



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y PRESENCIA DE
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA ADULTEZ EN SEIS
CIUDADES DE LOS ANDES PERUANOS

ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES AND THE PRESENCE OF
GENERALIZED ANXIETY DISORDER IN ADULTHOOD IN SIX
PERUVIAN ANDEAN CITIES

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

AUTOR

EDGARDO LEHI TENAZOA MARTINEZ

ASESOR

JAVIER ESTEBAN SAAVEDRA CASTILLO

LIMA - PERÚ

2025

ASESORES DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

ASESOR

Dr. Javier Esteban Saavedra Castillo

Departamento Académico de Clínicas Médicas

ORCID: 0000-0001-8403-5363

Fecha de Aprobación: 20 de Mayo del 2025

Calificación: Aprobado

DEDICATORIA

A quienes, desde el silencio de comunidades históricamente olvidadas, han atravesado en su infancia experiencias adversas y rara vez se reflejan en las estadísticas. Que esta tesis sea un pequeño paso hacia una investigación más justa, inclusiva y comprometida con la realidad de todos.

AGRADECIMIENTOS


A mi madre, por haber sido la primera en inspirarme a estudiar una carrera en salud. Su ejemplo, dedicación y sensibilidad marcaron profundamente mi vocación. A mi padre, por empujarme a seguir adelante incluso en los momentos en que quise detenerme. Su perseverancia me enseñó a no rendirme. A mi hermana, por ser un apoyo incondicional y un pilar fundamental durante mi internado médico. Su presencia fue un sostén invaluable en cada etapa de este camino. A mi asesor, Javier E. Saavedra Castillo, por su constante acompañamiento, experticia clínica y paciencia a lo largo de todo este proceso.

Sin su guía, este trabajo no habría sido posible.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y PRESENCIA DE
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA ADULTEZ EN SEIS
CIUDADES DE LOS ANDES PERUANOS

ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES AND THE PRESENCE OF
GENERALIZED ANXIETY DISORDER IN ADULTHOOD IN SIX
PERUVIAN ANDEAN CITIES

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

AUTOR
EDGARDO LEHI TENAZOA MARTINEZ

ASESOR
JAVIER ESTEBAN SAAVEDRA CASTILLO

LIMA - PERÚ
2025

19% Similitud estándar Filtros

Fuentes
Mostrar las fuentes solapadas

1 Internet	hdl.handle.net	9%
27 bloques de texto	415 palabra que coinciden	
2 Internet	cdn.www.gob.pe	3%
13 bloques de texto	125 palabra que coinciden	
3 Internet	www.scielo.org.pe	2%
5 bloques de texto	115 palabra que coinciden	

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	1
II. Objetivos	5
III. Materiales y Métodos	6
IV. Resultados esperados	17
V. Conclusiones	19
VI. Referencias Bibliográficas	20
Anexos	

RESUMEN

Introducción: El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y las experiencias adversas en la infancia (ACEs) representan prioridades emergentes en salud mental en América Latina. Aunque diversos estudios internacionales sugieren una asociación entre ACEs y TAG, la evidencia para poblaciones altoandinas peruanas es aún limitada. **Objetivo:** Analizar la relación entre la presencia de TAG en adultos y la exposición a ACEs durante la infancia en seis ciudades andinas del Perú. **Métodos:** Se plantea un estudio transversal, retrospectivo y analítico, basado en datos secundarios provenientes de encuestas epidemiológicas realizadas entre 2016 y 2018. Se utilizarán entrevistas clínicas estructuradas (MINI-CIE10) y herramientas culturalmente adaptadas para identificar TAG y ACEs. Se aplicarán modelos de regresión logística múltiple para estimar asociaciones ajustadas, efectos acumulativos e interacciones. **Resultados esperados:** Se anticipa una alta prevalencia de ACEs, especialmente en Ayacucho, Abancay y Puno, así como una asociación significativa entre ACEs y TAG. Se espera observar un patrón acumulativo, en el que ≥ 4 ACEs se relacionen con mayor probabilidad de TAG. Además, se proyecta que el abuso emocional y estilos de crianza caracterizados por rechazo parental sean los factores más asociados al TAG, mientras que el "calor emocional" actuaría como protector. Factores como pobreza extrema y sexo femenino podrían moderar estas asociaciones. **Conclusiones:** Se espera que el estudio evidencie la relevancia de las ACEs como determinantes del TAG en poblaciones andinas. Sus posibles implicancias contribuirían al diseño de políticas de salud mental culturalmente adaptadas y orientadas a la prevención temprana. La viabilidad metodológica y relevancia social del estudio justifican su realización y publicación.

Palabras clave: Trastorno de Ansiedad Generalizada, Experiencias Adversas de la Infancia, Andes, Perú, Adultos Sobrevivientes de Eventos Adversos Infantiles

ABSTRACT

Introduction: Generalized Anxiety Disorder (GAD) and Adverse Childhood Experiences (ACEs) are emerging public health priorities in Latin America. While international studies suggest a consistent association between ACEs and GAD, evidence from high-altitude Peruvian populations remains limited. **Objective:** To analyze the relationship between GAD in adulthood and exposure to ACEs during childhood in six Andean cities of Peru. **Methods:** A cross-sectional, retrospective, and analytical study will be conducted using secondary data from epidemiological surveys carried out between 2016 and 2018. Standardized clinical interviews (MINI-ICD10) and culturally adapted tools will be used to identify GAD and ACEs. Multivariate logistic regression models will estimate adjusted associations, cumulative effects, and potential interactions. **Expected results:** A high prevalence of ACEs is expected, especially in Ayacucho, Abancay, and Puno. A significant association between ACEs and GAD is projected, with a cumulative pattern wherein ≥ 4 ACEs are linked to a higher probability of GAD. Emotional abuse and parenting styles characterized by parental rejection are expected to be most associated with GAD, while emotional warmth could act as a protective factor. Sociodemographic variables such as extreme poverty and female sex are expected to moderate these associations. **Conclusions:** The study is expected to highlight the importance of ACEs as key determinants of adult GAD in Andean populations. The findings could contribute to developing culturally sensitive and preventive mental health strategies. The study is methodologically feasible and socially relevant, supporting its potential for publication and policy impact.

Keywords: Generalized Anxiety Disorder, Adverse Childhood Experiences, Andes, Peru, Adult Survivors of Child Adverse Events

I. INTRODUCCIÓN

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y las Experiencias Adversas en la Infancia (ACEs) son prioridades emergentes reconocidas por los organismos internacionales en materia de salud mental. La Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de su Plan de Acción sobre Salud Mental 2030, establece como objetivo clave el abordaje integral y preventivo de los trastornos mentales comunes, destacando la necesidad de intervenir sobre factores sociales como la violencia infantil y la pobreza (1). En concordancia, Perú ha promulgado la Ley de Salud Mental N.º 30947 (2019), que establece la atención integral con énfasis comunitario, priorizando la intervención sobre determinantes sociales como la violencia en la infancia (2).

Respecto al TAG, este presenta una prevalencia mundial de 3,7% durante la vida (3), genera un alto impacto económico reportándose un incremento de 2,7 veces en los costos directos de atención médica en diversas regiones del mundo (4) y socialmente cuesta 370 años de vida ajustados por discapacidad por cada 100 mil habitantes (5). En Latinoamérica su prevalencia aproximada es de 1,1% (6) y en Estados Unidos los pacientes con TAG representan un gasto anual promedio de US\$6475 por paciente, implicando un sobre costo de US\$2138(7). También en poblaciones estadounidenses, se ha reportado una reducción sustancial en la calidad de vida (8)(9). A nivel nacional, la prevalencia fue del 3% el año 2012 en Lima (10) y diferencia de la capital, en las 6 ciudades altoandinas a estudiar las prevalencias variaron entre el 1,2%-4,2% entre el 2016-2018, siendo la más baja en Abancay el 2016 y las más altas en Huaraz y Ayacucho el 2017(11)(12)(13).

Los Criterios diagnósticos para este trastorno según la DSM-5 lo definen como la presencia de preocupación excesiva, persistente e incontrolable durante un mínimo de 6 meses, acompañada por al menos tres síntomas como inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular e insomnio (14). El CIE-10, por su parte, enfatiza la hiperactividad vegetativa y la tensión física como elementos centrales del trastorno (15). En poblaciones latinoamericanas, el patrón clínico del TAG parece alinearse más con el enfoque del CIE-10, debido a una mayor expresión somática de los síntomas por factores culturales (16). El TAG frecuentemente se presenta de forma crónica, con un bajo nivel de remisión (38% a cinco años), altas tasas de recaída (27–29%) (17) y otras comorbilidades como depresión (60–80%) y otros trastornos de ansiedad ($\geq 80\%$) (18). También se ha documentado su asociación con enfermedades médicas crónicas y menor expectativa de vida por causas cardiovasculares (19)(20).

Respecto a las ACEs, en Latinoamérica el 40% de los adultos en Chile ha reportado ≥ 4 eventos adversos en la infancia, destacando el abuso emocional y la negligencia (21). A nivel nacional, el 2023 en Perú, el 19,4% de madres afirmó ejercer violencia física hacia sus hijos, y el 33,4% reportó que sus niños entre 1-5 años fueron testigos de violencia de pareja, siendo más frecuente en ciudades andinas como Abancay, Ayacucho y Puno (22). Las ACEs, término acuñado 1998, comprenden experiencias como abuso físico, emocional y sexual, negligencia y disfunción familiar (23). Estas incrementan el riesgo de enfermedad cardiovascular, cáncer y enfermedades respiratorias (24). Y afectan la salud mental asociándose a trastornos depresivos, abuso de sustancias y un alto riesgo de intentos suicidas (25)(26)(24).

Las ACEs y el TAG tienen una relación consistente en la evidencia científica actual, como lo demuestra un metaanálisis de 27 estudios longitudinales que reportó que la exposición a traumas, pobreza y maltrato infantiles incrementa el riesgo de TAG en la edad adulta (OR agrupado = 1,6; IC 95%: 1,5–1,8) (27). Además, este parece seguir un patrón acumulativo ya que tener ≥ 4 ACEs multiplica el riesgo de desarrollar el trastorno (25). A nivel biológico, los estudios coinciden en identificar alteraciones del eje HPA (28), reducciones del volumen en la amígdala (29), y disfunciones en la corteza prefrontal (30) como mecanismos neurobiológicos en la relación ACEs-TAG y psicosocialmente algunos estudios destacan el rol de la regulación emocional (31), mientras que otros enfatizan variables como el neuroticismo (32) o la autoestima (33).

En América Latina, la investigación es aún incipiente, por ejemplo, en México un estudio con 1448 adultos reportó que quienes presentaron ≥ 4 ACEs tuvieron 4,1 veces más probabilidades de presentar ansiedad que quienes presentaron menos ACEs (34). De forma similar, un estudio en Colombia encontró en una población universitaria niveles elevados de ansiedad vinculados a adversidades infantiles (35). En Perú los estudios disponibles, como el realizado en Lima Metropolitana con 10885 adultos, se han centrado predominantemente en el efecto de los ACEs con el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (36). Además, la mayoría de las investigaciones peruanas son diseños transversales, haciendo uso de escalas de tamizaje como el GAD-7 y de muestras pequeñas o no representativas (p. ej., personal sanitario durante la COVID-19), lo cual limita más la generalización de los hallazgos a nivel poblacional (37). También es importante señalar la falta de herramientas adaptadas culturalmente para grupos indígenas (38) y que pocas

investigaciones se han centrado en zonas rurales o altoandinas (5). Este estudio pretende llenar estos vacíos mediante un enfoque poblacional en seis ciudades andinas del Perú, usando entrevistas clínicas estructuradas culturalmente adaptadas lo que permitirá caracterizar con mayor precisión la relación entre ACEs y TAG en una población históricamente marginada (6)(7)(8), y contribuirá con evidencia aplicable al diseño de políticas de salud mental culturalmente pertinentes.

Los resultados de esta investigación contribuirán a sensibilizar a los profesionales de salud y tomadores de decisiones sobre la relevancia de las ACEs como factores asociados al TAG, promoviendo un enfoque integral que trascienda el diagnóstico sintomático. Los hallazgos serán publicados en una revista científica indexada, asegurando su difusión en la comunidad académica y profesional a nivel nacional e internacional, y su eventual incorporación en la práctica clínica. Los principales beneficiarios serán las poblaciones altoandinas de Abancay, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz, Arequipa y Puno, así como los profesionales de salud mental que trabajan en estas zonas y en contextos similares. Además, este estudio abre la puerta a futuras investigaciones en regiones subrepresentadas, como la selva peruana y las comunidades indígenas amazónicas, promoviendo una cobertura más equitativa en salud mental en el país.

II. OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar la relación entre la presencia del trastorno de ansiedad generalizada en una población adulta y el antecedente de eventos de vida adversos en la infancia.

Objetivo específico:

1. Examinar la relación de estilos de crianza de crianza particulares con la presencia de trastorno de ansiedad generalizada en la etapa adulta
2. Examinar la relación entre el antecedente de abuso infantil, en sus diversas modalidades, con la presencia de trastorno de ansiedad generalizada en la etapa adulta.
3. Examinar la relación entre los antecedentes de disfunción familiar con la presencia de trastorno de ansiedad generalizada en la etapa adulta.
4. Examinar la relación entre el antecedente de la interrupción en la relación padre-hijo, en sus diferentes modalidades, con la presencia de trastorno de ansiedad generalizada en la etapa adulta.
5. Evaluar el posible efecto acumulativo entre los eventos adversos en la infancia sobre la presencia de trastorno de ansiedad generalizada en la etapa adulta.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Diseño del estudio:

El presente es un estudio de alcance analítico con diseño observacional de corte transversal.

Se empleará la base de datos de los estudios epidemiológicos de salud mental realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (INSM) en ciudades de la sierra peruana (Abancay, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz, Arequipa y Puno) entre los años de 2016 y 2018. Estos estudios recabaron información sobre la salud mental del adolescente, la mujer unida (jefa del hogar o esposa del jefe del hogar), adultos y adultos mayores.

En el presente estudio la unidad de análisis es el adulto y se obtendrá información sobre el trastorno de ansiedad generalizada y el antecedente de eventos adversos durante la infancia Abancay, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz, Arequipa y Puno

3.2 Población:

Adultos residentes habituales de las localidades urbanas en ciudades de los andes peruanos: Abancay, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz Arequipa y Puno.

3.3 Criterios selectivos:

Criterios de Inclusión

Personas adultas de 18 años en adelante que no presenten impedimentos para comunicarse.

Criterios de exclusión

Personas de 18 años en adelante que debido a discapacidades mentales y/o físicas presenten impedimentos en la comunicación y adicionalmente no se pudiese realizar una entrevista indirecta con el jefe del hogar.

3.3 Muestra:

En los estudios epidemiológicos realizados entre los años 2016-2018 en las ciudades andinas de Abancay, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz, Arequipa y Puno. Se seleccionaron muestras bietápicas:

- **Selección de unidades primarias de muestreo (UPM)**

Las UPMs estaban conformadas por conglomerados de viviendas (grupos), seleccionadas utilizando un muestreo sistemático con arranque aleatorio. Se eligieron conglomerados con probabilidad proporcional al número de viviendas en cada conglomerado.

- **Selección de unidades secundarias de muestreo (USM) o viviendas**

En cada UPM seleccionada se obtuvieron segmentos compactos con un número diferente de viviendas en cada ciudad.

La selección de las viviendas se basó en una lista de casas habitadas del registro de viviendas numeradas consecutivamente en el campo, por el personal del INSM. No se reemplazó ninguna de las viviendas seleccionadas. Para la selección de viviendas que formarían parte de la muestra se utilizaron números aleatorios generados por una distribución de probabilidades uniforme que fueron utilizados para generar el punto inicial de la secuencia de selección de viviendas (11)(12)(13).

- **Selección de las unidades finales de muestreo (UFM) o personas**

En cada hogar seleccionado, se eligió a un individuo de cada grupo de análisis (adolescente, adulto, adulto mayor) de forma independiente utilizando una tabla de Kish modificada, con excepción de la mujer unida (cabeza de familia o cónyuge del jefe de familia) que entró con probabilidad uno. El personal de campo documentó a los miembros del hogar elegidos y determinó quién era elegible para cada grupo de análisis a estos efectos. No se sustituyó a ninguno de los individuos elegidos aleatoriamente.

3.4. Operacionalización de las variables

Variables sociodemográficas del adulto: Se consideran la edad (a la fecha de entrevistas), sexo, nivel de instrucción, nivel de pobreza, condición laboral.

Variable dependiente. Se considera el trastorno de ansiedad generalizada como un trastorno caracterizado por preocupación incontrolable acompañado por aprensión, tensión muscular e hiperactividad vegetativa. clínicamente diagnosticable, según criterios CIE-10 (15). En el estudio se considerará como una variable cualitativa dicotómica nominal definida en ausencia o presencia y siendo medida a través del MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión Española CIE-10.

Variable independiente. Se considera eventos adversos en la infancia a las experiencias a la que un niño está expuesto y que repercuten de forma negativa su desarrollo (23), esto incluye estilos de crianza perjudiciosos, abuso infantil en todas sus formas, disfunción familiar y la interrupción de relaciones filiales. En el

presente estudio se tomarán en cuenta las cuatro dimensiones mencionadas con subtipos específicos de eventos adversos en la infancia dentro de cada uno.

- Estilos de crianza: Variables cualitativas dicotómicas definida como ausente o presente, medidas mediante cuestionario ad hoc creado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi.
 - Rechazo: estilo de crianza caracterizado por conductas punitivas, de crítica o exclusión afectiva hacia el niño por parte de sus cuidadores.
 - Favoritismo: se refiere a una conducta permisiva y de preferencia explícita hacia el encuestado en comparación con sus hermanos, evaluada de forma similar a su predecesora mediante el EMBU modificado como una variable cualitativa dicotómica.
 - Sobreprotección: se define como la imposición de normas estrictas, control conductual excesivo y ansiedad parental elevada, también evaluada con el EMBU modificado como una variable cualitativa dicotómica.
 - Calor emocional: alude a la expresión afectiva, aceptación y apoyo parental sin intrusismo, siendo registrada como presente si se cumplen al menos tres indicadores, y considerada una variable cualitativa dicotómica.
- Maltrato infantil: Variables cualitativas dicotómica nominales definida como ausencia o presencia y evaluadas mediante un cuestionario ad hoc ya mencionado.
 - Abuso emocional: entendido como insultos, humillaciones o chantajes frecuentes sufridos durante la infancia.

- Abuso sexual: contempla cualquier experiencia de actos sexuales forzados o inapropiados antes de los 18 años, también definida como variable cualitativa dicotómica.
 - Abuso físico: referido a golpes, puñetes o empujones recibidos con frecuencia, será igualmente registrado como una variable dicotómica nominal.
 - Negligencia o abandono: entendida como la omisión en la satisfacción de necesidades básicas como alimentación, atención médica o afecto, también se conceptualiza como una variable cualitativa dicotómica nominal.
- Disfunción familiar: Variables cualitativas dicotómicas, definidas como SI o NO, a excepción de amenazas paternas que se medirá como ausencia o presencia y medidas mediante cuestionario ad hoc.
- Infidelidad parental: entendida como la experiencia de infidelidad entre los progenitores durante la infancia.
 - Amenaza contra la integridad de un familiar: hace referencia a haber vivido en un contexto de riesgo o amenaza física hacia miembros del núcleo familiar.
 - Testigo de discusiones parentales: Consiste en haber presenciado discusiones frecuentes entre los padres durante la infancia
 - Amenazas paternas: amenazas de abandono, desamor o daño físico, registradas como presentes si se responde afirmativamente a al menos una de las preguntas correspondientes.

- Consumo frecuente de alcohol por parte de los padres: se considera como la presencia habitual de alguno de los padres en estado de ebriedad durante la niñez.
- Interrupción en la relación padre-hijo: variables cualitativas dicotómicas nominales definida como SI o NO y medidas a través del cuestionario ad hoc sobre antecedentes de violencia en la infancia.
 - se incluyen tres formas de separación: la interrupción por separación o divorcio parental, definida como la separación física del niño con uno de los padres por ruptura legal o de hecho; la interrupción por muerte parental, entendida como la pérdida de uno o ambos padres antes de los 18 años; y la interrupción por abandono, correspondiente a la ausencia prolongada de alguno de los padres durante la infancia.

3.5. Instrumentos de medición

Ficha de datos sociodemográficos

La ficha consta de 22 preguntas que ubican geográficamente y dentro de la muestra al participante. Los datos a usar en este estudio son la edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, analfabetismo, estado laboral y nivel de pobreza según percepción de autoconsumo y necesidades insatisfechas. Respecto al estado laboral, en el caso de desocupación se preguntó sobre tiempo y razón del mismo (11)(12)(13).

MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional versión española CIE-10

Es un instrumento estandarizado basado en los criterios diagnósticos del CIE-10 para la obtención de información sobre diversos trastornos mentales (39) y fue

usado para la detección de trastornos de ansiedad y depresión en los estudios primarios (11)(12)(13). En la población peruana esta herramienta diagnóstica evidencia una alta consistencia interna con un coeficiente Alfa de Cronbach de entre 0,7-0,9 en dos muestras tanto de Lima como de la Selva peruana (40). Además, en una muestra de la sierra peruana se reportó una concordancia entre evaluadores sustancial a casi perfecto con un índice Kappa dentro del rango 0,6-0,9 (41) reforzando la validez diagnóstica del instrumento para la población estudiada en las investigaciones primarias.

EMBU (Egna Minen av Barndoms Uppfostran) (Propia memoria acerca de la crianza) Modificado

La escala EMBU (Egna Minen av Barndoms Uppfostran), que evalúa los recuerdos personales sobre la crianza, fue adaptada y resumida en investigaciones anteriores realizadas por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (10)(40). En esa adaptación se creó una versión breve de 13 ítems tras una validación por análisis ítem-total en muestras de Lima y la Selva peruana, a la que se añadieron cinco preguntas adicionales relacionadas con el favoritismo hacia los varones, la autonomía, la sobreprotección y el control sin afecto (40). El análisis psicométrico de estas 18 preguntas, según el reporte del INSM, mostró una consistencia interna aceptable, con un alfa de Cronbach mayor a 0,7 en las muestras mencionadas (40).

Cuestionario ad hoc sobre antecedentes de violencia antes de los 18 años

Cuestionario sobre eventos vitales negativos antes de los 18 años en el que se incluyeron eventos de vida adversos relativos a amenazas parentales y condiciones de vida determinadas por otras conductas de los padres considerados por el equipo

de expertos del INSM “HD-HN” como importantes en el contexto del país a través de las preguntas expuestas en el Anexo 1(10).

3.6. Plan de análisis

Se unirán las bases de datos de los adultos de los estudios epidemiológicos de salud mental realizados en Abancay (2016), en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz (2017), Arequipa y Puno (2018). Y dado que, los estudios epidemiológicos de salud mental realizados por el INSM “HD-HN” tienen un diseño muestral complejo (Muestreo bietápico), y teniendo en cuenta que la unidad de análisis es el adulto se elaboró el plan de análisis tomando en cuenta el diseño muestral y los factores de ajuste del adulto.

El procesamiento de los datos se realizará mediante el módulo de muestras complejas del paquete estadístico SPSS versión 28 y se estructurará en cinco fases: análisis descriptivo, bivariado, multivariado, análisis de efectos acumulativos y análisis de sensibilidad. En los anexos del 3 al 7, se muestran las tablas propuestas para mostrar los resultados de cada una de las fases.

En la fase uno se realizará una caracterización sociodemográfica de la muestra a través de frecuencias absolutas y relativas (%) para variables categóricas como sexo, nivel educativo, estado civil, nivel de pobreza, y presencia de TAG. Para variables continuas como la edad, se utilizarán medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación). Además, se calculará la prevalencia de TAG global y por ciudad, así como la frecuencia de exposición a cada tipo de experiencia adversa en la infancia (ACEs).

En la segunda fase se explorarán asociaciones entre cada variable de exposición (ACEs, estilos de crianza, disfunción familiar, interrupciones en la relación padre-hijo) y la presencia de TAG. Para ello, se utilizarán pruebas de Chi-cuadrado. Asimismo, se calcularán los odds ratios (OR) crudos con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%), utilizando modelos de regresión logística simple, con el fin de estimar la magnitud de asociación entre las exposiciones y el desenlace.

En la tercera fase, para controlar posibles factores de confusión, se construirá un modelo de regresión logística múltiple, en el cual la variable dependiente será la presencia o ausencia de TAG. Las variables independientes principales serán las diferentes ACEs, categorizadas individualmente, y agrupadas por dominios (estilos de crianza, maltrato, disfunción familiar, interrupción vínculo padre-hijo). Como variables de ajuste se incluirán: edad, sexo, nivel educativo, nivel de pobreza, y presencia de otros trastornos de ansiedad o trastornos afectivos, de acuerdo con la información contenida en la base de datos. Se estimarán OR ajustados (ORa) e IC95%, y se reportarán valores de p para determinar significancia estadística, considerando un umbral de significancia de 0,05.

En la cuarta fase, se evaluará el efecto acumulativo de ACEs sobre la probabilidad de presentar TAG. Se construirá una variable que categorice el número total de ACEs experimentadas, y se incorporará como predictor en un modelo de regresión logística. De este modo, se podrá estimar la existencia de un patrón acumulativo entre la cantidad de ACEs vividas y la probabilidad de presentar TAG en la adultez.

En la quinta fase, con el fin de garantizar la robustez de los hallazgos, se realizarán diversos análisis de sensibilidad. Se evaluará la posibilidad de interacciones entre

ACEs y variables como sexo o nivel de pobreza. Asimismo, se realizarán modelos estratificados por ciudad para explorar heterogeneidad de efectos geográficos. Y finalmente, se desarrollarán modelos alternativos excluyendo a los participantes con diagnósticos comórbidos de trastornos afectivos o de ansiedad distintos al TAG, como medida adicional de validación.

3.7. Consideraciones éticas

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. Con respecto al consentimiento previo, se debe tener en cuenta que este no presentaba una cláusula para el uso de datos en investigaciones posteriores. Sin embargo, según la pauta 12 de la CIOMS (42) nuestro estudio cuenta con los criterios para el uso de esta base de datos ya que ubicar a todas las personas que participaron en el estudio original para poder obtener un nuevo consentimiento informado es inviable o altamente costoso porque los participantes están dispersos. Además, la investigación presenta un alto valor social y el riesgo para las personas o comunidades que participaron en los estudios primarios que este no representa un riesgo mayor del riesgo mínimo para los participantes al ser una base de datos anonimizada.

3.8 Limitaciones

Al ser un estudio transversal y retrospectivo, no es posible establecer relaciones causales entre las experiencias adversas en la infancia (ACEs) y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en la adultez con el estudio sólo es posible identificar asociaciones entre ambas variables. Además, los datos sobre eventos adversos en

la infancia dependen del autoreporte de los participantes, lo que introduce un sesgo de memoria. Aunque la muestra proviene de una población subrepresentada en la literatura científica no se incluyeron zonas rurales, solo ciudades andinas, por lo que la generalización a comunidades campesinas o indígenas. Respecto a las ACEs estas se operacionalizan como cualitativas dicotómicas nominales, perdiendo información sobre frecuencia, cronicidad o edad de exposición dificultando evaluar patrones acumulativos complejos. Asimismo, la investigación propuesta se centra en los eventos adversos y no incorpora variables como resiliencia, apoyo social, o experiencias infantiles positivas, que podrían moderar la relación entre ACEs y TAG, ofreciendo una visión más integral.

IV. RESULTADOS ESPERADOS

Basado en la revisión de la literatura científica actual y el diseño metodológico del estudio, se esperan los siguientes resultados:

1. Prevalencias específicas

- a. ACEs: se espera alta frecuencia de ACEs en la muestra adulta de las seis ciudades altoandinas evaluadas, especialmente en Ayacucho, Abancay y Puno. En específico que sea mayor al 50% para la menos 1 ACEs y entre 20%-30% para cuatro o más, en concordancia con reportes chilenos, mexicanos y peruanos (21) (34) (43).
- b. TAG: Se estiman prevalencias de TAG entre 1,2% y 4,2% en las ciudades estudiadas, con mayores valores en Huaraz y Ayacucho, según la revisión de estudios primarios considerados para este análisis (11)(12)(13).

2. Asociación significativa entre ACEs y TAG

Se anticipa una asociación estadísticamente significativa entre las experiencias adversas en la infancia (ACEs) y la presencia de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en la adultez. Estudios previos, como el metaanálisis de Liu et al. (2025), confirman esta relación con un OR en 1,6 (1,5-1,8; IC 95%) (27).

3. Patrón acumulativo

Se prevé evidenciar un efecto acumulativo: a mayor número de ACEs, mayor riesgo de TAG. Estudios internacionales indican que individuos con ≥ 4 ACEs presentan hasta 4 veces más riesgo de trastornos de ansiedad (25)

(26) (27) y en el contexto latinoamericano en México también se reportó resultados similares, incluso en la magnitud de la relación (34).

4. Impacto diferencial por tipo de ACE

- a. Maltrato infantil: Se espera que el abuso emocional muestre la asociación más fuerte con TAG sobre otros subtipos, en línea con hallazgos que identifican este tipo de maltrato como un predictor significativo de ansiedad en adultos (44)(45).
- b. Estilos de crianza: El "rechazo parental" (críticas, castigos severos) se asociaría con mayor riesgo de TAG, mientras que el "calor emocional" actuaría como factor protector (46).
- c. Disfunción familiar e interrupción del vínculo padre-hijo: Factores como el consumo de sustancias por parte de los padres, violencia conyugal y rupturas familiares (abandono, muerte, separación) se anticipa que se asocian significativamente con el TAG. Estos elementos afectan el desarrollo del apego seguro y aumentan la activación del eje HPA (28).

5. Factores sociodemográficos moderadores

Se proyecta que la pobreza extrema intensifique la relación entre ACEs y TAG (1), y que en concordancia con investigaciones que reportan mayores tasas de TAG en mujeres expuestas a ACEs (47), la variable sexo actúe también como un factor moderador.

V. CONCLUSIONES

En conclusión, las experiencias adversas en la infancia (ACEs) están fuertemente asociadas con la presencia de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en la adultez, dentro de una población procedente de seis ciudades altoandinas del Perú. Esta asociación sigue un patrón acumulativo, que se incrementa conforme aumenta la cantidad de ACEs sufridos. En particular, se prevé que el abuso emocional y los estilos de crianza marcados por el rechazo parental sean los factores más estrechamente vinculados con dicho trastorno y que, por el contrario, la presencia de un estilo de crianza basado en el calor emocional podría ejercer un efecto protector. Adicionalmente, se anticipa en el núcleo familiar, la disfunción (incluyendo consumo de alcohol, la violencia conyugal o las amenazas dentro del hogar) e interrupciones en el vínculo padre-hijo mantengan una relación significativa con la presencia de ansiedad generalizada en la adultez. Asimismo, se espera que factores sociodemográficos, como la pobreza extrema y el sexo femenino, actúen como moderadores, intensificando esta relación y aumentando la vulnerabilidad en determinados subgrupos de la población.

En conjunto, estos hallazgos subrayan la necesidad de reconocer el historial de adversidad infantil como un determinante fundamental de la salud mental en la vida adulta. En consecuencia, se recomienda fortalecer las políticas públicas orientadas a la prevención del maltrato infantil, la promoción de entornos familiares saludables y la implementación de estrategias de salud mental culturalmente adaptadas, especialmente en contextos altoandinos.

**VI. REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

1. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2023–2030. Ginebra: OMS; 2021.
2. Congreso de la República del Perú. Ley N.º 30947, Ley de Salud Mental. Diario Oficial El Peruano; 2019.
3. Ruscio AM, Hallion LS, Lim CCW, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, et al. Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. *JAMA Psychiatry*. 2017 May 1;74(5):465-75. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0056.
4. Konnopka A, König H. Economic burden of anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Pharmacoeconomics*. 2020 Jan;38(1):25-37. doi: 10.1007/s40273-019-00849-7.
5. Javaid SF, Hashim IJ, Hashim MJ, Stip E, Samad MA, Ahababi AA. Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations. *Middle East Current Psychiatry* 2023;30(1):44.
6. Errazuriz A, Avello-Vega D, Passi-Solar A, Torres R, Bacigalupo F, Crossley NA, et al. Prevalence of anxiety disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Regional Health – Americas* 2025;45.
7. Revicki DA, Travers K, Wyrwich KW, Svedsäter H, Locklear J, Mattered MS, et al. Humanistic and economic burden of generalized anxiety disorder in North America and Europe. *J Affect Disord* 2012 Oct;140(2):103–112.

8. Pollack MH, Endicott J, Liebowitz M, Russell J, Detke M, Spann M, et al. Examining quality of life in patients with generalized anxiety disorder: Clinical relevance and response to duloxetine treatment. *J Psychiatr Res.* 2008 Dec;42(12):1042-9. doi: 10.1016/j.jpsychires.2007.11.006.
9. Barrera TL, Norton PJ. Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *J Anxiety Disord.* 2009 Dec;23(8):1086-90. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.07.011.
10. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012. *Anales de Salud Mental.* 2013;29(Supl 1). Available from:
<http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>
11. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Estudio epidemiológico de salud mental comparativo: Ciudad de Abancay 2010–2016. *Anales de Salud Mental.* 2019;35(2). Available from:
<https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/16/151>
12. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Estudio epidemiológico de salud mental en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2017. *Anales de Salud Mental.* 2019;36(1-2). Available from:
<https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/19/149>
13. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Estudio epidemiológico de salud mental en Arequipa, Moquegua y Puno 2018. *Anales de Salud Mental.* 2022;38(1). Available from:

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5124331/EESM-2018%20Ciudades%20de%20Arequipa%2C%20Moquegua%20y%20Puno.pdf?v=1694627237>

14. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía del DSM-5. Washington, DC: APA; 2014.
15. OMS. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: CIE-10. Ginebra; 1993.
16. Varela RE, Hensley-Maloney L. Culture and anxiety in Latino youth. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2009;12(3):217–233.
17. Yonkers KA, Dyck IR, Warshaw M, Keller MB. Factors predicting the clinical course of generalised anxiety disorder. *Br J Psychiatry.* 2000 Jun;176(6):544-9. doi: 10.1192/bjp.176.6.544.
18. Grados M, Leung D, Aneja A. Obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder: A common diagnostic dilemma. *Clin Focus Prim Psychiatry.* 2005;12:40–6.
19. Newman MG, Llera SJ, Erickson TM, Przeworski A, Castonguay LG. Worry and generalized anxiety disorder: A review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013;9:275-97. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185544.
20. Aquin JP, El-Gabalawy R, Sala T, Sareen J. Anxiety disorders and general medical conditions: Current research and future directions. *Focus (Am Psychiatr Publ).* 2017;15(2):173–81. doi:10.1176/appi.focus.20160044.
21. Santelices MP, Barrera P, Undurraga C, Valenzuela E, Viviani P, Hamilton J, Murillo J. Analyzing the relationship between individual and cumulative

- score of adverse childhood experiences (ACEs) with self-reported mental health disorders in Chile. *Child Abuse Negl.* 2024;155:106997. doi:10.1016/j.chiabu.2024.106997.
22. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023. Lima: INEI; 2023.
23. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 1998;14(4):245–58. doi:10.1016/S0749-3797(98)00017-8.
24. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2017 Aug;2(8):e356–e366.
25. Subramaniam M, Abdin E, Seow E, Vaingankar JA, Shafie S, Shahwan S, et al. Prevalence, socio-demographic correlates and associations of adverse childhood experiences with mental illnesses: Results from the Singapore Mental Health Study. *Child Abuse Negl.* 2020;103:104447. doi:10.1016/j.chiabu.2020.104447
26. Craig A, Rochat T, Naicker SN, Mapanga W, Mtintsilana A, Dlamini SN, et al. The prevalence of probable depression and probable anxiety, and associations with adverse childhood experiences and socio-demographics: A national survey in South Africa. *Front Public Health.* 2022;10:986531. doi:10.3389/fpubh.2022.98653

27. Liu J, Shi Y, Xie S, Xing L, Wang L, Li W, et al. Meta-analysis of prospective longitudinal cohort studies on the impact of childhood traumas on anxiety disorders. *J Affect Disord* 2025;374:443–459.
28. van der Vegt EJM, van der Ende J, Huizink AC, Verhulst FC, Tiemeier H. Childhood adversity modifies the relationship between anxiety disorders and cortisol secretion. *Biol Psychiatry*. 2010;68(11):1048-54. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.07.027>
29. Oshri A, Gray JC, Owens MM, Liu S, Duprey EB, Sweet LH, et al. Adverse childhood experiences and amygdalar reduction: High-resolution segmentation reveals associations with subnuclei and psychiatric outcomes. *Child Maltreat*. 2019;24(4):400–10. doi:10.1177/1077559519839491
30. Mathew SJ, Mao X, Coplan JD, Smith EL, Sackeim HA, Gorman JM, Shungu DC. Dorsolateral prefrontal cortical pathology in generalized anxiety disorder: a proton magnetic resonance spectroscopic imaging study. *Am J Psychiatry*. 2004 Jun;161(6):1119–21. doi:10.1176/appi.ajp.161.6.1119
31. Feiler T, Vanacore S, Dolbier C. Relationships among adverse and benevolent childhood experiences, emotion dysregulation, and psychopathology symptoms. *Advers Resil Sci*. 2023;1(17). doi:10.1007/s42844-023-00094-0
32. Santos MA, Jardim GB, Ranjbar S, Gholam M, Schuster J, Gomes I, von Gunten A. Childhood maltreatment and late-life generalized anxiety disorder: Are personality and attachment characteristics mediators? *J Affect Disord Rep*. 2023;12:100514. doi:10.1016/j.jadr.2023.100514

33. Sarkar N, Zainal NH, Newman MG. Self-esteem mediates child abuse predicting adulthood anxiety, depression, and substance use symptoms 18 years later. *J Affect Disord.* 2024;365:542–552. doi:10.1016/j.jad.2024.08.107
34. Rojas DL, Torres FC, Torres-Soto NY, Martín-Estal I, Rosas VM, Tapia BM, et al. Implications of adverse and benevolent childhood experiences on the physical and mental health of Mexican adults: a population-based study. *Lancet Reg Health Am* 2025 Apr 19;46:101092
35. Mieles I, Barchelot L, Pabón D, Guzmán JF, Pérez P. Beyond the classroom: Relationship between adverse childhood experiences, family satisfaction and mental health in university students. *Rev Psicol (PUCP).* 2025;43(1):83–107. doi:10.18800/psico.202501.004
36. Portella C, Mayo-Arpi D, Valladares-Lujan N, Saavedra JE. Eventos de vida en la infancia y su relación con el trastorno de estrés postraumático en adultos en Lima Metropolitana. *Rev Neuropsiquiatr.* 2 de febrero de 2022;84(4):254-68. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/4131>
37. Fernández-Arana A, Olórtégui-Yzú A, Vega-Dienstmaier JM, Cuesta MJ. Depression and anxiety symptoms and perceived stress in health professionals in the context of COVID-19: Do adverse childhood experiences have a modulating effect? *Brain Behav* 2022 Jan;12(1):e2452
38. García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez-Páramo M, López-Gómez V, et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized

- anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Qual Life Outcomes* 2010 Jan 20;8:8–8
39. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP, et al. Mini International Neuropsychiatric Interview, versión en español 5.0. 2001
40. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Confiabilidad y validez de los cuestionarios de salud mental de Lima y de la Selva Peruana. *Anales de Salud Mental*. 2009;25(Supl 1):1–259.
41. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. *Anales de Salud Mental*. 2003;29(1-2). Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/3/168>.
42. Organización Panamericana de la Salud; Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. 4ª ed. Ginebra: CIOMS; 2016.
43. Dalechek DE, Caes L, McIntosh G, Whittaker AC. An Analysis on the Impact of Childhood Adversity, Anxiety, and C-Reactive Protein on Adult Chronic Pain in the Midlife in the United States (MIDUS) Study. *Biopsychosocial Science and Medicine* 2025;87(1).
44. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2012;9(11):e1001349.

45. Spinhoven P, Elzinga BM, Hovens JGFM, Roelofs K, Zitman FG, van Oppen P, et al. The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord* 2010 Oct;126(1-2):103–112.
46. Chen L, Lu J, Li Q, Shi Y, Liu S, He Y, et al. Childhood maltreatment, parenting style and anxiety in Chinese youths: A case-control study. *Child Abuse Negl* 2024;153:106807.
47. McLean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG. Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *J Psychiatr Res* 2011 Aug;45(8):1027–103

ANEXOS

ANEXO 1: Matriz de operacionalización de variables

Definición Variable	Definición operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicadores	Instrumento
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS					
Edad: Tiempo de Existencia desde el Nacimiento hasta un momento determinado	Años cumplidos al momento de la Entrevista	Cuantitativa continua Cualitativa politómica	Razón Ordinal	Años De 18 a 24 años De 25 a 44 años De 45 a 64 años De 65 años a más	Ficha de datos sociodemográficos del informante
Sexo: Definido como masculino o femenino	Definido como masculino o femenino	Cualitativa dicotómica	Nominal	Femenino Masculino	Ficha de datos sociodemográficos del informante
Estado Civil: Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra sin que sea su pariente	Situación jurídica personal en que se encuentra o no el entrevistado en relación a otra con quien no guarda relación de parentesco.	Cualitativa politómica	Nominal	-Soltero -Casado o -Conviviente -Separado o -Divorciado - Viudo	Ficha de datos sociodemográficos del informante
Nivel de Instrucción: Máximo grado de estudios aprobado por las personas en cualquier nivel del Sistema Educativo Nacional o su equivalente en el caso de estudios en el extranjero	Grado máximo de estudios de educación formal alcanzados por el sujeto hasta la fecha de entrevista.	Cualitativa politómica	Ordinal	-Sin Instrucción -Primaria -Secundaria -Superior no universitaria - Superior universitaria pre grado o postgrado	Ficha de datos sociodemográficos del informante
Nivel de pobreza según Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI): Se basa en la definición de necesidades básicas y la categorización se realiza en base a la no satisfacción de dichas necesidades.	Necesidades Básicas insatisfechas (NBI): A) Hacinamiento B) Vivienda inadecuada C) Abastecimiento inadecuado de agua D) Carencia o Servicio sanitario inadecuado para el desecho de excretas E) Inasistencia a escuelas primarias de niños menores de edad	Cualitativa politómica	Ordinal	Pobreza extrema (Dos o más NBI) Pobreza (Una NBI) No pobre (Ninguna NBI)	Ficha de datos sociodemográficos del informante
Condición laboral: Aquella persona perteneciente a la población económicamente activa que se encuentra o no ocupando un puesto en el mercado de trabajo	Trabajo remunerado la semana previa a la encuesta. Se encuentra buscando trabajo	Cualitativa dicotómica Cualitativa dicotómica	Nominal Nominal	Sí No Sí No	Ficha de datos sociodemográficos del informante

VARIABLES CONFUNDENTES					
<p>Otros trastornos de ansiedad: Incluyen todas las condiciones de ansiedad que pueden ser identificadas clínicamente excluyendo al trastorno de ansiedad generalizada.</p>	Corresponden a los trastornos de ansiedad diagnosticables, según criterios CIE-10	Cualitativa dicotómica	Nominal	Ausencia Presencia	MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión Española CIE-10
<p>Trastornos afectivos Alteraciones del estado de ánimo que comprenden desde cuadros depresivos de intensidad moderada o grave, hasta formas persistentes como la distimia.</p>	Corresponden a los trastornos afectivos diagnosticables, según criterios CIE-10	Cualitativa dicotómica	Nominal	Ausencia Presencia	MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión Española CIE-10
VARIABLE DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA					
<p>Trastorno de ansiedad generalizada: El trastorno descrito como preocupación incontrolable, caracterizado por aprensión, tensión muscular e hiperactividad vegetativa.</p>	Corresponden al trastorno de ansiedad generalizada clínicamente diagnosticable, según criterios CIE-10	Cualitativa dicotómica	Nominal	Ausencia Presencia	MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión Española CIE-10
VARIABLE DE EVENTO ADVERSO EN LA INFANCIA: ESTILOS DE CRIANZA					
<p>Rechazo Conductas punitivas, avergonzar, criticar y rechazar en favor de otros hermanos</p>	<p>ANTES de los 18 años: ¿Le dieron más castigos de los que merecía? ¿Le castigaban severamente (o mucho) por cosas pequeñas? ¿Le controlaban, pero no le daban afecto? ¿Sus padres pensaban que los hijos hombres no deberían llorar? ¿Sus padres preferían a los hijos varones en desventaja de las hijas mujeres?</p>	Cualitativa dicotómica	Nominal	Ausente Presente (Sí a 1 o más)	EMBU modificado
<p>Favoritismo Conducta permisiva y engreidora de parte del padre hacia el encuestado en comparación de sus hermanos</p>	<p>ANTES de los 18 años: ¿Le permitían hacer cosas que a sus hermanos(as) no les era permitido? ¿Le engrían más a usted en comparación con sus hermanos(as)? ¿Le favorecían con relación a sus hermanos(as)?</p>	Cualitativa dicotómica	Nominal	Ausente Presente (Sí a 1 o más)	EMBU modificado
<p>Sobreprotección Imposición de normas estrictas para control de las conductas del niño, preocupación excesiva por su seguridad y altas expectativas en sus tareas asignadas.</p>	<p>ANTES de los 18 años: ¿Le prohibían hacer cosas que a otros niños(as) sí les era permitido porque temían que algo malo le podría ocurrir? ¿Eran muy exigentes con respecto a sus calificaciones escolares, desempeño deportivo o actividades similares? ¿La ansiedad de sus padres de que algo malo pudiera sucederle era exagerada? ¿Sus padres lo(a) cuidaban excesivamente (o demasiado) para evitar que tenga problemas?</p>	Cualitativa dicotómica	Nominal	Ausente Presente (Sí a 1 o más)	EMBU modificado

<p>Calor emocional Estimulación física y verbal de aceptación por parte de los padres sin llegar al intrusismo y tomando en cuenta las opiniones del niño</p>	<p>ANTES de los 18 años: ¿Si las cosas le iban mal sus padres trataban de confortar(a) y animarlo(a), (apoyarlo)? ¿Existía amor y ternura entre usted y sus padres? ¿Sus padres le permitían tomar sus propias decisiones como por ejemplo elegir su ropa, escoger a sus amistades, los estudios que debía seguir, distracciones, etc.? ¿Sus padres se interesaban por conocer sus opiniones e ideas? ¿Le demostraban que estaban interesados en que usted tenga buenas calificaciones? ¿Le demostraban que lo querían?</p>	<p>Cualitativa dicotómica</p>	<p>Nominal</p>	<p>Ausente Presente (Sí a 3 o más)</p>	<p>EMBU modificado</p>
VARIABLE DE EVENTO ADVERSO EN LA INFANCIA: MALTRATO INFANTIL					
<p>Abuso emocional Son insultos, agresiones verbales, ofensas, chantajes, manipulaciones o humillaciones. Se asume como sinónimo de maltrato emocional, maltrato psicológico o abuso psicológico.</p>	<p>ANTES de los 18 años: ¿Mientras crecía recibió insultos, agresiones verbales u ofensas en forma frecuente? ¿Mientras crecía fue objeto (o haber sufrido) de chantajes, manipulaciones o humillaciones en forma frecuente?</p>	<p>Cualitativa dicotómica</p>	<p>Nominal</p>	<p>Presencia Ausencia</p>	<p>Cuestionario ad hoc sobre antecedentes de violencia antes de los 18 años</p>
<p>Abuso sexual Se refiere a actos sexuales forzados, inapropiados para la persona y en contra de su voluntad. Se asume como sinónimo de maltrato sexual.</p>	<p>ANTES de los 18 años: ¿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?</p>	<p>Cualitativa dicotómica</p>	<p>Nominal</p>	<p>Presencia Ausencia</p>	<p>Cuestionario ad hoc sobre antecedentes de violencia antes de los 18 años</p>
<p>Abuso físico Es la acción de dar golpes, puñetes o empujones.</p>	<p>ANTES de los 18 años: ¿Mientras crecía sufrió algún tipo de abuso físico como golpes, puñetes o empujones en forma frecuente?</p>	<p>Cualitativa dicotómica</p>	<p>Nominal</p>	<p>Presencia Ausencia</p>	<p>Cuestionario ad hoc sobre antecedentes de violencia antes de los 18 años</p>
<p>Abandono/Negligencia Se refiere a situaciones en que a la persona no le han procurado medicinas, ropa adecuada, atención médica o la satisfacción de otras necesidades básicas. Es asumida como sinónimo de maltrato por abandono.</p>	<p>ANTES de los 18 años: ¿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?</p>	<p>Cualitativa dicotómica</p>	<p>Nominal</p>	<p>Presencia Ausencia</p>	<p>Cuestionario ad hoc sobre antecedentes de violencia antes de los 18 años</p>
VARIABLE DE EVENTO ADVERSO EN LA INFANCIA: DISFUNCIÓN FAMILIAR					
<p>Infidelidad en la relación de los progenitores</p>	<p>Infidelidad de alguno de los padres en la relación antes de los 18 años</p>	<p>Cualitativa dicotómica</p>	<p>Nominal</p>	<p>Sí No</p>	<p>Cuestionario ad hoc sobre antecedentes de violencia antes de los 18 años</p>

Amenaza contra la integridad de un familiar	La familia vivió en permanente riesgo o amenaza a la integridad física de alguno de sus miembros antes de los 18 años	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí No	Cuestionario ad hoc sobre antecedentes de violencia antes de los 18 años
Testigo de discusiones parentales	A través de la pregunta: ¿Cuándo era menor de 11 años sus padres discutían mucho?	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí No	Cuestionario ad hoc sobre antecedentes de violencia antes de los 18 años
Amenazas paternas	Preguntas: ANTES de los 18 años ¿Alguno de sus padres lo(a) amenazaba con no quererlo(a)? ¿Alguno de sus padres lo(a) amenazaba con matarlo(a)? ¿Alguno de sus padres lo(a) hacía sentir culpable por desacuerdos o discusiones de la familia? ¿Alguno de sus padres lo(a) amenazaba con abandonarlo(a)?	Cualitativa dicotómica	Nominal	Ausencia Presencia (sí, al menos algunas de las 3 preguntas)	Cuestionario ad hoc sobre antecedentes de violencia antes de los 18 años
Consumo parental frecuente de alcohol	Alguno de sus padres llegaba ebrio o borracho a casa con regularidad (o frecuencia)	Cualitativa dicotómica	Nominal	SI NO	Cuestionario ad hoc sobre antecedentes de violencia antes de los 18 años
VARIABLE DE EVENTO ADVERSO EN LA INFANCIA: INTERRUPCIÓN RELACIÓN PADRE HIJO					
Interrupción por separación parental/divorcio Separación física de padre/madre y el hijo debido a la separación de los padres de forma práctica y/o legal	separación o divorcio de los padres antes de los 18 años	Cualitativa Dicotómica	Nominal	SI NO	Cuestionario ad hoc sobre antecedentes de violencia antes de los 18 años
Interrupción por muerte parental separación física del padre y el hijo debido al fallecimiento de uno o ambos padres	Muerte del padre y/o madre antes de los 18 años.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	SI NO	Cuestionario ad hoc sobre antecedentes de violencia antes de los 18 años
Interrupción por abandono Separación física del padre y el hijo debido a la ausencia de éste por largo periodos de tiempo de la separación de los padres de forma práctica y/o legal	Ausencia de casa de alguno de los padres durante mucho tiempo ocurrida antes de los 18 años	Cualitativa Dicotómica	Nominal	SI NO	Cuestionario ad hoc sobre antecedentes de violencia antes de los 18 años

ANEXO 2: Cuestionario ad hoc sobre antecedentes de violencia antes de los 18 años

- ¿Cuándo era menor de 11 años sus padres discutían mucho?
 - ¿Alguno de sus padres llegaba ebrio o borracho a casa con regularidad (o frecuencia)?
 - ¿Alguno de sus padres estuvo mucho tiempo ausente de casa?
 - ¿Alguno de sus padres fue infiel en la relación?
 - ¿Alguno de sus padres lo(a) amenazaba con no quererlo(a)?
 - ¿Alguno de sus padres lo(a) amenazaba con matarlo(a)?
 - ¿Alguno de sus padres lo(a) hacía sentir culpable por desacuerdos o discusiones de la familia?
 - ¿Alguno de sus padres lo(a) amenazaba con abandonarlo(a)?
 - Antes de los 18 años ¿Sus padres se separaron o divorciaron?
 - ¿Mientras crecía, su familia vivió en permanente riesgo o amenaza a la integridad física de alguno de sus miembros?
 - ¿Ha perdido por fallecimiento o separación a su padre y/o madre antes de los 18 años?
- Dentro de este cuestionario se incluyeron antecedentes de violencia sexual, física, emocional y por negligencia en la niñez a través de las siguientes preguntas:
- ¿Mientras crecía sufrió algún tipo de abuso físico como golpes, puñetes o empujones en forma frecuente?
 - ¿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?
 - ¿Mientras crecía fue objeto (o haber sufrido) de chantajes, manipulaciones o humillaciones en forma frecuente?
 - ¿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?

ANEXO 3: Tablas propuestas para fase 1

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

Característica	Total (%)	Con TAG (%)	Sin TAG (%)	Valor p†
Edad (media ± DE)				
Sexo				
- Masculino				
- Femenino				
Nivel educativo				
- Sin instrucción				
- Primaria				
- Secundaria				
- Superior				
...				
...				
...				

Tabla 2. Prevalencia de TAG y experiencias adversas en la infancia por ciudad

	Total	Abancay	Ayacucho	Cajamarca	Huaraz	Arequipa	Puno
Prevalencia TAG (%)							
ACE A (%)							
Subtipo 1							
Subtipo 2							
Subtipo 3							
Subtipo 4							
ACE B (%)							
Subtipo 1							
Subtipo 2							
Subtipo 3							
Subtipo 4							
ACE C (%)							
Subtipo 1							
Subtipo 2							
Subtipo 3							
Subtipo 4							
Subtipo 5							
ACE D (%)							
Subtipo 1							
Subtipo 2							
Subtipo 3							

ANEXO 4: Tablas propuestas para fase 2

Tabla 4. Asociación bivariada entre ACEs y TAG

ACEs	TAG (%)	No TAG (%)	OR crudo (IC95%)	Valor p (Chi ²)
ACE A (%)				
Subtipo 1				
Subtipo 2				
Subtipo 3				
Subtipo 4				
ACE B (%)				
Subtipo 1				
Subtipo 2				
Subtipo 3				
Subtipo 4				
ACE C (%)				
Subtipo 1				
Subtipo 2				
Subtipo 3				
Subtipo 4				
Subtipo 5				
ACE D (%)				
Subtipo 1				
Subtipo 2				
Subtipo 3				

ANEXO 5: Tablas propuestas para fase 3

Tabla 4. Modelo de regresión logística múltiple ajustado

ACEs	OR ajustado (IC95%)	Valor p
ACE A (%)		
Subtipo 1		
Subtipo 2		
Subtipo 3		
Subtipo 4		
ACE B (%)		
Subtipo 1		
Subtipo 2		
Subtipo 3		
Subtipo 4		
ACE C (%)		
Subtipo 1		
Subtipo 2		
Subtipo 3		
Subtipo 4		
Subtipo 5		
ACE D (%)		
Subtipo 1		
Subtipo 2		
Subtipo 3		

ANEXO 6: Tablas propuestas para fase 4

Tabla 5. Relación entre número total de ACEs y presencia de TAG

Número de ACEs	OR ajustado (IC95%)	Valor p
0 (Referencia)		
1 – 2		
3 – 4		
≥ 4		

ANEXO 7: Tablas propuestas para fase 5

Tabla 6. Análisis de interacción ACEs por “variable”

ACEs	Variable 1	...	Variable n	OR ajustado (IC95%)	Valor p
ACE A (%)					
Subtipo 1					
Subtipo 2					
Subtipo 3					
Subtipo 4					
ACE B (%)					
Subtipo 1					
Subtipo 2					
Subtipo 3					
Subtipo 4					
ACE C (%)					
Subtipo 1					
Subtipo 2					
Subtipo 3					
Subtipo 4					
Subtipo 5					
ACE D (%)					
Subtipo 1					
Subtipo 2					
Subtipo 3					

Tabla 7. Análisis excluyendo comorbilidades

ACEs	Puro TAG (%)	No TAG (%)	OR ajustado (IC95%)	Valor p
ACE A (%)				
Subtipo 1				
Subtipo 2				
Subtipo 3				
Subtipo 4				
ACE B (%)				
Subtipo 1				
Subtipo 2				
Subtipo 3				
Subtipo 4				
ACE C (%)				
Subtipo 1				
Subtipo 2				
Subtipo 3				
Subtipo 4				
Subtipo 5				
ACE D (%)				
Subtipo 1				
Subtipo 2				
Subtipo 3				