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, et al. *Mini International Neuropsychiatric Interview - Versión en español 5.0.0*. Madrid: Instituto IAP. 2000.
35. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, et al. 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. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59(20): 22-33.

36. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental - 2002 - Informe General. Anales de Salud Mental [Internet]. 2002 [Consultado 11 May 2020]; 18 (Suplemento 1 y 2). Disponible en: www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2002-ASM-EESM-M/files/res/downloads/book.pdf
37. Feres JC, Macero X. Enfoques para la medición de la pobreza: Breve revisión de la literatura. Santiago de Chile: UN. 2001 [Consultado 14 Jun 2020]. Disponible en: www.researchgate.net/publication/239928852_Enfoques_para_la_medicion_de_la_pobreza_Breve_revision_de_la_literatura
38. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Principales resultados de la Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAHO) - IV Trimestre 2001 [Internet]. Lima; 2002 [Consultado 14 Jun 2020]. Disponible en: www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/4346.pdf
39. Salirrosas C, Saavedra J. Percepción de algunos estilos de crianza y el episodio depresivo en el adulto. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2014 [Consultado 28 Abr 2021]. 77(3):160-7. Disponible en: doi.org/10.20453/rnp.v77i3.2030.
40. Santos M, Sánchez N. Diferencia entre los estilos de crianza en una zona rural y una zona urbana en adolescentes [Internet]. Universidad Señor de Sipán. 2020 [Consultado 28 Abr 2021]. Disponible en: hdl.handle.net/20.500.12802/7804

TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas y socioeconómicas de la población adulta de Lima Metropolitana. EESM Lima Metropolitana y Callao 2012.

Características	n	%	Con TEPT % (IC95%)	Sin TEPT % (IC95%)
Edad (años)				
De 18 a 24	590	17,81	4,11 (2,71 - 6,18)	95,89 (93,82 - 97,29)
De 25 a 44	1 734	42,16	5,17 (4,01 - 6,65)	94,83 (93,35 - 95,99)
De 45 a 64	1 004	27,30	5,33 (3,76 - 7,52)	94,67 (92,48 - 96,24)
De 65 a más	481	12,73	5,90 (3,95 - 8,74)	94,10 (91,26 - 96,05)
Sexo				
Femenino	2 163	51,41	6,88 (5,62 - 8,40)	93,12 (91,60 - 94,38)
Masculino	1 646	48,59	3,26 (2,41 - 4,40)	96,74 (95,60 - 97,59)
Lugar de Nacimiento				
Lima Metropolitana	2 046	57,58	5,06 (4,02 - 6,36)	94,94 (93,64 - 95,98)
Costa	377	9,42	5,38 (3,35 - 8,55)	94,62 (91,45 - 96,65)
Sierra	1 246	29,51	5,22 (3,94 - 6,87)	94,78 (93,13 - 96,06)
Selva	140	3,50	4,56 (1,52 - 12,85)	95,44 (87,15 - 98,48)
Tiempo de Residencia				
De 5 a más años	3 622	95,58	5,10 (4,30 - 6,04)	94,90 (93,96 - 95,70)
Menor de 5 años	187	4,42	5,58 (2,27 - 13,09)	94,42 (86,91 - 97,73)
Lengua Materna				
Quechua / Aymara	370	8,53	6,14 (3,99 - 9,34)	93,86 (90,66 - 96,01)
Castellano	3 439	91,47	5,02 (4,19 - 6,01)	94,98 (93,99 - 95,81)
Nivel educativo				
Primaria o menos	559	13,81	4,83 (3,21 - 7,20)	95,17 (92,80 - 96,79)
Secundaria	1 784	45,42	5,59 (4,45 - 7,01)	94,41 (92,99 - 95,55)
Superior no Universitaria	738	20,62	4,14 (2,82 - 6,03)	95,86 (93,97 - 97,18)
Superior Universitaria	728	20,15	5,26 (3,45 - 7,94)	94,74 (92,06 - 96,55)
Sabe Leer y escribir				
No	78	1,94	5,33 (1,93 - 13,86)	94,67 (86,14 - 98,07)
Sí	3 731	98,06	5,12 (4,31 - 6,06)	94,88 (93,94 - 95,67)
Estado Civil				
Soltera	844	27,09	3,96 (2,76 - 5,66)	96,04 (94,34 - 97,24)
Casada	1 086	31,39	5,95 (4,44 - 7,94)	94,05 (92,06 - 95,56)
Conviviente	1 075	25,39	5,32 (4,06 - 6,94)	94,68 (93,06 - 95,94)
Separado(a)/divorciado(a)/viudo(a)	804	16,14	5,12 (3,54 - 7,37)	94,88 (92,06 - 96,56)
¿Tuvo trabajo?				
No	1 337	34,81	6,17 (4,80 - 7,90)	93,83 (92,10 - 95,20)
Sí	2 472	65,19	4,56 (3,70 - 5,61)	95,44 (94,39 - 96,30)
Niveles de pobreza				
Pobre extremo	224	4,30	7,21 (4,21 - 12,07)	92,79 (87,93 - 95,79)
Pobre	726	17,05	6,42 (4,61 - 8,86)	93,58 (91,14 - 95,39)
No Pobre	2 859	78,64	4,72 (3,84 - 5,80)	95,28 (94,20 - 96,16)

TEPT: Trastorno de estrés postraumático, IC: Intervalo de confianza

Tabla 2. Características sociodemográficas y socioeconómicas asociadas al trastorno de estrés postraumático en la población adulta de Lima Metropolitana. EESM Lima Metropolitana y Callao 2012.

Características	Análisis Bivariado		Análisis multivariado ^{b/}	
	p valor ^{a/}	OR _{crudo} (IC95%)	p valor	OR _{ajustado} (IC95%)
Edad (años)				
De 18 a 24		1,46 (0,81 - 2,66)	0,100	1,90 (0,88 - 4,09)
De 25 a 44	0,683	1,15 (0,70 - 1,90)	0,177	1,52 (0,83 - 2,78)
De 45 a 64		1,11 (0,63 - 1,96)	0,356	1,34 (0,72 - 2,49)
De 65 a más		1,00		1,00
Sexo				
Femenino	0,000	2,19 (1,49 - 3,21)	0,000	2,36 (1,56 - 3,55)
Masculino		1,00		1,00
Lugar de Nacimiento				
Lima Metropolitana		0,90 (0,28 - 2,84)	0,613	0,75 (0,24 - 2,33)
Costa	0,988	0,84 (0,25 - 2,87)	0,685	0,77 (0,22 - 2,68)
Sierra		0,87 (0,27 - 2,79)	0,811	0,86 (0,26 - 2,87)
Selva		1,00		1,00
Tiempo de Residencia				
De 5 a más años	0,845	1,10 (0,42 - 2,86)	0,711	1,21 (0,45 - 3,25)
Menor de 5 años		1,00		1,00
Lengua Materna				
Quechua / Aymara	0,401	1,24 (0,75 - 2,03)	0,325	0,75 (0,42 - 1,33)
Castellano		1,00		1,00
Nivel educativo				
Primaria o menos		1,09 (0,59 - 2,02)	0,138	1,69 (0,85 - 3,37)
Secundaria	0,617	0,94 (0,57 - 1,54)	0,997	0,99 (0,61 - 1,65)
Superior no Universitaria		1,29 (0,73 - 2,27)	0,245	1,40 (0,79 - 2,48)
Superior Universitaria		1,00		1,00
Sabe Leer y escribir				
No	0,936	0,96 (0,33 - 2,80)	0,870	1,10 (0,34 - 3,56)
Sí		1,00		1,00
Estado Civil				
Soltera		1,31 (0,76 - 2,25)	0,865	0,86 (0,46 - 1,62)
Casada	0,300	0,85 (0,53 - 1,37)	0,640	0,68 (0,41 - 1,13)
Conviviente		0,96 (0,59 - 1,56)	0,412	0,82 (0,48 - 1,40)
Separado(a)/divorciado(a)/viudo(a)		1,00		1,00
¿Tuvo trabajo?				
No	0,055	0,73 (0,52 - 1,01)	0,631	0,91 (0,63 - 1,32)
Sí		1,00		1,00
Niveles de pobreza				
Pobre extremo		0,64 (0,35 - 1,18)	0,103	0,59 (0,31 - 1,11)
Pobre	0,133	0,72 (0,48 - 1,10)	0,070	0,67 (0,43 - 1,03)
No Pobre		1,00		1,00

a/: Significancia obtenida con la prueba F corregida para muestras complejas; OR: odds ratio; b/: Ajustado por sexo, edad, lugar de nacimiento, tiempo de residencia, lengua materna, nivel educativo, analfabetismo, estado civil, trabajo remunerado, nivel de pobreza.

Tabla 3. Estilos de crianza asociados a Trastorno de Estrés Postraumático en la población adulta de Lima Metropolitana. EESM Lima Metropolitana y Callao 2012.

Estilos de crianza	n	%	Análisis Bivariado		Análisis multivariado ^{a/}	
			p valor	OR _{crudo} (IC95%)	p valor	OR _{ajustado} (IC95%)
Estilo afecto negativo (control y rechazo)						
Le dieron más castigos de los que merecía	787	19,19	0,000	2,50 (1,76 - 3,54)	0,016	1,71 (1,11 - 2,63)
Sus padres pensaban que los hombres no deberían llorar	930	23,39	0,001	1,76 (1,26 - 2,47)	0,191	1,28 (0,89 - 1,84)
Sus padres preferían a los hijos varones en desventaja de las hijas mujeres	519	12,17	0,000	2,15 (1,45 - 3,17)	0,068	1,47 (0,97 - 2,22)
Le castigaban severamente por cosas pequeñas	581	13,90	0,000	2,41 (1,70 - 3,43)	0,535	1,16 (0,73 - 1,86)
Le controlaban pero no le daban afecto	420	9,79	0,000	3,02 (2,02 - 4,53)	0,002	2,09 (1,30 - 3,35)
Ausencia de estilo afectivo positivo (calor emocional)						
Si las cosas le iban mal, sus padres trataban de reconfortarlo	829	19,66	0,003	1,72 (1,21 - 2,45)	0,500	1,17 (0,74 - 1,83)
Existía amor y ternura entre usted y sus padres	464	10,42	0,000	2,25 (1,51 - 3,36)	0,024	1,72 (1,07 - 2,75)
Sus padres le permitían tomar sus propias decisiones	2 020	50,52	0,010	1,58 (1,12 - 2,23)	0,209	1,28 (0,87 - 1,88)
Sus padres se interesaban por conocer sus opiniones	1 421	35,24	0,001	1,77 (1,26 - 2,49)	0,073	1,43 (0,97 - 2,11)
Le demostraban que estaban interesados en que usted tenga buenas calificaciones	1 040	25,25	0,726	1,07 (0,74 - 1,53)	0,147	0,74 (0,50 - 1,11)
Le demostraban que le querían	469	10,94	0,013	1,70 (1,12 - 2,59)	0,772	1,08 (0,66 - 1,75)
Favoritismo						
Le permitían hacer cosas que a sus hermanos(as) no les permitían	489	12,73	0,029	1,63 (1,05 - 2,53)	0,036	1,77 (1,04- 3,01)
Le engreían más a usted en comparación con sus hermanos(as)	593	15,67	0,769	1,07 (0,68 - 1,69)	0,989	1,00 (0,55 - 1,85)
Le favorecían con relación a sus hermanos (as)	531	13,74	0,915	0,98 (0,62 - 1,54)	0,481	0,79 (0,40 - 1,54)
Sobreprotección						
Le prohibían hacer cosas que a otros niños(as) sí les era permitido porque temían que algo malo le podría ocurrir	1 277	32,65	0,957	1,00 (0,72 - 1,42)	0,507	0,87 (0,59 - 1,30)
Eran muy exigentes con respecto a sus calificaciones escolares, desempeño deportivo o actividades similares	1 781	45,31	0,457	1,15 (0,80 - 1,64)	0,778	1,05 (0,74 - 1,50)
La ansiedad de sus padres de que algo malo podía sucederle era exagerada	839	21,61	0,028	1,54 (1,05 - 2,25)	0,095	1,46 (0,94 - 2,28)
Sus padres lo(a) cuidaban excesivamente (o demasiado) para evitar que tenga problemas	952	24,19	0,156	1,34 (0,89 - 2,01)	0,532	1,17 (0,72 - 1,90)

a/ Modelos ajustados por cada componente de los consolidados de los estilos de crianza correspondiente, OR: odds ratio

Tabla 4. Eventos adversos de vida temprana asociados a Trastorno de Estrés Postraumático en la población adulta de Lima Metropolitana. EESM Lima Metropolitana y Callao 2012.

Eventos adversos de vida temprana	n	%	Análisis Bivariado		Análisis multivariado ^{b/}	
			P valor	OR _{crudo} (IC95%)	P valor	OR _{ajustado} (IC95%)
Alguna Disfuncionalidad familiar						
Cuando era menor de 11 años sus padres discutían mucho	1 181	30,04	0,000	1,97 (1,39 - 2,79)	0,125	1,41 (0,91 - 2,18)
Alguno de sus padres llegaba ebrio o borracho a casa con regularidad	1 174	28,72	0,002	1,68 (1,22 - 2,33)	0,439	1,16 (0,80 - 1,67)
Alguno de sus padres fue infiel en la relación	803	20,23	0,001	1,84 (1,31 - 2,61)	0,290	1,26 (0,82 - 1,94)
Alguno de sus padres lo(a) hacía sentir culpable por desacuerdos o discusiones de la familia	191	4,37	0,000	2,87 (1,72 - 4,79)	0,061	1,72 (0,98 - 3,03)
Sus padres se separaron o divorciaron	765	19,56	0,011	1,58 (1,11 - 2,26)	0,348	1,20 (0,82 - 1,75)
Mientras crecía, su familia vivió en permanente riesgo o amenaza a la integridad física de alguno de sus miembros	92	2,18	0,000	5,35 (2,80 - 10,24)	0,001	3,49 (1,65 - 7,39)
Pérdida personal por separación						
Sí / no	1 543	38,05	0,000	2,10 (1,51 - 2,92)	0,000	2,10 (1,51 - 2,92)
Abuso o negligencia antes de los 18 años						
Alguno de sus padres lo(a) amenazaba con no quererlo(a)	145	3,35	0,000	3,69 (2,11 - 6,46)	0,264	1,73 (0,66 - 4,56)
Alguno de sus padres lo(a) amenazaba con matarlo(a)	38	0,93	0,011	3,24 (1,31 - 8,05)	0,684	0,80 (0,27 - 2,38)
Alguno de sus padres lo(a) amenazaba con abandonarlo(a)	130	3,19	0,002	2,49 (1,38 - 4,48)	0,447	0,68 (0,24 - 1,86)
Mientras crecía sufrió algún tipo de abuso físico como golpes, puñetes o empujones en forma frecuente	467	11,38	0,000	2,76 (1,86 - 4,10)	0,713	0,90 (0,53 - 1,55)
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	209	4,66	0,000	4,50 (2,70 - 7,49)	0,037	2,12 (1,05 - 4,28)
Mientras crecía recibió insultos, agresiones verbales u ofensas en forma frecuente	511	12,62	0,000	4,21 (2,98 - 5,95)	0,006	2,07 (1,23 - 3,47)
Mientras crecía fue objeto (o haber sufrido) de chantajes, manipulaciones o humillaciones en forma frecuente	219	5,57	0,000	6,70 (4,43 - 10,13)	0,002	2,78 (1,47 - 5,24)
Mientras crecía se ha encontrado en situaciones en las que se ha sentido abandonado	333	8,29	0,000	3,24 (2,09 - 5,03)	0,362	1,33 (0,72 - 2,42)

b/ Modelos ajustados por cada componente de los consolidados de los eventos adversos de vida temprana correspondiente, OR: odds ratio

Tabla 5. Estilos de crianza y eventos adversos de vida temprana con asociación estadísticamente significativa a Trastorno de Estrés Postraumático en la población adulta de Lima Metropolitana. EESM Lima Metropolitana y Callao 2012.

Factores Asociados	Análisis multivariado ^{c/}	
	p valor	OR ajustado (IC95%)
Favoritismo		
Le permitían hacer cosas que a sus hermanos(as) no les permitían	0,019	1,70 (1,09 - 2,65)
Abuso o negligencia antes de los 18 años		
Mientras crecía fue objeto (o haber sufrido) de chantajes, manipulaciones o humillaciones en forma frecuente	0,000	6,22 (4,11 - 9,42)

c/ Modelo ajustado por edad y sexo, OR: odds ratio

ANEXOS

Definición operacional de variables

VARIABLES DEPENDIENTES

Variable	Tipo y escala de variable	Definición operacional	Codificación
Indicadores de trastornos psiquiátricos			
TEPT de por vida	Categoría Nominal	Uso de encuesta MINI en el que se incluyen criterios para TEPT de acuerdo a definición de CIE-10, y que además sintomatología persista más de un año después del trauma hasta la actualidad	0: No 1: Sí
TEPT anual	Categoría Nominal	Uso de encuesta MINI en el que se incluyen criterios para TEPT de acuerdo a definición de CIE-10, y que además sintomatología persista hasta un año después del trauma	0: No 1: Sí

VARIABLES INDEPENDIENTES

Variable	Tipo y escala de variable	Definición operacional	Codificación	
Variables sociodemográficas				
Sexo	Cualitativa dicotómica	Describe el género de una persona	0: Femenino 1: Masculino	
Edad	Cuantitativo discreto ordinal	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	1: 18 – 24 años 2: 25 - 44 años 3: 45 – 64 años 4: 65 o más	
Estado civil	Cualitativa discreta nominal	Conjunto de condiciones o cualidades jurídicamente relevantes que tiene una persona frente a una familia determinada	0: Soltero 1: Casado 2: Separado 3: Divorciado 4: Viudo	
Nivel de instrucción	Cualitativa discreta nominal	Grado de instrucción o educación media	0: Sin nivel/primaria 1: Secundaria 2: Superior no universitario 3: Superior universitario	
Estado socioeconómico				
Nivel de pobreza	Medida a través de las Necesidades básicas insatisfechas	Es pobre aquel hogar que, dadas sus fuentes de bienestar, no puede satisfacer sus necesidades, por más eficientemente que las use.	0: No pobre 1: Pobre 2: Pobre extremo	
Trabajo en la última semana	Cualitativa dicotómica	Trabajo remunerado que realizó en la última semana	0: No 1: Sí	
Estilos de crianza				
Estilo afectivo negativo (control y rechazo)	Cualitativa Nominal	Presencia de los siguientes estilos de crianza relacionados	Le dieron más castigos de los que merecía	0: No, 1: Sí
			Lo/la castigaban severamente (o mucho) por cosas pequeñas	0: No, 1: Sí
			Lo/la controlaban, pero no le daban afecto	0: No, 1: Sí
			Sus padres pensaban que los hijos hombres no deberían llorar	0: No, 1: Sí
Ausencia de estilo afectivo positivo (calor emocional) o autonomía	Cualitativa Nominal	Ausencia de los siguientes estilos de crianza relacionados	Sus padres preferían a los hijos varones en comparación con las hijas mujeres	0: No, 1: Sí
			Si las cosas le iban mal, sus padres trataban de confortarlo(a), animarlo(a) y apoyarlo(a)	0: Sí, 1: No
			Existía amor y ternura entre usted y sus padres	0: Sí, 1: No
			Le demostraban que lo/la querían	0: Sí, 1: No
			Le permitían tomar sus propias decisiones, por ejemplo, elegir su ropa, escoger a sus amistades, los estudios que debía seguir, distracciones, etc.	0: Sí, 1: No
			Le demostraban que estaban interesados en que usted tuviera buenas calificaciones	0: Sí, 1: No
Sus padres se interesaban por conocer sus opiniones (o ideas)	0: Sí, 1: No			

Favoritismo	Cualitativa Nominal	Presencia de los siguientes estilos de crianza relacionados	Le permitían hacer cosas que a sus hermanos(as) no les era permitido	0: No, 1: Sí
			Lo/la engrañan más a usted en comparación con sus hermanos(as)	0: No, 1: Sí
			Lo/la favorecían con relación a sus hermanos(as)	0: No, 1: Sí
Sobreprotección	Cualitativa Nominal	Presencia de los siguientes estilos de crianza relacionados	Le prohibían hacer cosas que a otros niños(as) sí les era permitido, porque temían que algo malo le podría ocurrir	0: No, 1: Sí
			Eran muy exigentes con respecto a sus calificaciones escolares, desempeño deportivo o actividades similares	0: No, 1: Sí
			La ansiedad de sus padres de que algo malo podía sucederle era exagerada	0: No, 1: Sí
			Sus padres lo(a) cuidaban excesivamente (o demasiado) para evitar que tenga problema	0: No, 1: Sí
Eventos adversos de vida				
Alguna disfuncionalidad familiar	Cualitativa Nominal	Presencia de los siguientes eventos adversos relacionados	Cuando era menor de 11 años sus padres discutían mucho	0: No, 1: Sí
			Alguno de sus padres llegaba ebrio o borracho a casa con regularidad (o frecuencia)	0: No, 1: Sí
			Sus padres se separaron o divorciaron	0: No, 1: Sí
			Alguno de sus padres fue infiel en la relación	0: No, 1: Sí
			Alguno de sus padres lo(a) hacía sentir culpable por desacuerdos o discusiones de la familia	0: No, 1: Sí
			Mientras crecía su familia vivió en permanente riesgo o amenaza a la integridad física de alguno de sus miembros	0: No, 1: Sí
Perdida personal por separación, abandono o muerte	Cualitativa Nominal	Presencia de los siguientes eventos adversos relacionados	Alguno de sus padres estaba mucho tiempo ausente de casa	0: No, 1: Sí
			Perdida del padre antes de los 18 años	0: No, 1: Sí
			Perdida del padre antes de los 12 años	0: No, 1: Sí
			Pérdida de la madre antes de los 12 años	0: No, 1: Sí
Abuso o negligencia antes de los 18 años	Cualitativa Nominal	Presencia de los siguientes eventos adversos relacionados	Pérdida de la madre antes de los 18 años	0: No, 1: Sí
			Mientras crecía recibió insultos, agresiones verbales u ofensas en forma frecuente	0: No, 1: Sí
			Mientras crecía, sufrió algún tipo de abuso físico como golpes, puñetes o empujones en forma frecuente	0: No, 1: Sí
			Se ha encontrado en situaciones en las que se ha sentido abandonado(a) porque no le procuraban alimentos, cuidados médicos, ropa adecuada, o afecto	0: No, 1: Sí
			Fue objeto (o haber sufrido) de chantajes, manipulaciones o humillaciones en forma frecuente	0: No, 1: Sí
			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: No, 1: Sí
			Alguno de sus padres lo(a) amenazaba con no quererlo(a)	0: No, 1: Sí
			Alguno de sus padres lo(a) amenazaba con abandonarlo(a)	0: No, 1: Sí
Alguno de sus padres lo(a) amenazaba con matarlo(a)	0: No, 1: Sí			