

POBREZA Y SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA: TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y OTROS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ASOCIADOS

POVERTY AND MENTAL HEALTH IN THE ADULT POPULATION OF METROPOLITAN LIMA: PSYCHIATRIC DISORDERS AND OTHER ASSOCIATED MENTAL HEALTH PROBLEMS

Javier E. Saavedra¹

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La pobreza continúa siendo un reto para América Latina a pesar de la mejoría alcanzada en los últimos años. El vínculo entre la salud mental y las condiciones de pobreza se establece en un círculo vicioso, en el cual las condiciones socioeconómicas extremas generan problemas de salud mental y donde los problemas de salud mental condicionan problemas económicos. Las limitaciones económicas familiares generan limitaciones en la educación, situaciones estresantes entre los miembros y condiciones que limitan el adecuado desenvolvimiento psicológico en la relación entre padres e hijos, además que generalmente acarrearán problemas de acceso a la información y a la atención de problemas de salud. La mayoría de estudios han establecido que existe una relación entre la pobreza y los trastornos psiquiátricos, pero muy pocos han presentado dicha relación con otros problemas de la salud mental como violencia, indicadores suicidas, discriminación, y conductas sociopáticas.

OBJETIVO: Determinar la magnitud y la relación que existe entre la pobreza expresada en términos de aspectos socioeconómicos y los problemas principales de salud mental en la población adulta de la ciudad de Lima Metropolitana. **Métodos:** Se utilizó la base de datos de adultos de 18 años o más del Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental realizado en Lima y Callao en el año 2012 (EESMLMC 2012), una encuesta poblacional probabilística cara a cara, trietápica, representativa de la ciudad de Lima Metropolitana realizada en el año 2012 por el INSM. La muestra final del adulto fue de 4 445 personas.

INSTRUMENTOS: el MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión en Español CIE-10; Cuestionario de Salud Mental de Colombia; Cuestionario sobre discriminación percibida; el Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS); y una ficha de Datos demográficos e indicadores de pobreza en base a las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBIs), la percepción de la cobertura de necesidades básicas con los ingresos familiares e información sobre gasto familiar.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS: La muestra fue ponderada para restablecer la distribución poblacional. Se realizaron análisis bivariados relacionando las variables de pobreza (variable dependiente) y los distintos indicadores de salud mental (variables independientes) utilizando pruebas chi²

SUMMARY

ABSTRACT: Poverty continues to be a challenge for Latin America despite the improvement achieved in recent years. The link between mental health and conditions of poverty is established in a vicious circle, in which extreme socioeconomic conditions generate mental health problems and where mental health problems condition economic problems. The family economic limitations generate limitations in education, stressful situations among the members and conditions that limit the adequate psychological development in the relationship between parents and children, in addition that usually cause problems of access to information and to the attention of health problems. Most studies have established that there is a relationship between poverty and psychiatric disorders, but very few have presented this relationship with other mental health problems such as violence, suicidal indicators, discrimination, and sociopathic behavior.

OBJECTIVE: Determine the magnitude and relationship that exists between poverty expressed in terms of socioeconomic aspects and the main mental health problems in the adult population of the city of Metropolitan Lima. **Methods:** We used the adult database of 18 years or more of the Metropolitan Epidemiological Study of Mental Health conducted in Lima and Callao in 2012 (EESMLMC 2012), a face-to-face probabilistic population survey, trietápica, representative of the city of Metropolitan Lima carried out in 2012 by the INSM. The final sample of the adult was 4 445 people.

INSTRUMENTS: the MINI: International Neuropsychiatric Interview Spanish Version ICD-10; Mental Health Questionnaire of Colombia; Questionnaire on perceived discrimination; the South Oaks Pathological Gambling Questionnaire (SOGS); and a demographic data and poverty indicators sheet based on the Unsatisfied Basic Needs (NBIs), the perception of the coverage of basic needs with family income and information on family spending.

STATISTICAL ANALYSIS: The sample was weighted to restore the population distribution. Bivariate analyzes were performed linking the variables of poverty (dependent variable) and the different mental health indicators (independent variables) using chi² tests converted to the F statistic as a variant of the second order Rao-Scott corrected chi-square statistic and the significance based on

¹ Doctor en Medicina; Médico Psiquiatra; Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"; Profesor Principal, Universidad Peruana Cayetano Heredia

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 $< 0,05$. Para evaluar la asociación entre la salud mental y la pobreza, se controló a través de un análisis multivariado, utilizando el análisis de regresión logística.

RESULTADOS: La edad promedio fue de 42,6 años, una tasa de analfabetismo del 3,1% y tuvo un trabajo remunerado la semana anterior el 63,7%. En general, la situación de pobreza se relacionó con una menor edad, presencia de alfabetismo, estado civil conviviente, desempleo, carencia de seguro de salud, y residencia en Lima Este. Con relación a los problemas de salud mental, la situación de pobreza se relacionó significativamente con la presencia de trastornos mentales incluyendo trastornos ansiosos y depresivos. No se encontró asociación estadísticamente significativa con los trastornos por el uso de sustancias. Además, la situación de pobreza se asoció significativamente con deseos de morir, bastante o mucha tensión con hijos o parientes, con la pareja, con el dinero, la salud y los asuntos con la ley. También se halló asociación significativa con la presencia de conductas psicopáticas y violentas, así como presencia de discriminación por la condición económica, nivel educativo y lugar de nacimiento.

CONCLUSIONES: Se confirma una importante asociación entre indicadores de pobreza y los problemas de salud mental, en el sentido de: a mayor pobreza mayores problemas de salud mental. La estrategia de lucha contra la pobreza debe contener un componente de salud mental. La pobreza contiene diversos elementos que ameritan estudios posteriores a profundidad para delimitar con mayor exactitud los elementos responsables de dicha asociación. La Estrategia de Salud Mental debe contener líneas de desarrollo específicos dedicados a las personas de menores recursos económicos en particular relativos a la depresión y los trastornos de ansiedad de tan altas prevalencias en este grupo poblacional.

their degrees of freedom and a level of significance of < 0.05 . To assess the association between mental health and poverty, it was controlled through a multivariate analysis, using logistic regression analysis.

RESULTS: The average age was 42.6 years, an illiteracy rate of 3.1% and a previous week's paid work was 63.7%. In general, the situation of poverty was related to a lower age, presence of literacy, cohabiting civil status, unemployment, lack of health insurance, and residence in Lima East. With regard to mental health problems, the situation of poverty was significantly related to the presence of mental disorders including anxious and depressive disorders. No statistically significant association was found with the disorders due to the use of substances. In addition, the situation of poverty was significantly associated with desires to die, enough or a lot of tension with children or relatives, with the couple, with money, health and issues with the law. There was also a significant association with the presence of psychopathic and violent behavior, as well as the presence of discrimination due to the economic condition, educational level and place of birth.

CONCLUSIONS: An important association between poverty indicators and mental health problems is confirmed, in the sense of: greater poverty greater mental health problems. The anti-poverty strategy must contain a mental health component. Poverty contains several elements that merit subsequent in-depth studies to delineate with greater accuracy the elements responsible for this association. The Mental Health Strategy must contain specific lines of development dedicated to people of lower economic resources, particularly those related to depression and anxiety disorders of such high prevalence in this population group.

La pobreza continúa siendo un reto para América Latina a pesar de la mejoría alcanzada en los últimos años. Según el informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) la pobreza se redujo de 43,9% en el 2002 a 28,0% en el 2014, aunque con un estancamiento en los últimos 3 años¹. De esta manera se calcula que más de 167 millones de personas se encuentran en situación de pobreza y más de 71 millones en pobreza extrema. Este mismo informe señala que entre el 2008 y el 2013 el Perú mostró el más alto descenso de la pobreza entre todos los países latinoamericanos. A pesar de ello la variación de la desigualdad ha mostrado un avance mucho menor y aún el 22,7%

de la población del Perú se encuentra en situación de pobreza, y el 4,3% en situación de pobreza extrema (1 millón 325 personas), siendo el área rural la más afectada. En Lima Metropolitana en el 2014 el 11,8% de la población se encontraba en situación de pobreza y 0,2 en situación de pobreza extrema². Estas encuestas también han demostrado que la pobreza se asocia a la edad, área de residencia, grupo étnico, nivel educativo y situación laboral. Más aún las personas pobres enfrentan muchos factores contextuales y ambientes negativos como condiciones de vivienda inadecuadas, hacinamiento, desempleo o subempleo, los cuales crean un ambiente que va en detrimento de la salud mental y propicia

el desarrollo de trastornos mentales³. Esto puede fácilmente traducirse en estrés, desesperación, ansiedad o depresión, aunque algunos autores consideren que esta relación entre pobreza y salud mental es un efecto indirecto dependiente de las circunstancias que rodean a la pobreza⁴. Sin embargo, esta situación no solo incrementa los problemas de salud mental en los sectores marginales, sino que también pone en riesgo sus posibilidades de acceso a los servicios y a la atención médica⁵. Por lo tanto, existe un círculo vicioso entre la salud mental y los aspectos socioeconómicos, urgente de resolver y que convierte a la primera en agenda política necesaria de países que buscan su desarrollo económico⁴.

Los trastornos mentales, sociales y del comportamiento son componentes importantes de los problemas de salud del mundo (prevalencia de vida de 20-25%)⁴, todo lo cual ha sido corroborado por los diferentes estudios epidemiológicos realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental en el Perú, y tienen un importante impacto no solo sobre las variables de bienestar, calidad de vida y libertad de expresión -posiblemente a costa de los más necesitados y vulnerables- sino también en el funcionamiento de la persona y su repercusión en los aspectos socioeconómicos, especialmente laborales. En nuestro medio, el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental realizado en la ciudad de Lima y Callao en el año 2012 encontró una prevalencia de vida de trastornos mentales de 26,1% y una importante asociación con indicadores de pobreza, en particular de los problemas ansiosos y depresivos⁶. En ciudades de la sierra no se encontraron diferencias significativas entre pobres y no pobres en relación a los trastornos mentales, como en la ciudad de Lima; mientras que en ciudades de la Selva y Fronteras se hallaron asociaciones similares a las encontradas en la capital^{7,8,9}. En países en desarrollo como el nuestro, se hace imprescindible continuar la exploración en escenarios distintos con la finalidad de identificar las variables que inciden, ya sea en la salud mental o la pobreza, de tal forma que puedan estructurarse medidas correctivas más focalizadas, y una intervención y/o prevención más eficaces. El propósito de este estudio ha sido explorar la relación entre el nivel socioeconómico, expresado en términos de pobreza, y la presencia de problemas de salud mental en el sentido más amplio, en la población adulta de Lima Metropolitana.

El presente es parte del Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Lima Metropolitana Replicación 2012, que realizó el Instituto Nacional de Salud Mental en el año 2012.

La Medición de la Pobreza

La pobreza puede ser medida de diferentes formas: 1) niveles de pobreza medidos con el gasto de consumo y línea de pobreza que se basa en una canasta familiar mínima; 2) niveles de pobreza medidos con el ingreso y la línea de pobreza; 3) niveles de pobreza medidos con el método de necesidades básicas insatisfechas; 4) niveles de pobreza medidos con el método integrado, el cual combina la pobreza medida por la línea de pobreza, con aquella obtenida por NBI¹⁰, y 5) nivel de pobreza medido por el índice multidimensional, en la cual se consideran determinadas dimensiones las cuales son ponderadas e incluyen vivienda, servicios básicos, estándar de vida, educación, empleo y protección social¹¹. Cada forma de medir la pobreza tiene implícito un indicador de bienestar, y los resultados que se obtengan serán probablemente muy sensibles al indicador elegido. Esto denota las dificultades en establecer comparaciones entre las personas debido a que el concepto de bienestar puede ser relativo. Para efectos del presente estudio se han considerado indicadores de los tres primeros.

Relación entre Pobreza y Salud Mental

La OMS ha reconocido la importancia de la investigación psicosocial: "Para comprender mejor los trastornos mentales y desarrollar intervenciones más eficaces es necesario investigar a fondo los aspectos biológicos y psicosociales de la salud mental". Sin embargo, el hecho lo plantearíamos desde dos perspectivas la 'psicosocial', entendida como los factores biopsicológicos o mentales que afectan a la sociedad o sus integrantes en forma directa o indirecta, y la 'sociopsicológica' que se define como los aspectos de la sociedad que influyen en lo psicológico o mental de los individuos. La relación entre la pobreza y la salud mental se establece en este doble sentido, por un lado, los efectos de la pobreza y sus condiciones sobre la salud psicológica o mental de las personas, y por otro lado, el efecto de los problemas de salud mental en la economía de las familias (costos y producción).

Para efectos prácticos dividimos arbitrariamente los problemas de salud mental en dos tipos, por un lado, los trastornos mentales y por otro lado los problemas de tipo psicosocial. Según la Clasificación Internacional de Enfermedades -10ma edición, el término "trastorno mental" define el ámbito de la nosología y se relaciona con la presencia de comportamientos o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompaña de malestar o interfieren con la actividad del individuo¹². El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Clasificación Americana en su 5ta edición (DSM-5) conceptualiza el trastorno mental como "un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes"¹³. En ambas clasificaciones se reconocen las limitaciones del concepto de trastorno mental por su amplitud y ambigüedad, sin embargo, va de la mano con las controversias nosológicas que resultan de los avances en esta área de la medicina. Ambas clasificaciones brindan criterios operacionales diagnósticos específicos para cada uno de los trastornos mentales, entre los que encontramos principalmente a los trastornos afectivos, los trastornos de ansiedad y las distintas formas de psicosis. Además, los trastornos de salud mental o los problemas psiquiátricos propiamente dichos se dan principalmente entre los 25 y 44 años, afectando predominantemente a la población económicamente activa⁶. Se ha encontrado que los trastornos de ansiedad y trastornos afectivos tienen implicancias económicas superiores a las generadas por la esquizofrenia. Los pacientes con trastornos de ansiedad no solo realizan más visitas a los servicios de salud y están expuestos frecuentemente a procedimientos médicos innecesarios, -muchos de ellos costosos¹⁴, sino que la ansiedad en general se ha asociado a una mayor mortalidad cardíaca^{15,16}.

Respecto a los problemas psicosociales, se refieren a diversos aspectos de la vida diaria propios de las relaciones humanas que sin ser patológicos producen sufrimiento, afectan el bienestar de la persona, su calidad

de vida y su funcionamiento¹⁷. Esto involucra comportamientos desviados o desadaptados, no necesariamente ubicables como categorías diagnósticas en las clasificaciones psiquiátricas vigentes¹⁸. Entre ellos, podemos considerar problemas vinculados a las relaciones humanas en diversas circunstancias como al interior de la familia o en el trabajo, como el desmembramiento familiar, la ausencia de soporte social, estilos de vida inadecuados, el impacto emocional de los estresores psicosociales, la violencia o maltrato en todas sus formas (violencia estructural, familiar, accidentes, homicidios, suicidios, etc), la discriminación racial o étnica¹⁹, los estados anímicos negativos cotidianos, las conductas antisociales, o la estigmatización y los prejuicios con el paciente psiquiátrico¹⁸, etc. Esta perspectiva más abarcativa tiene un mayor valor cultural, lo que es particularmente importante en países como el nuestro¹⁷. Además, la situación socioeconómica de nuestros países los hace proclives a la propagación de estos problemas psicosociales y por lo tanto se hace necesario medirlos.

La epidemiología social apoya la comprensión de la influencia de los procesos sociales como la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, el ingreso económico, la clase y la exclusión social (étnica, racial, de género, generacional, por discapacidad, por clase social o por sexo), el desarrollo del niño, los estilos de vida, las redes sociales y los entornos físicos entre otros, sobre la salud de las personas y las poblaciones^{20,21,22}. Algunos autores consideran que el efecto de la pobreza sobre la salud mental es indirecto, es decir está mediado por circunstancias vinculadas a la pobreza, como por ejemplo, separación de la familia, disminución de las capacidades de los padres por ambientes cargados de inseguridad y tensión, aumento de la aflicción psicológica de los padres que perturba la relación con los hijos, depresión parental, disminución del poder de los padres; y en el caso de niños, estado parental soltero, problemas de crianza ineficiente, y disfunción familiar²³. Das y colaboradores (2007) sostienen que son los cambios en las circunstancias de vida los que tienen un mayor impacto en la salud mental de las personas más que el nivel de pobreza, habiendo hallado que en México no solo no se asociaba los gastos per cápita con la salud mental sino que existía un gradiente significativa sugiriendo que los niveles de salud mental eran mejores en los pobres²⁴. Sea como fuera, la existencia de un círculo

vicioso entre la salud mental y la pobreza, ha planteado la pregunta sobre qué factores son los que inician principalmente esta asociación. En este sentido se han considerado dos perspectivas en esta relación, por un lado el efecto que tiene la enfermedad que impide que la persona surja de la pobreza, planteamiento que ha sido adjudicada a la esquizofrenia como hipótesis de la selección social²⁵, y por otro lado el efecto que tiene el entorno en el desencadenamiento de la enfermedad, planteamiento que se ha conferido a la depresión y a los desórdenes de ansiedad como hipótesis de la causalidad social²⁶.

En relación a los trastornos mentales, los niveles de pobreza y desempleo que existen en el país crean condiciones ligadas a los estresores psicosociales que favorecen el desarrollo de estados de ansiedad y depresión. La mayoría de estudios internacionales han demostrado una asociación entre pobreza y salud mental, aunque existe variabilidad en los resultados debido probablemente a las diferentes formas de investigar la pobreza. Las asociaciones más consistentes se han relacionado a condiciones estructurales desfavorables de vivienda y las menores a nivel de consumo reducido²⁷.

El Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental realizado en las ciudades de Lima y Callao en el 2012 encontró una importante asociación entre indicadores de pobreza y trastornos ansiosos y depresivos, tanto en la percepción de la capacidad de cobertura de las necesidades básicas como en la medición a través de NBIs; mientras que la prevalencia anual de cualquier trastorno mental fue 8,0% en las personas no pobres, en aquellas personas en situación de pobreza extrema la prevalencia fue de 18,8%, remarcando la importancia y necesidad de considerar el estudio de los aspectos socioeconómicos en la salud mental⁶. No se halló relación entre acceso a servicios de salud mental y pobreza, aunque muchos de los entrevistados revelaron a ésta como un factor importante. Al parecer, en el bajo acceso de la población estarían involucrados aspectos culturales, comunes a todos los niveles socioeconómicos, como el estigma que genera recibir tratamiento psiquiátrico. Es posible que en un futuro al incrementarse el reconocimiento y la demanda de estos problemas en la población, lo económico pase a ser el factor más importante.

La influencia cultural y su interrelación con el

nivel educativo son especialmente importantes en los problemas de salud mental, porque los mitos y prejuicios están muy extendidos en ese grupo de personas y la medicina folklórica juega un papel importante. En esta área las personas de menores recursos son las más expuestas: a menos educación, menores oportunidades de tener contacto con información que facilite la toma de decisiones al momento de experimentar un problema de salud mental. La falta de ingresos impide, no solo que las personas busquen los servicios de salud, sino que reciban el tratamiento, ya sea farmacológico o psicológico apropiados; a su vez las condiciones económicas impiden el sostenimiento del tratamiento y el logro del mejor tratamiento disponible para el problema. De esta manera se crean fácilmente situaciones de exclusión social, que no son otra cosa que la presencia de total inequidad en las oportunidades de acceso a los derechos elementales de las personas. El concepto de equidad en salud implica que cada persona tiene justas e iguales oportunidades de acceder a sus potenciales de salud, incluyendo a sus medios o instrumentos. Por lo tanto, la equidad se inscribe dentro del marco de la justicia social y de la necesidad de aplicar políticas sociales por parte del Estado que reduzcan las disparidades²⁸, por lo que la consideración de la salud mental en estas políticas deviene en crucial.

En nuestro medio y en Latinoamérica hay muy pocos estudios que hayan buscado relacionar la pobreza con la salud mental. El propósito del estudio en esta área es explorar si existe relación entre la pobreza y la salud mental, expresada en términos de aspectos socioeconómicos, a través de la presencia de necesidades básicas insatisfechas y la percepción de cobertura de necesidades básicas con los ingresos familiares, en la población adulta de Lima Metropolitana en el año 2012.

Material y métodos

Este estudio es uno de los sub-proyectos del Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012, el cual consta de 20 sub-proyectos o temas de estudio, la sección de procedimiento incluirá por lo tanto los procedimientos de todas las entrevistas que se realizaron en el referido proyecto. La encuesta original fue conducida por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo

Noguchi” entre julio y diciembre del 2012, y proveyó estimados poblacionales sobre trastornos mentales y otros indicadores de salud mental en Lima Metropolitana. Se trató de una encuesta que empleó el método de entrevista directa con cuatro unidades de análisis por vivienda: un adolescente de 12 a 17 años; un adulto de 18 o más años; un adulto mayor de 60 a más años, y una mujer unida (casada o conviviente), esposa del jefe del hogar o jefa del hogar. El presente estudio es descriptivo epidemiológico, analítico, transversal y utilizará la base de datos de adultos del referido estudio.

Población de estudio

La población adulta total de 18 años o más de la ciudad de Lima al momento de la encuesta fue de 5'899,105 habitantes. Se consideraron solo viviendas particulares; las viviendas colectivas como hospitales, hoteles, cuarteles de fuerzas armadas, conventos, etc. fueron excluidas del estudio.

Marco muestral

El marco muestral se basó en la información suministrada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) de acuerdo al Pre-censo del 2007.

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue calculado tomando en cuenta una prevalencia de vida de trastornos mentales de 30%, un tasa de respuesta esperado del 10%, un efecto de diseño de 1.5 en base al obtenido en estudios anteriores, un error relativo del 10% y un nivel de confianza del 95%.

Tipo y selección de la muestra

La muestra fue seleccionada a través de un procedimiento probabilístico de tres etapas o unidades de muestreo:¹ conglomerados de aproximadamente 100 viviendas suministrados por el INEI,² las viviendas de cada conglomerado y³ las personas seleccionadas de cada vivienda. Una tabla de Kish se utilizó para seleccionar la unidad de análisis del adulto.

Criterios de inclusión

La muestra seleccionada de adultos correspondió a adultos de 18 o más años de

ambos sexos, sin problemas que impidieran la comunicación.

Procedimientos de campo

El estudio requería un consentimiento informado escrito y contó con la aprobación del Comité de Ética Institucional. La encuesta fue administrada por egresados o profesionales de la salud, la mayoría psicólogos, quienes recibieron un entrenamiento de por lo menos 70 horas. El entrenamiento incluyó instrucciones sobre el contenido de la encuesta, sesiones prácticas y prácticas de campo en viviendas no seleccionadas de la comunidad. Una evaluación psicológica fue incluida para asegurar la idoneidad de las personas para aplicar la entrevista. El sistema de monitoreo consistió de supervisiones de vivienda al azar, análisis cuantitativos y cualitativos que sirvieron para asegurar la calidad de la data como redigitaciones.

La muestra seleccionada de adultos fue de 5332, lográndose entrevistar a 4445 personas, lo que corresponde a una tasa de respuesta del 83,4% y una tasa de no respuesta del 16,6%. Como el diseño incluía una selección inicial de viviendas, la tasa de no respuestas total considerando el efecto de las viviendas y las personas fue de 29,6%. La muestra es ponderada con el fin de reproducir la estructura demográfica de la población en estudio. Más información sobre procedimientos de la encuesta se puede encontrar el reporte general del estudio⁶.

Instrumentos

Los cuestionarios incluidos en el estudio han sido elaborados a partir de varios instrumentos y afinados a partir de la experiencia de los equipos especializados en las distintas áreas y de la experiencia de los estudios de Lima Metropolitana, la sierra y la selva peruana, las fronteras y la costa. En el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental realizado en el 2002 se realizó un piloto para probar la encuesta en 100 viviendas, 20 viviendas de cada cono de la ciudad. Se realizaron ensayos en conjunto con el especialista para mejorar la consistencia. A través de este procedimiento se adaptó el instrumento. Para el Estudio Epidemiológico de la Sierra Peruana se hicieron los ajustes necesarios y se realizó una prueba en 25 viviendas seleccionadas en las áreas de la ciudad donde se encontraban

personas oriundas de las ciudades involucradas en el estudio. Para el estudio de la selva y fronteras se realizaron focus group con cada unidad de análisis en las ciudades de Pucallpa y Piura, uno para cada una de las unidades de análisis para asegurar la comprensión de las preguntas e identificar las áreas más problemáticas. Para este estudio se procederá de la misma manera con un focus group en cada unidad de análisis en las localidades pertinentes a la población de estudio. Información psicométrica sobre los instrumentos utilizados por el INSM pueden ser encontrados en un reporte anterior²⁹. Los cuestionarios han sido elaborados a partir de los siguientes instrumentos:

- **MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión en Español CIE-10^{9,30}.**- Elaborado por Sheehan, Lecrubier y colaboradores. Es un instrumento basado en la CIE 10, y obtiene información estandarizada sobre los principales trastornos psiquiátricos. Ha sido validado por sus autores, habiendo mostrado una adecuada concordancia con instrumentos de evaluación importantes³¹, con la ventaja de ser de fácil aplicación (15 minutos en promedio) y no requerir entrenamiento tan intenso como otros instrumentos. Para el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Lima fue adaptado lingüísticamente a través del ensayo piloto en personas residentes de cien viviendas en total, provenientes de cada cono de Lima Metropolitana y el Callao. El instrumento fue adaptado para obtener prevalencia de vida, prevalencia a seis y doce meses, además de la prevalencia actual de los principales desórdenes psiquiátricos. En la sierra urbana, en la selva urbana, en las áreas rurales de Lima, la sierra y la selva fue nuevamente validado lingüísticamente a través de pruebas en campo, junto con el resto de instrumentos. En el caso del episodio psicótico, siguiendo la sugerencia del MINI, se ha considerado como la presencia de al menos un síntoma psicótico, sin embargo, en caso fuese positivo se requirió que existiera un completo convencimiento del síntoma y que el síntoma hubiera estado presente durante al menos un mes. El análisis psicométrico de los síntomas de cada uno de los trastornos estudiados fue el siguiente, en términos del alpha de

Chronbach: agorafobia 0,794; trastorno de pánico 0,835; fobia social 0,874; trastorno de ansiedad generalizada 0,888; trastorno de estrés postraumático 0,842; episodio depresivo 0,665; distimia 0,874; episodio psicótico 0,735; dependencia de alcohol 0,748²⁹.

- **Cuestionario de Salud Mental.**- Elaborado originalmente en Colombia¹⁰ y adaptado en estudios anteriores del Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi" tanto en adolescentes como en adultos^{17,18}. Para el estudio epidemiológico de Lima y Callao se realizaron readaptaciones del instrumento en base al ensayo piloto mencionado líneas arriba. Para la presente investigación se consideraron determinados temas o aspectos como preguntas sobre cobertura de necesidades básicas sobre la base de los ingresos familiares, modificándose con respuesta categórica que incluyera explícitamente incapacidad de cobertura de necesidades básicas de alimentación para estimar la extrema pobreza; las otras opciones fueron cobertura de las necesidades básicas de alimentación pero no otras, cobertura de necesidades básicas y otras, cobertura solo de las necesidades básicas; preguntas sobre conductas psicopáticas, violencia en la calle (con pregunta dicotómica sobre si se había involucrado en peleas en la calle alguna vez en la vida); preguntas sobre compartir sentimientos y pensamientos con personas significativas como padres, hijos, hermanos, amigos, jefes, vecinos; preguntas sobre estrés ambiental (con opciones dicotómicas sobre qué tanto le molesta el ruido, la falta de ventilación, la falta de espacio y los olores); preguntas dicotómicas sobre la presencia de estresores en diversas áreas como trabajo, estudio, familia, pareja, dinero, salud, la ley. El coeficiente de confiabilidad de alpha de Cronbach encontrado para estresores cotidianos fue de 0,757²⁹. Con el objetivo de ampliar la exploración de la salud mental se ampliaron las preguntas sobre indicadores suicidas. Las preguntas incluidas fueron: ¿Alguna vez en su vida ha deseado morir?... (si=1, no =0); ¿Alguna vez en su vida ha deseado quitarse la

⁹ El Dr. David Sheehan y T Hergueta tuvieron la amabilidad de proporcionarnos las versiones en español

¹⁰ El cuestionario original de salud mental fue gentilmente proporcionado por el Dr. José Posada Villa, Director de la División de Comportamiento Humano del Ministerios de Salud de Colombia, en el marco de estudios anteriores realizados en la institución.

vida?... (si=1, no =0); ¿Alguna vez ha planeado quitarse la vida?... (si=1, no =0); ¿Alguna vez ha intentado hacerse daño o quitarse la vida?... (si=1, no =0).

- **Discriminación percibida.-** Fue explorada a través de las preguntas: 'Alguna vez en su vida se ha sentido rechazado o discriminado por su...Sexo?, ...Edad?, ...Peso?, ...Color de piel?, ...Forma de vestir?, ...Condición socioeconómica o social?, ...Religión?, ..., Amistades?, ...Lugar de nacimiento?, ... Talla?' (si = 1, no = 0). El coeficiente de alpha de Chronbach reportado ha sido de 0.67²⁹.
- **Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS).-** Es una escala de 20 ítems frecuentemente utilizada para evaluar juego patológico. Esta escala está basada en los criterios DSM-III para juego patológico y puede ser auto-administrada o administrada por entrevistadores profesionales o no profesionales³². Estudios brasileños han encontrado que la SOGS es útil para discriminar entre jugadores patológicos y jugadores sociales, además encuentran propiedades psicométricas satisfactorias y una alta correlación con el DSM-IV^{33,34}. Se utiliza la versión española validada por Echeburúa y colaboradores³⁵. En nuestro medio fue validado por Barbarán y colaboradores como parte de un estudio sobre satisfacción familiar en jóvenes con conducta adictiva al juego, encontrándole un Alfa de Chronbach de 0,8257 e ítem test de 0,17 - 0,69.
- **Datos demográficos y socioeconómicos.-** Se incluyeron los siguientes datos demográficos: edad, sexo, lugar de nacimiento, tiempo viviendo en Lima, lengua materna, grado de instrucción, estado civil, situación laboral (trabajo remunerado en la última semana y desempleo). Para obtener los indicadores de pobreza por NBIs se agregaron preguntas sobre características de la vivienda, existencia de niños en edad escolar que no estudian por problemas económicos y último grado de estudio que aprobó el jefe del hogar de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) realizada por el INEI en el año 2000³⁶. Por las limitaciones que otorga cada una de las formas de medir la pobreza se decidió utilizar un método combinado según dos criterios, el primero a través de la metodología de las

necesidades básicas insatisfechas (NBIs) y el segundo una aproximación subjetiva sobre la base de la pregunta formulada para este fin a la esposa del jefe del hogar sobre la capacidad de cobertura de las necesidades básicas en base a los ingresos familiares. Para considerar a un hogar pobre por NBIs, el criterio metodológico utilizado fue el de carecer de al menos una de las necesidades definidas como básicas. En caso el hogar tenga dos o más NBIs se le calificó como pobre extremo. Si el hogar no tiene ninguna NBI se le calificó como no pobre. Dentro de la múltiples necesidades básicas insatisfechas posibles a ser utilizadas como indicadores, las más frecuentemente utilizadas han sido: a) hacinamiento; b) vivienda inadecuada; c) abastecimiento inadecuado de agua; d) carencia o inconveniencia de servicios sanitarios para el desecho de excretas; e) inasistencia a escuelas primarias de los menores en edad escolar (pregunta que fue formulada a la esposa del jefe del hogar sobre la existencia de niños menores en edad escolar que no asisten a la escuela por problemas económicos); f) alta dependencia económica, es decir aquellos hogares cuyo jefe del hogar tiene primaria incompleta (hasta segundo año) y con 4 o más personas dependientes económicamente por persona ocupada o sin ningún miembro ocupado. Estos indicadores fueron utilizados para el presente estudio en combinación con el siguiente método.

El segundo criterio para definir pobreza involucró una aproximación subjetiva sobre la base de la pregunta formulada para este fin a la esposa del jefe del hogar sobre la capacidad de cobertura de las necesidades básicas en base a los ingresos familiares, mencionado en el cuestionario de salud mental. Las familias que no puedan cubrir las necesidades de alimentación fueron consideradas pobres extremos, las familias que cubrieron sólo las necesidades de alimentación pero no otras necesidades básicas como salud, educación, vivienda, etc. se calificaron como pobres básicos, las familias que podían cubrir sus necesidades básicas pero no otras necesidades (como diversión, distracciones, educación diferenciada) serán considerados no pobres básicos; y aquellos que puedan cubrir sus necesidades básicas y otra serán considerados no pobres.

Combinando ambos criterios, uno objetivo y

otro subjetivo, se obtuvo la tabla siguiente (Tabla 1). Para efectos del análisis se consideraron las siguientes categorías: 1) Hogares totalmente integrados; 2) Hogares suficientemente integrados; 3) Pobreza estructural o reciente y 4) Pobreza extrema o crónica. Esta categorización demostró diferencias estadísticamente significativas entre cada una de ellas en función

a los gastos familiares mensuales. A efectos de validar la tabla obtenida se procedió a comprobar si las categorías descritas podían ser discriminadas según el nivel de gastos familiares reportado por el jefe del hogar o la esposa del jefe del hogar a través de la pregunta: ¿Cuánto le cuesta a su hogar vivir al mes?.

TABLA 1.
METODOLOGÍA DE MEDICIÓN DE LA POBREZA SEGÚN COMBINACIÓN DE CRITERIOS ESTABLECIDOS

CATEGORÍAS		POBREZA SUBJETIVA SEGÚN PERCEPCIÓN DE COBERTURA DE NECESIDADES BÁSICAS CON INGRESOS FAMILIARES			
		NO CUBRE NI LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN (POBRE EXTREMO)	CUBRE ALIMENTACIÓN, PERO NO OTRAS NECESIDADES BÁSICAS (POBRE)	CUBRE LAS NECESIDADES BÁSICAS, PERO NO OTRAS (NO POBRE BÁSICO)	CUBRE LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS (NO POBRE)
POBREZA OBJETIVA SEGÚN NBI'S	2 O MÁS NBI (POBRE EXTREMO)	POBREZA EXTREMA CRÓNICA	POBREZA CRÓNICA	POBREZA INERCIAL O ESTRUCTURAL	POBREZA INERCIAL O ESTRUCTURAL
	1 NBI (POBRE)	POBREZA CRÓNICA	POBREZA CRÓNICA	POBREZA INERCIAL O ESTRUCTURAL	POBREZA INERCIAL O ESTRUCTURAL
	0 NBI (NO POBRE)	POBREZA EXTREMA RECIENTE	POBREZA RECIENTE	HOGARES SUFICIENTEMENTE INTEGRADOS	HOGARES TOTALMENTE INTEGRADOS

Consideraciones Éticas

El estudio original tuvo la aprobación del Comité de Ética Institucional y el presente estudio fue presentado al referido comité para exoneración de revisión por tratarse de un estudio en base de datos. La base de datos utilizada para este estudio no contó con información que permitiera identificar a las personas encuestadas y el autor principal es la vez investigador principal del estudio original. No existen conflictos de interés que reportar.

Procesamiento y Análisis de la información

Salvo se indique lo contrario, todos los estimados de prevalencias han sido ponderados para considerar la probabilidad conocida de selección, así como restaurar la distribución de la población en función a sexo y grupos etarios. Los

análisis se efectuaron tomando en cuenta el diseño de la muestra a través de procedimientos sin reemplazo de las personas que no respondieron la encuesta. Las 4 grandes áreas poblacionales de Lima (Lima Centro, Lima Sur, Lima Norte y Lima Este) fueron utilizadas para definir los estratos. Para corroborar el estado y niveles de pobreza a utilizar en este estudio se realizaron regresiones lineales para examinar la asociación entre los gastos totales familiares mensuales y los niveles de pobreza utilizados en este estudio. Elementos de contraste fueron utilizados para determinar si el promedio de gasto familiar reportado de cada uno de los 4 niveles de pobreza diferiría significativamente entre cada uno de ellos. Luego se realizaron análisis bivariados relacionando las variables de pobreza con las características sociodemográficas de la muestra: como edad promedio, grupos etáreos, distribución por sexo, ocupación, educación, sistema de salud adscrito.

Para ello se realizaron análisis estadísticos descriptivos como frecuencias, medidas de tendencia central; se estimaron proporciones. A continuación, se realizaron análisis bivariados relacionando las variables de pobreza (variable dependiente) y los distintos indicadores de salud mental (variables independientes). Cuando la variable dependiente era nominal (ej, presencia de pobreza versus no presencia) y la variable independiente también (sexo, actitud familiar, ciudad, sistema de salud adscrito, variables dicotómicas de salud mental), 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 $< 0,05$. En el caso de variable independiente continua (edad, nivel de ingresos, tiempo de residencia en Lima), se realizó la prueba t para muestras complejas para establecer la existencia de diferencias significativas para comparar proporciones con un nivel de significancia de $< 0,05$.

Para evaluar la asociación entre la salud mental y la pobreza, se controló a través de un análisis multivariado, utilizando el análisis de regresión logística. Se utilizó como variable dependiente la presencia o no de cualquier trastorno psiquiátrico y como variables independientes la presencia de pobreza junto con otras variables sociodemográficas.

Se ha utilizado el programa estadístico de SPSS V13 el cual incluye procedimientos estadísticos que contemplan el diseño del estudio (muestras complejas).

Resultados

Descripción de la muestra

Un total de 4 445 adultos fueron entrevistados. La muestra ponderada fue distribuida en 48,0% varones y 52,0% mujeres. La edad promedio fue de 42,6 años (95% IC, 41,8-43,3). La mayoría de las personas encuestadas era casada o conviviente (56,6%) y tenía instrucción secundaria (44,8%), con una tasa de analfabetismo de 3,1%; 63,7% (95% IC, 61,9-65,4) de la muestra había tenido un trabajo remunerado la semana anterior. Con relación a las categorías de pobreza establecidos para el análisis, se encontró que el promedio de gasto familiar reportado de cada uno de los 4 niveles de pobreza difirió significativamente entre cada uno de ellos. La situación de pobreza se asoció significativamente a una menor edad, a menores gastos familiares mensuales, a la presencia de analfabetismo, a un menor nivel de instrucción, a una mayor situación de convivientes y separados, a presencia de desempleo y a residir en el área este de Lima Metropolitana (Tabla 2).

TABLA 2.
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN TOTAL EN LA CIUDAD DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO (N=4,445)

	POBREZA SEGÚN MÉTODO COMBINADO (%)*					ESTADÍSTICOS	
	A	B	C	D	PROMEDIO TOTAL (95% IC)	F	P
EDAD PROMEDIO PONDERADA (ERROR STANDARD)	44,5	42,9	41,8	40,0	42,6 (ES 0,37) (41,8-43,3)	4,461 (GL1=3,000; GL2= 692)	0,004
GASTOS FAMILIARES MENSUALES EN NUEVOS SOLES (IC AL 95%)	2193 (1990-2395)	1321 (1271-1370)	979 (933-1024)	724 (686-763)	1298 (ES 28,75) (1242-1355)	155,94 (GL1=3,000; GL2=687)	<0,00001
GRUPOS DE EDAD	TOTAL % (95% IC)						
18 A 24 AÑOS	16,0	18,0	18,5	21,6	18,2 (16,7-19,8)		
25 A 44 AÑOS	39,1	38,1	43,8	43,7	40,6 (38,8-42,3)	2,461 (GL1=8,602; GL2=5970)	0,00964
45 A 64 AÑOS	27,7	29,9	24,9	24,2	27,5 (25,9-29,1)		
65 +	17,1	14,0	12,8	10,5	13,8 (12,5-15,3)		
SEXO							
MUJER	47,8	52,0	53,9	53,3	52,0 (49,7-54,2) 57,3 (NO PONDERADO)	1,668 (GL1=2,900; GL2=2013)	0,17355

	POBREZA SEGÚN MÉTODO COMBINADO (%)*					ESTADÍSTICOS	
	A	B	C	D	PROMEDIO TOTAL (95% IC)	F	P
NIVEL EDUCATIVO							
ANALFABETISMO	0,2	2,6	4,5	5,7	3,1 (2,5-3,8)	11,461 (GL1=2,930; GL2=2033)	<0,00001
NINGUNA A PRIMARIA	6,2	13,7	18,7	25,6	15,2 (13,9-16,5)		
SECUNDARIA	29,6	42,3	52,7	57,9	44,8 (42,8-46,8)		
SUPERIOR TÉCNICA	21,9	22,6	18,2	10,6	20,0 (18,5-21,5)	36,652 (GL1=8,618; GL2=5981)	<0,00001
SUPERIOR UNIVERSITARIA (INCL. POSTGRADO)	42,3	21,3	10,4	6,0	20,1 (18,3-21,5)		
ESTADO CIVIL							
CONVIVIENTE	14,9	21,4	30,7	42,8	25,2 (23,6-27,0)		
SEPARADO(A)	7,4	9,0	12,9	14,5	10,5 (9,5-11,5)		
DIVORCIADO(A)	0,9	1,1	0,8	1,0	0,9 (0,7-1,3)	12,233 (GL1=13,866; GL2=9623)	<0,00001
VIUDO(A)	5,6	5,0	5,7	2,3	5,0 (4,4-5,8)		
CASADO(A)	41,4	33,5	27,2	18,8	31,4 (29,6-33,2)		
SOLTERO(A)	29,8	30,0	22,7	20,6	26,9 (25,2-28,7)		
CONDICIONES DE EMPLEO							
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR (REMUNERADO)	66,7	62,7	64,2	62,1	63,7 (61,9-65,4)	1,115 (GL1=2,979; GL2=2067)	0,34169
DESEMPLEO	1,1	2,2	2,2	4,1	2,3 (1,8-2,9)	2,723 (GL1=2,995; GL2=2079)	0,04303
CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO							
TIENE SEGURO DE SALUD	69,9	53,4	49,3	41,1	53,7 (51,7-55,6)	25,983 (GL1=2,943; GL2=2042)	<0,00001
ÁREA DE RESIDENCIA							
LIMA CENTRO	30,5	17,3	13,8	6,3	17,3 (15,9-18,8)		
LIMA NORTE	20,9	27,3	28,6	26,8	26,7 (24,2-29,3)		
LIMA ESTE	21,0	22,5	26,6	33,3	24,5 (22,2-27,1)	5,971 (GL1=10,793; GL2=7490)	<0,00001
LIMA SUR	18,6	21,3	20,5	22,2	20,7 (19,4-22,1)		
LIMA CALLAO	9,0	11,5	10,5	11,4	10,8 (9,8-11,8)		

IC= Intervalo de Confianza; ES= Error Standard

**A= HOGARES TOTALMENTE INTEGRADOS; B= HOGARES SUFICIENTEMENTE INTEGRADOS; C= HOGARES CON POBREZA ESTRUCTURAL O COYUNTURAL (RECIENTE); D=POBREZA EXTREMA O CRÓNICA;

Respecto a la pobreza las cifras varían según la metodología seleccionada (Tabla 3). Desde el enfoque subjetivo, algo más de la cuarta parte de los participantes era considerada pobre medido por la autopercepción de cobertura de necesidades básicas con el ingreso de los hogares y el 2,2% (IC del 95%, 1,7-2,9) de la muestra fueron considerados extremadamente pobres. Desde la

medición objetiva o en función a las condiciones de la vivienda o NBIs, si bien la pobreza extrema es mayor, en su conjunto la pobreza es menor en comparación con la medición subjetiva de la pobreza. Según el método que combina ambas mediciones el 39,8% de la muestra se encontraba en alguna situación de pobreza.

TABLA 3.
INDICADORES ECONÓMICOS DE TODA LA POBLACIÓN EN
LIMA METROPOLITANA 2012 (N=4445)

	% (95% IC)
INGRESOS MENSUALES (NUEVOS SOLES)	
< DE S/ . 300	11,2 (9,9-12,6)
S/ .301 A S/ .600	18,1 (16,5-19,8)
S/ .601 A S/ .1,200	44,1 (41,8-46,4)
> DE S/ .1,200	26,6 (24,5-29,0)
NIVEL DE POBREZA SEGÚN NBI	
DOS O MÁS NBIs (POBRES EXTREMOS)	4,7 (3,8-5,8)
UNA NBI (POBRES)	17,1 (15,6-18,8)
NINGUNA NBI (NO POBRES)	78,2 (76,1-80,2)
NIVEL DE POBREZA SEGÚN AUTO PERCEPCIÓN DE COBERTURA DE NECESIDADES BÁSICAS CON INGRESOS FAMILIARES	
NO CUBRE NI LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN (POBRES EXTREMOS)	2,2 (1,7-2,9)
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN (POBRES)	25,3 (23,4-27,2)
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS PERO NO OTRAS (NO POBRES)	53,2 (51,1-55,3)
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS NECESIDADES (NO POBRES)	19,3 (17,5-21,2)
NIVEL DE POBREZA SEGÚN MÉTODO COMBINADO*	
HOGARES INTEGRADOS TOTALMENTE	17,0 (15,3-18,9)
HOGARES INTEGRADOS SUFICIENTES	43,2 (41,0-45,5)
POBREZA ESTRUCTURAL O RECIENTE	29,1 (27,2-31,1)
POBREZA EXTREMA O CRÓNICA	10,7 (9,4 -12,0)

IC= Intervalo de confianza

Trastornos mentales y pobreza

Respecto a la relación entre pobreza y trastorno mentales en general encontramos una relación directa entre presencia de trastornos mentales y el nivel de pobreza tanto en la prevalencia de vida como en la prevalencia anual y actual (Tabla 4). Esta asociación se mantuvo aun controlando por edad y sexo. En líneas generales, las personas en situación de pobreza más importante tenían una chance 2,8 veces mayor de padecer un trastorno

mental en el último año. Mientras que un 7,5% de las personas provenientes de hogares totalmente integrados presentó algún trastorno mental en el último año, las personas en situación de pobreza crónica o extrema presentaron una prevalencia anual del 18,6%. Esta relación se estableció tanto para los trastornos depresivos como para los trastornos de ansiedad, no habiéndose encontrado una asociación estadísticamente significativa con los trastornos por uso de sustancias. Respecto a los trastornos mentales específicos se halló una asociación significativa de la pobreza con episodio depresivo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático y la sospecha de trastornos de déficit de atención e hiperactividad. Se halló una tendencia para la prevalencia de vida de dependencia al alcohol ($p=0.07$) (Tabla 5).

Otros problemas de salud mental y pobreza

Con relación a otros problemas de salud mental encontramos que las personas con pobreza extrema o crónica tenían 2 veces más chance de presentar deseos de morir que las personas provenientes de hogares totalmente integrados (Tabla 6). Esta relación no se ha presentado con otros indicadores suicidas como los intentos suicidas. Las personas en situación de pobreza tienen mayores probabilidades de padecer un mayor nivel de tensión con los estresores psicosociales relacionados a sus familiares directos, el dinero, la salud y los asuntos con la ley. En este sentido, las personas en situación de pobreza en comparación con aquellas provenientes de hogares integrados mostraron con mayor frecuencia problemas relacionados a conductas psicopáticas, agresión a menores, participación en peleas con arma blanca o de fuego y problemas por no pagar sus deudas.

TABLA 4.
PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN GENERAL EN LA POBLACIÓN DE LIMA Y CALLAO SEGÚN NIVEL DE
POBREZA Y RAZÓN DE PREVALENCIA ENTRE POBRES Y NO POBRES

PREVALENCIAS (POB.GRAL)	TOTAL	POBREZA SEGÚN MÉTODO COMBINADO (%)*					TEST DE INDEPENDENCIA (ANÁLISIS BIVARIADOS)			ODD RATIO (REF A)			ODD RATIO AJUSTADO § (REF A)			
		N	A	B	C	D	F	df1	df2	P	B/A	C/A	D/A	B/A	C/A	D/A
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS																
CUALQUIER TRASTORNO VIDA (28,5%)	1353	23,4	28,9	28,5	35,0	4,436	2,923	2029	0,0040	1,33	1,30	1,76	1,34	1,31	1,80	
CUALQUIER TRASTORNO ANUAL (11,8%)	535	7,5	11,0	13,0	18,6	8,595	2,904	2016	0,0000	1,53	1,85	2,83	1,53	1,83	2,78	
CUALQUIER TRASTORNO ACTUAL (7,9%)	346	5,7	7,3	8,3	12,9	4,753	2,888	2005	0,0030	1,31	1,50	2,45	1,32	1,51	2,47	
TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL VIDA (17,3%)	846	14,3	18,0	17,4	19,2	1,528	2,911	2020	0,2070	1,32	1,26	1,42	1,32	1,25	1,46	

PREVALENCIAS (POB.GRAL)	TOTAL	POBREZA SEGÚN MÉTODO COMBINADO (%)*					TEST DE INDEPENDENCIA (ANÁLISIS BIVARIADOS)			ODD RATIO (REF A)			ODD RATIO AJUSTADO § (REF A)		
	N	A	B	C	D	F	DF1	DF2	P	B/A	C/A	D/A	B/A	C/A	D/A
TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL ANUAL (6,2%)	290	4,0	5,8	7,1	9,5	3,693	2,854	1,980	0,0130	1,50	1,84	2,55	1,47	1,77	2,46
TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL ACTUAL (2,8%)	127	2,1	2,6	2,8	5,2	2,181	2,800	1,944	0,0930	1,20	1,30	2,49	1,18	1,26	2,48
TRASTORNOS DE ANSIEDAD VIDA (10,5%)	491	7,8	9,7	11,3	15,7	5,927	2,993	2,077	0,0010	1,27	1,50	2,20	1,25	1,47	2,19
TRASTORNOS DE ANSIEDAD ANUAL (2,9%)	138	1,8	2,3	3,5	5,6	5,545	2,985	2,072	0,0010	1,27	1,96	3,24	1,24	1,93	3,21
TRASTORNOS DE ANSIEDAD ACTUAL (1,9%)	90	1,3	1,5	2,3	3,0	2,106	2,962	2,056	0,0980	1,21	1,82	2,41	1,20	1,81	2,42
DEPENDENCIA/USO PERJUDICIAL DE CUALQUIER SUSTANCIA (3,2%)	125	2,3	3,1	3,1	5,0	1,470	2,924	2,029	0,2220	1,38	1,37	2,24	1,44	1,44	2,33

* A= hogares totalmente integrados; B= hogares suficientemente integrados; C= hogares con pobreza estructural o coyuntural (reciente); D=pobreza extrema o crónica; § ajustado con sexo y edad; en negrita valores con intervalos de confianza diferentes a 1.00

Asimismo, las personas provenientes de hogares pobres tenían una mayor probabilidad de haber sufrido discriminación con relación a su forma de vestir, su condición socioeconómica

o social, su nivel educativo y su lugar de nacimiento, que las personas provenientes de hogares socialmente integrados.

TABLA 5.
PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES ESPECÍFICOS EN LA POBLACIÓN DE LIMA SEGÚN DETERMINADOS NIVELES DE POBREZA Y RAZÓN DE PREVALENCIA

PREVALENCIAS (POB.GRAL)	TOTAL	POBREZA SEGÚN MÉTODO COMBINADO (%)*					TEST DE INDEPENDENCIA (ANÁLISIS BIVARIADOS)			ODD RATIO (REF A)			ODD RATIO AJUSTADO § (REF A)		
	N	A	B	C	D	F	DF1	DF2	P	B/A	C/A	D/A	B/A	C/A	D/A
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS **															
EPISODIO DEPRESIVO VIDA (17,3%)	842	14,3	18,0	17,3	18,8	1,434	2,913	2,022	0,2319	1,31	1,26	1,39	1,32	1,25	1,42
EPISODIO DEPRESIVO ANUAL (6,2%)	286	4,0	5,8	6,9	9,3	3,397	2,854	1,980	0,0190	1,50	1,79	2,49	1,47	1,71	2,40
DISTIMIA VIDA (0,6%)	31	0,3	0,4	1,0	0,8	1,964	2,866	1,989	0,1202	1,37	3,23	2,53	1,40	3,40	2,88
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA VIDA (3,0%)	144	2,7	2,6	2,9	5,3	3,168	2,990	2,075	0,0236	0,95	1,07	2,02	0,94	1,08	2,08
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ANUAL (0,7%)	36	0,5	0,5	0,9	1,3	5,545	2,985	2,072	0,0008	1,09	1,82	2,71	1,07	1,82	2,75
FOBIA SOCIAL VIDA (2,2%)	94	1,8	1,9	2,8	2,9	1,190	2,982	2,069	0,3121	1,06	1,59	1,68	1,05	1,53	1,59
FOBIA SOCIAL ANUAL (1,0%)	39	0,8	0,8	1,0	1,5	447	2,931	2,034	0,7147	1,03	1,22	1,84	1,01	1,19	1,78
AGORAFOBIA VIDA (1,2%)	58	0,5	1,1	1,6	1,8	1,696	2,965	2,058	0,1665	2,38	3,60	3,96	2,41	3,60	4,04
TRASTORNOS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO VIDA (5,1%)	234	3,4	4,9	5,6	7,3	2,682	2,945	2,044	0,0464	1,45	1,68	2,21	1,41	1,64	2,19
TRASTORNOS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ANUAL (0,7%)	36	0,5	0,3	0,9	1,8	3,818	2,965	2,058	0,0099	0,66	1,82	3,61	0,64	1,72	3,42
EPISODIO PSICÓTICO VIDA (1,4%)	68	1,2	1,3	1,8	1,3	0,595	2,878	1,997	0,6111	1,14	1,59	1,09	1,12	1,61	1,13
EPISODIO PSICÓTICO ANUAL (0,6%)	26	0,7	0,4	1,0	0,3	1,332	2,842	1,972	0,2631	0,60	1,43	0,40	0,60	1,49	0,43
TDAH DEL ADULTO 6 MESES (2,9%)	129	2,5	2,5	2,7	5,7	3,735	2,988	2,074	0,0109	1,00	1,08	2,36	1,04	1,11	2,44
DEPENDENCIA DE ALCOHOL VIDA (2,7%)	120	1,8	2,7	2,5	4,8	2,301	2,940	2,040	0,0767	1,45	1,35	2,69	1,55	1,48	2,98
DEPENDENCIA DE ALCOHOL ANUAL (0,9%)	38	0,6	1,0	0,6	1,6	1,054	2,537	1,761	0,3605	1,63	1,01	2,65	1,71	1,06	2,73
USO PERJUDICIAL DE ALCOHOL VIDA (4,7%)	193	3,8	4,8	5,0	5,0	0,372	2,988	2,074	0,7722	1,20	1,49	1,48	1,24	1,59	1,54
USO PERJUDICIAL DE ALCOHOL ANUAL (1,6%)	59	1,2	1,6	1,6	2,5	0,619	2,912	2,021	0,5981	1,43	1,37	2,20	1,46	1,41	2,16
JUEGO PATOLÓGICO PUNTUAL (2,4%)	99	2,6	2,4	2,7	1,3	0,707	2,790	1,936	0,5379	0,95	1,07	0,52	1,01	1,17	0,58

* A= hogares totalmente integrados; B= hogares suficientemente integrados; C= hogares con pobreza estructural o coyuntural (reciente); D=pobreza extrema o crónica

§ Ajustado con sexo y edad; en negrita valores con intervalos de confianza diferentes a 1.00

** Para efectos del análisis se excluyeron los trastornos con n<30: distimia anual, trastorno de pánico vida y anual, trastorno obsesivo compulsivo vida y anual, trastorno bipolar, vida y anual, episodio psicótico anual, dependencia/uso perjudicial tabaco anual, dependencia/uso perjudicial de marihuana, dependencia/uso perjudicial cocaína.

TABLA 6.
PREVALENCIA DE ALGUNOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN DE LIMA SEGÚN DETERMINADOS NIVELES DE POBREZA

PREVALENCIAS (POB. GRAL)	TOTAL	POBREZA SEGÚN MÉTODO COMBINADO (%)*					TEST DE INDEPENDENCIA (ANÁLISIS BIVARIADOS)			ODD RATIO (REF A)			ODD RATIO AJUSTADO§ (REF A)		
		N	A	B	C	D	F	DF1	DF2	P	B/A	C/A	D/A	B/A	C/A
INDICADORES SUICIDAS															
DESEOS DE MORIR VIDA (23,3%)	1136	17,7	22,2	25,5	31,1	8,428	2,980	2068	0,00002	1,32	1,59	2,10	1,28	1,52	2,03
DESEOS DE MORIR ANUAL (4,6%)	222	3,3	3,6	6,1	7,0	4,393	2,862	1986	0,00503	1,10	1,90	2,23	1,03	1,79	2,10
IDEACIÓN SUICIDA VIDA (8,9%)	441	7,7	8,7	9,3	10,7	0,860	2,968	2060	0,46000	1,14	1,22	1,44	1,09	1,14	1,31
IDEACIÓN SUICIDA ANUAL (2,2%)	104	1,5	2,0	2,5	3,2	1,270	2,937	2038	0,28319	1,38	1,71	2,22	1,30	1,56	1,97
INTENTO SUICIDA VIDA (2,9%)	135	3,5	2,3	3,0	3,5	0,996	2,975	2065	0,39312	0,65	0,84	1,00	0,63	0,77	0,91
INTENTO SUICIDA ANUAL (0,4%)	18	0,4	0,3	0,3	1,0	1,421	2,837	1969	0,23612	0,80	0,59	2,48	0,69	0,48	1,85
ESTRESORES PSICOSOCIALES (BASTANTE O MUCHA TENSIÓN O PROBLEMA CON)															
EL TRABAJO (16,3%)	517	15,2	16,4	15,4	20,5	1,294	2,963	2056	0,27498	1,10	1,01	1,44	1,10	1,01	1,47
LOS ESTUDIOS (24,8%)	107	22,5	25,9	23,8	26,9	,121	2,972	2063	0,94641	1,21	1,08	1,27	1,29	1,11	1,33
LOS HIJOS U OTROS PARIENTES (14,2%)	640	10,3	13,3	15,3	21,0	6,365	2,982	2069	0,00028	1,34	1,57	2,31	1,31	1,53	2,26
LA PAREJA (10,9%)	336	4,8	10,9	11,2	19,5	12,354	2,965	2053	<0,00001	2,43	2,50	4,81	2,36	2,40	4,60
EL DINERO (28,3%)	1323	17,1	25,8	32,7	44,3	30,654	2,968	2060	<0,00001	1,68	2,35	3,85	1,68	2,32	3,86
LA SALUD (34,9%)	1575	23,7	33,9	39,7	43,9	15,387	2,961	2055	<0,00001	1,65	2,12	2,51	1,67	2,20	2,73
ASUNTOS CON LA LEY (8,6%)	376	4,7	8,4	10,1	12,0	4,919	2,952	2049	0,00221	1,86	2,29	2,78	1,84	2,26	2,72
TERRORISMO (41,8%)	1862	40,1	43,0	40,6	42,8	0,618	2,960	2054	0,60110	1,13	1,02	1,12	1,12	1,03	1,15
DELINCUENCIA (59,8%)	2731	56,2	59,7	60,4	64,8	1,796	2,975	2065	0,14634	1,15	1,19	1,43	1,14	1,19	1,45
NARCOTRÁFICO (47,9%)	2128	45,9	47,5	49,1	49,2	0,511	2,986	2073	0,67366	1,07	1,14	1,14	1,06	1,14	1,16
CONDUCTAS PSICOPÁTICAS O VIOLENTAS															
PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA (4,9%)	217	4,3	4,2	5,8	6,1	1,393	2,987	2073	0,24320	1,00	1,38	1,45	1,02	1,41	1,48
PARTICIPACIÓN EN ROBO (2,8%)	118	1,3	2,4	3,4	5,6	4,577	2,906	2017	0,00373	1,87	2,65	4,52	1,90	2,66	4,48
ADQUISICIÓN DE OBJETOS ROBADOS (9,1%)	403	7,5	8,7	9,1	13,6	3,234	2,981	2069	0,02172	1,18	1,23	1,94	1,21	1,23	1,92
VENTA DE OBJETOS ROBADOS (4,0%)	163	2,9	3,6	4,1	6,5	2,682	2,961	2055	0,04608	1,28	1,45	2,36	1,31	1,45	2,32
MENTIRA FRECUENTE (64,5%)	2769	68,6	65,2	60,4	66,0	3,587	2,977	2066	0,01347	0,86	0,70	0,89	0,84	0,66	0,81
CONDUCTAS DE ABUSO A MENORES (5,9%)	277	3,2	6,2	5,7	9,5	5,383	2,946	2045	0,00117	2,04	1,86	3,21	2,01	1,83	3,22
PARTICIPACIÓN EN PELEAS A GOLPES (19,3%)	839	17,2	18,6	19,8	24,1	2,316	2,954	2050	0,07491	1,10	1,19	1,53	1,17	1,29	1,67
PARTICIPACIÓN EN PELEAS ARMA BLANCA, PIEDRAS O PALOS (3,7%)	172	1,9	2,9	4,7	6,8	6,560	2,984	2071	0,00021	1,55	2,50	3,76	1,60	2,63	3,93
PARTICIPACIÓN EN PELEAS CON ARMA DE FUEGO (0,9%)	37	0,3	0,6	1,4	2,2	4,788	2,732	1896	0,00346	2,14	5,17	8,47	2,21	5,56	8,99
PROBLEMAS POR NO PAGAR DEUDAS (13,5%)	605	9,9	12,4	16,0	17,1	4,980	2,935	2037	0,00208	1,29	1,75	1,88	1,29	1,75	1,88
EXPERIENCIA DE DISCRIMINACIÓN EN LA VIDA POR															
SEXO (3,6%)	168	2,8	3,5	3,6	4,1	0,433	2,898	2011	0,72242	1,25	1,29	1,48	1,19	1,19	1,39
EDAD (6,0%)	286	4,9	6,1	6,5	5,9	0,603	2,965	2058	0,61107	1,26	1,35	1,23	1,24	1,36	1,24
TALLA (2,6%)	241	5,7	4,7	5,6	5,8	0,437	2,859	1984	0,71706	0,83	0,98	1,03	0,80	0,91	0,93
COLOR DE PIEL (2,7%)	133	2,2	3,1	2,2	3,2	1,003	2,948	2046	0,38943	1,45	1,01	1,50	1,46	1,01	1,48
FORMA DE VESTIR (3,5%)	174	1,8	3,4	4,2	4,9	2,955	2,949	2046	0,03221	1,93	2,40	2,85	1,89	2,29	2,67
CONDICIÓN ECONÓMICA O SOCIAL (7,0%)	328	3,2	7,0	8,2	10,0	6,948	2,961	2055	0,00013	2,31	2,73	3,42	2,28	2,68	3,36
NIVEL EDUCATIVO (6,2%)	282	3,6	6,0	7,6	8,0	3,659	2,845	1974	0,01353	1,70	2,18	2,32	1,70	2,17	2,32
RELIGIÓN (2,2%)	112	2,3	2,2	1,7	3,2	0,979	2,909	2019	0,39992	0,95	0,76	1,43	0,93	0,75	1,41
AMISTADES (1,9%)	94	1,0	2,0	2,0	3,0	1,519	2,871	1993	0,20935	2,03	1,94	3,05	2,00	1,86	2,80
LUGAR DE NACIMIENTO (2,4%)	124	1,1	2,9	2,1	3,4	3,016	2,921	2028	0,03012	2,64	1,89	3,05	2,63	1,90	3,06
TALLA (2,6%)	130	1,8	2,9	2,4	3,0	0,879	2,906	2017	0,44825	1,64	1,39	1,71	1,60	1,32	1,59

* A= hogares totalmente integrados; B= hogares suficientemente integrados; C= hogares con pobreza estructural o coyuntural (reciente); D=pobreza extrema o crónica

§ Ajustado con sexo y edad; en negrita valores con intervalos de confianza diferentes a 1.00

Discusión

La pobreza es uno de los principales problemas sociales que enfrentan nuestros países y el estudio de los factores que se asocian a la misma son de considerable importancia en la formulación de políticas sociales e intervenciones eficaces. Este estudio intenta poner en perspectiva la pobreza frente a la salud mental, tomando en consideración, en forma particular, los principales trastornos mentales y algunos problemas de salud mental. A nuestro entender son pocos los estudios en la región que han relacionado los trastornos mentales y otros problemas de salud mental con la situación de pobreza y este estudio viene a complementar los hallazgos de estudios epidemiológicos previos realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental, que han encontrado asociaciones entre la pobreza y los trastornos mentales en forma general^{6,8,9}. A diferencia de aquellos, este estudio ha utilizado una medición distinta ya que ha combinado la medición de la pobreza objetiva a través de los NBI, la cual mide principalmente las condiciones de la vivienda, con la medición subjetiva a través de la percepción de cobertura de las necesidades básicas con los ingresos familiares, la que toma en cuenta la capacidad que percibe el jefe del hogar o la esposa del jefe del hogar de poder cumplir con necesidades como alimentación, vestido, vivienda o salud con los ingresos de la familia. Esta medición, consideramos que brinda una aproximación más justa al estudio de la pobreza y se acerca más al método integrado descrito por el INEI. Otra diferencia con estudios previos es que se han incorporado en el análisis otros problemas de la salud mental como los indicadores suicidas, los estresores psicosociales, la discriminación, las conductas violentas y las conductas psicopáticas.

En general, este estudio contribuye a la literatura existente sobre la asociación entre pobreza y salud mental, al haber encontrado asociaciones significativas entre la pobreza y los principales trastornos mentales como la depresión y los trastornos de ansiedad, además de otros problemas de salud mental como los indicadores relacionados con la conducta suicida, las conductas violentas y psicopáticas que no ha sido tan estudiadas como la depresión y los trastornos de ansiedad. A nuestro entender no existen muchos estudios en la región que hayan sido publicados sobre este último punto. Esta asociación se establece no solo en el tiempo

pasado sino también en el momento actual, lo que denota la característica crónica con la que se suele relacionar la pobreza. La asociación con los problemas de uso de sustancias no ha sido tan evidente como con las otras patologías. Se corrobora que las personas en situación de pobreza se encuentran más vulnerables a padecer problemas de salud mental.

La relación entre pobreza y trastornos depresivos y trastornos de ansiedad ha sido documentada en otros estudios. Respecto a los estudios locales, los hallazgos de Lima Metropolitana difieren de los hallazgos en ciudades de la sierra donde no se ha podido demostrar una asociación entre trastornos mentales y pobreza, por lo menos para la percepción de la capacidad de cobertura de las necesidades básicas con los ingresos familiares⁷. Una explicación posible es que las diferencias dentro de la misma pobreza son más marcadas en Lima debido al componente de estrés asociado a una metrópoli; por otro lado, el análisis y medición de la pobreza en la sierra utilizó las NBI y la percepción de cobertura con ingresos familiares en forma independiente y no combinada como este estudio. Sin embargo, el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva realizado en el 2004 mostró una asociación entre la salud mental y la pobreza, similar a la encontrada en Lima⁸. Por su parte, el estudio epidemiológico de salud mental realizado en ciudades de fronteras también encontró que 30,2% de aquellas personas cuyos ingresos familiares no cubrían las necesidades básicas de alimentación tenía algún trastorno psiquiátrico en el momento de la entrevista, frente a 15,7% de aquellos que podían satisfacer sus necesidades básicas y otras ($p=0,005$)⁹.

Un estudio realizado en Santiago de Chile encontró asociación significativa entre el nivel de clase social y la presencia de trastornos mentales, no presentando la asociación en función a trastornos específicos³⁷. Otro estudio reciente realizado en Brasil reporta relación entre problemas mentales como depresión y ansiedad y desempleo, baja educación y bajos ingresos³⁸. Otros estudios internacionales indican que la ansiedad se da con mayor frecuencia en individuos de condiciones económicas y educativas bajas³⁹, lo que no ha podido ser corroborado en otros estudios para la depresión mayor⁴⁰. Una posible explicación de esta asociación es que estos pacientes tienden a alcanzar un menor nivel

educacional en comparación con la población sin dichos trastornos⁴¹ y dichos trastornos inciden sobre el ausentismo laboral⁴² y por lo tanto en la condición económica. Por otro lado, la mayoría de los episodios depresivos mayores son desencadenados por factores estresantes, y en este sentido los sectores sociales con menos recursos y más vulnerables estarían en mayor riesgo. El ingreso salarial se ha relacionado con la presencia de desórdenes ansiosos o depresivos probablemente ligados a factores de acceso a servicios⁴³. Sin embargo, la aplicación de sistemas de seguros médicos en algunos países como Puerto Rico y Canadá no han generado necesariamente cambios en el uso de servicios especializados entre la población pobre, y la disponibilidad de servicios gratuitos de salud, a través del financiamiento público, no ha logrado mejorar la esperanza de vida, ni la calidad de vida de las personas en los distintos niveles de ingresos^{44,45}, lo que sugiere la influencia de factores culturales o educativos. Un estudio reciente en Indonesia encontró que la reducción en 1% de los gastos de consumo elevaba en 0,65% el número de síntomas de trastornos mentales comunes⁴⁶. Patel ha planteado que la depresión es una enfermedad de la pobreza que se relaciona con el establecimiento de jerarquías sociales, independientemente de los ingresos económicos donde los que se encuentra en los niveles más bajos experimentan una mayor carga y riesgo de padecer estos trastornos⁴⁷. Este mismo autor y Kleinman sostienen que es necesario que los responsables de las políticas sociales tomen en cuenta a los trastornos mentales al lado de las demás enfermedades asociadas con la pobreza y que los programas educativos y de desarrollo económico pueden tener beneficios no anticipados en reducir el riesgo de las enfermedades mentales⁴⁸. Por otro lado, en una revisión extensiva de 19 estudios realizados en países de bajos o medianos ingresos, Lund y colaboradores encontraron que en 10 estudios las intervenciones en salud mental en personas con problemas de salud mental tenían un efecto positivo en el status económico de las personas y en ninguno tuvo un impacto negativo; lo mismo no ocurría con intervenciones económicas en familias pobres y su efecto sobre la salud mental⁴⁹.

Respecto a las patologías específicas este estudio halló una relación significativa entre pobreza y la presencia de episodio depresivo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático y la sospecha de trastorno

de déficit de atención e hiperactividad del adulto. Hallazgos similares fueron encontrados en el 2011 en un estudio con una muestra muy grande representativa de la población de EEUU, hallaron relación entre ingresos familiares y trastornos mentales en lo que respecta a trastornos afectivos y trastornos de ansiedad, mas no así para los problemas por uso de sustancias⁵⁰. Respecto al TDAH, un estudio poblacional realizado en los EEUU encontró asociación significativa inversa entre el TDAH y los ingresos personales y familiares⁵¹. Una explicación para ello puede ser el impacto que tiene el TDAH del adulto en el nivel educativo y la condición de empleo⁵². Respecto a indicadores suicidas, este estudio encontró asociación entre pobreza y deseos de morir tanto en la vida como en el último año, más no con la ideación suicida o el intento suicida. Estudios en poblaciones de países de altos ingresos han demostrado la relación entre suicidio e indicadores socioeconómicos como ingresos, privación material o social⁵³. Sareen y colaboradores encontraron relación entre ingresos familiares e intento suicida en adultos menores de 55 años⁵⁰. No hay una explicación clara del porqué de las diferencias con los hallazgos de este estudio. Algunos estudios han sostenido que la relación entre suicidio y pobreza no está vinculada con la pobreza en sí misma sino con la fragmentación social que deriva de la misma situación de pobreza⁵⁴. Por lo tanto, sociedades con mayor fragmentación en términos de personas solas o con menor soporte social estarían en mayor riesgo de problemas suicidas. Según las estadísticas del 2012 de la OMS, las Américas tienen las tasas de suicidio más bajas (6.1 por 100,000) en comparación con otras regiones del mundo y Perú tiene la tasa más baja de la región con 3.2 por 100,000 habitantes⁵⁵. En este sentido, también es importante notar que, a nivel global, ambos extremos, los países de menores ingresos y los de ingresos altos, son los que tienen tasas de suicidio más elevadas. Sin embargo, no podemos descartar que los hallazgos de este estudio tengan limitaciones por problemas de poder estadístico.

El hallazgo de la asociación entre pobreza y conductas psicopáticas se corrobora por un estudio epidemiológico realizado en nuestro medio en el distrito de Independencia y otros distritos de bajo nivel socioeconómico, el cual encontró niveles considerables de conducta antisocial tanto en adultos como en adolescentes⁵⁶. Este estudio encontró una prevalencia de vida

de trastorno de personalidad antisocial del 7,1% y una prevalencia a seis meses de 3,1%. Por otro lado, un estudio en adolescentes realizado posteriormente por Perales y colaboradores en una población urbano-marginal del mismo distrito encontró conductas disociales entre 15 y 17,2% de los adolescentes de bajos recursos¹⁸. Por otro lado, Sareen y colaboradores también encontraron una asociación significativa entre personalidad antisocial y los ingresos familiares⁵⁰. Nuestros hallazgos son congruentes con otros estudios que han relacionado la presencia de conductas antisociales con la exposición prolongada a la escasez, lo que estaría condicionado por una disminución del umbral para estas conductas⁵⁷. Un estudio realizado en Brasil encontró que las conductas antisociales de los adolescentes se relacionaban con presencia de castigo físico severo, ausencia paterna, depresión o ansiedad materna y condiciones económicas bajas por parte de la familia⁵⁸.

Este estudio también encontró una relación entre pobreza y determinados estresores no solo directamente relacionados con el dinero sino con personas significativas, como los hijos y la pareja, además de problemas con la salud y asuntos con la ley. Se ha encontrado que la presencia de sistemas de soporte social son protectores para los problemas de salud y de salud mental⁵⁹ y si estos soportes primarios fallan, existiría un mayor riesgo de exponerse a problemas de salud mental. Sin embargo, los sistemas de soporte significativos pueden fallar si ellos mismos se encuentran involucrados en la situación que afecta a la persona⁶⁰, lo cual es el caso de la condición de pobreza donde la familia está afectada en su conjunto. Un estudio realizado en una zona pobre de Montreal encontró, entre las variables que se asociaban a un mayor distress emocional, el soporte emocional y la presencia de personas percibidas como estresantes⁶¹. Esta podría ser una de las explicaciones sobre la relación entre pobreza y salud mental, tal como han encontrado estudios que hallan como mediador el soporte social en personas de menores recursos. Algunos autores han relacionado el estrés con el dinero y el soporte social con síntomas depresivos⁶².

Respecto a la discriminación, ésta se ha vinculado a problemas de salud y de salud mental⁶³, en particular las relacionadas a la discriminación racial y a la misma situación socioeconómica. Se ha encontrado que las personas expuestas a discriminación suelen

tener más problemas de salud mental^{64,65}, por tal motivo la consideración de este aspecto en el estudio de pobreza y salud mental cobra especial relevancia. Este estudio exploró la percepción de discriminación en distintas áreas y encontró una asociación significativa, aun controlando con edad y sexo, para la forma de vestir, la condición socioeconómica, el nivel educativo y el lugar de nacimiento. Un estudio reciente encontró una relación entre ingresos y percepción de discriminación en general pero finalmente vinculada a la etnicidad o migración⁶⁶. El presente estudio no encontró relación entre pobreza y color de piel, pero si con el lugar de nacimiento, lo que podría relacionarse con la migración. La pobreza implica una pérdida de oportunidades como menores estudios, además de limitaciones en cuanto a adquisiciones personales como vestido, vivienda u otros. En este contexto las personas en situación de pobreza se pueden ver expuestas a la discriminación en relación a estas limitaciones, las que a su vez afectaría su salud y/o su salud mental directamente o a través de respuestas elevadas de estrés o estilos de vida inapropiados derivados de la propia experiencia.

La implicancia de los hallazgos de este estudio para la clínica es importante porque fortalece la necesidad de considerar aproximaciones diagnósticas integrales que involucren los aspectos contextuales de las personas que acuden en busca de atención por sus problemas de salud mental. En este sentido, cabe resaltar que un estudio de 9 años en un grupo de adolescentes seguidos hasta la adultez encontró que el estado socioeconómico no solo contribuye a una mayor psicopatología sino a un menor acceso a la atención de estos problemas⁶⁷. Esto último también ha sido encontrado por el autor en otro estudio relacionado con la muestra de esta investigación⁶⁸, por lo tanto, se deben implementar estrategias para facilitar la identificación contextual de las personas que buscan atención. En este sentido, se han propuesto modelos diagnósticos integrativos para definir una atención centrada en la persona tomando en consideración su ambiente sociocultural y los factores contextuales^{69,70}. Esta aproximación involucraría, por ejemplo, la indagación directa de la situación económica de la persona pudiendo utilizarse la pregunta sobre percepción de cobertura de necesidades básicas con ingresos familiares como una primera aproximación. Asimismo, los establecimientos de salud deben estar atentos a las necesidades

de los usuarios en este sentido e integrar el soporte social efectivo en la atención de los problemas de salud mental. Lund sostiene que en general, la salud mental ha sido descuidada en las políticas de desarrollo debido a la falta de información y las inconsistencias y medidas imprecisas tanto de la pobreza como de la salud mental⁷¹. Consideramos que por tales motivos los resultados de este estudio pueden generar evidencia para la consideración de la salud mental en tales políticas.

Deben considerarse las siguientes limitaciones en el marco de este estudio, muchas de las cuales no son ajenas a investigaciones de esta naturaleza, como son: Primero, dado que se trata de una encuesta relacionada con la salud mental, no se puede descartar que exista falta de reportes de tipo sistemático, ya sea por no querer responder conscientemente o por temor a la estigmatización. Segundo, gran parte de la encuesta se apoya en la perspectiva del entrevistado y en su memoria para reportar sus experiencias pasadas, lo que podría dar lugar a sesgos. Tercero, la información sobre pobreza tomó en cuenta la percepción subjetiva de la cobertura de necesidades básicas con ingresos familiares por lo que no se puede descartar que dicha apreciación subjetiva no esté influenciada por otros factores, por ejemplo, la misma situación de salud; en este sentido cabe remarcar que la información se recababa del jefe del hogar o de la esposa del jefe del hogar, por lo que no necesariamente era obtenida del entrevistado. Cuarto, los diagnósticos psiquiátricos, si bien son congruentes con los hallazgos en otros países, han sido obtenidos a través de encuestas estructuradas y no han sido verificadas por psiquiatras, lo que podría generar un sobre o sub diagnóstico. En este sentido se puso énfasis en el adecuado entrenamiento de los encuestadores que en la mayoría de los casos eran psicólogos. En sexto lugar, la encuesta se realizó en residentes habituales de hogares, por lo tanto, las personas institucionalizadas por sus problemas de salud mental o sin vivienda fija no fueron incluidas en este estudio. Finalmente debemos recordar que se trata de un estudio transversal, por lo tanto, las asociaciones identificadas no discriminan causalidad.

La relación entre pobreza y salud mental es compleja, debido a que tanto la pobreza como la salud mental se relacionan cada una con múltiples factores que interactúan entre sí. Otros estudios

deben profundizar estas relaciones y examinar la participación de cada uno de estos factores en la salud mental y complementar con estudios de seguimiento que ofrezcan más información en las relaciones de causalidad.

Conclusiones

Se confirma una importante asociación entre indicadores de pobreza y los problemas de salud mental, en el sentido de que a mayor pobreza mayores problemas de salud mental. La pobreza contiene diversos elementos que ameritan estudios posteriores a profundidad para delimitar con mayor exactitud los elementos responsables de dicha asociación. Los resultados de este estudio deben extrapolarse con cautela a otras poblaciones debido a la diversidad sociocultural de nuestras poblaciones. El círculo vicioso entre la salud mental y los aspectos socioeconómicos convierte a la salud mental en agenda necesaria de países que buscan su desarrollo económico⁷². Es imprescindible continuar la exploración en escenarios distintos con la finalidad de identificar las variables que inciden, ya sea en la salud mental o en la pobreza, de tal forma que puedan estructurarse medidas correctivas más focalizadas, y la intervención o prevención sea más eficaz. Asimismo, estos estudios ayudarán a comprender mejor los múltiples factores asociados a la pobreza que tienen incidencia sobre la salud mental y viceversa. La relación entre la salud mental y la pobreza se da en un campo muy abarcativo, no solo en el área médica como son los trastornos mentales, sino también en el campo psicosocial. Este amplio nivel de contacto obliga a prestar más atención a los problemas de salud mental desde distintos sectores en las políticas sociales tanto del sector salud como en otros sectores como el económico y el de la protección social.

Recomendaciones

Nos permitimos señalar las siguientes recomendaciones:

1. Es importante que la Estrategia de Salud Mental contenga líneas de desarrollo específicos dedicados a las personas de menores recursos económicos en particular relativos a la depresión y los trastornos de ansiedad de tan alta prevalencia en este grupo poblacional. Esto debe involucrar a

la familia no solo debe incluir la cobertura y aseguramiento universal y la disponibilidad de medicamentos, sino que debe asegurar que dichas personas reciban la atención que esperan de los establecimientos⁷³. Se debe recordar que la mayoría de los trastornos psiquiátricos son de larga duración.

2. Es de suma importancia colocar la salud mental en la agenda política de los gobiernos, debido a su importante nexo con aspectos sociales
3. Asimismo, dados estos hallazgos, cualquier programa de lucha contra la pobreza debiera contener componentes relacionados a la salud mental.
4. En el campo clínico-terapéutico, debiera recomendarse una revisión de la pertinencia de los afrontes utilizados en los distintos niveles de atención y la inclusión de enfoques integrales centrados en la persona que incluyan la evaluación socioeconómica como rutina en todas las atenciones de salud.
5. Las investigaciones o ensayos clínicos en salud mental debieran contener componentes que evalúen aspectos socioeconómicos.

Referencias

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama Social de América Latina, 2014, (LC/G.2635-P), CEPAL: Santiago de Chile, 2014.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Evolución de la pobreza monetaria 2009-2014 - Informe Técnico - Abril 2015. Lima: INEI. 2015. Disponible en http://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/informetecnico_pobreza2014.pdf
3. Robichaud JB, Guay L., Colin C, Pothier M Les liens entre la pauvreté et la santé mentale: de l'exclusion à l'équité. Montreal: Gaëtan Morin Editeur, 1994: 93-98.
4. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. Salud Mental en el Mundo: Problemas y Prioridades en Poblaciones de Bajos Ingresos. Washington: OPS-OMS; 1997. p. 1-31.
5. Salganicoff A, Wyn R. Access to Care for Low-Income Women: The impact of Medicaid. Journal of Health care for the Poor and Underserved. 1999; 10(4): 453-467.
6. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012. Informe General. Anales de Salud Mental. 2013; XXIX: 1-392.
7. Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. Anales de Salud Mental. 2003; XIX: 1-216.
8. Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Informe General. Anales de Salud Mental. 2005; XXI: 1-213.
9. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras 2005. Informe General. Anales de Salud Mental. 2006; XXII.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Resumen Ejecutivo. En: Perú: Niveles de Vida y Pobreza. Encuesta Nacional de Hogares 1998. Lima: Dirección Técnica de Demografía y Estudios Sociales, Agosto 1999. p. 9-20.
11. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Panorama Social de América Latina, 2014, (LC/G.2635-P), CEPAL: Santiago de Chile, 2014. Obtenida de: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/37626-panorama-social-de-america-latina-2014>.
12. World Health Organization. International Classification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision (ICD-10). Geneva, 1992
13. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ta edición. Arlington VA: American Psychiatric Association, 2014.
14. Katon W, Von Korff M, Lin E, Lipscomb P, Russo J, Wagner E, Polk E: Distressed high utilizers of medical care. DSM-III-R diagnoses and treatment needs. Gen Hosp Psychiatry. 1990;12:355-62.
15. Kawachi I, Sparrow D, Vokonas PS, Weiss ST: Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease. The Normative Aging Study. Circulation. 1994; 90:2225-9.
16. Kawachi I, Colditz GA, Ascheiro A, Rimm EB, Giovannucci E, Stampfer MJ, Willett WC: Prospective study of phobic anxiety and risk of coronary heart disease in men. Circulation. 1994; 89:1992-7.
17. Perales A, Sogi C, Sánchez E, Salas RE. Salud Mental de una población urbano marginal de Lima, en Serie: Monografías de Investigación No 2. Lima: INSM Honorio Delgado- Hideyo Noguchi"; 1995.
18. Perales A, Sogi C, Salas RE. Salud Mental en Adolescentes del distrito de Magdalena, en Serie: Monografías de Investigación No.4. Lima: INSM "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", 1996.
19. Williams DR, Williams-Morris R. Racism and mental health: the African American experience. Ethn Health. 2000; 5:243-268
20. Organización Panamericana de La Salud. Salud de la Población: Conceptos y Estrategias para las políticas públicas saludables. Washington DC: OPS, 2000.
21. Breilh J. Epidemiología crítica, ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús, 2003.
22. Moya J. Las otras muertes: 20 años de violencia en los andes del Perú. Lima: IX Congreso Latinoamericano de Medicina Social (ALAMES), 2004. Ag 11-14.
23. Beiser M, Hou F, Imán I, Tousignant M. Poverty, family process, and the mental health of immigrant children in Canada. Am J Public Health. 2002; 92(2):220-7.
24. Das J, Do QT, Friedman J, McKenzie D, Scott K. Mental health and poverty in developing countries: Revisiting the relationship. Social Science & Medicine. 2007; 65: 467-480.
25. Kohn ML. Class, Family, and Schizophrenia: A Reformulation. Social Forces. 1972; 50 (3): 295-304.

26. Saraceno B, Levav I, Kohn R. The public mental health significance of research on socio-economic factors in schizophrenia and major depression. *World Psychiatry*. 2005; 4(3): 181-185.
27. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, Swartz L, Patel V. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*. 2010; 71:517-528.
28. OPS-CEPAL. Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. Cuaderno Técnico No 46. OPS; 1997. p. 45
29. Instituto Nacional de Salud Mental. Confiabilidad y validez de los Cuestionarios de los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental de Lima y de la Selva Peruana. *Anales de Salud Mental*. 2009; 25 (Supl 1):1-259.
30. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP, Sheehan D, Janavš J, Baker R, Sheehan KH, Knapp E, Sheehan M. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.0. 2001; documento proporcionado por el autor
31. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavš J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. 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 Suppl. 20: 22-33.
32. Lesieur HR, Blume SB. The south oaks gambling screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry*. 1987;144:1184-8.
33. De Oliveira MP, Araujo Silva MT, da Silveira DX. Validity Study of the South Oaks Gambling Screen (SOGS) among distinct groups of Brazilian gamblers *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(4):170-6.
34. De Oliveira MP, da Silveira DX, de Carvalho SV, Collakis ST, Bizeto J, Silva MT. Reliability, Validity and Classification Accuracy of the South Oaks Gambling Screen in a Brazilian Sample. *Journal of Gambling Studies*. 2009; 25 (4): 557.
35. Echeburúa E, Báez C, Fernández- Montalvo J, Páez D. Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS): Validación Española. *Análisis y Modificación de Conducta*. 1994; 20 (74): 769-791.
36. INEI. Manual de la Encuestadora de la Encuesta Nacional de Hogares 2000 IV trimestre Oct 2000.
37. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile. *Br J Psychiatry*. 2001; 178:228-233.
38. Goncalves DA, Mari J, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tofoli LF, Campos M, Portugal FB, Ballester D, Fortes S. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(3):623-632.
39. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51:8-19.
40. Nemeroff CB, Schatzberg AF. *Anxiety disorders. En Recognition and Treatment of Psychiatric Disorders*, Washington DC: American Psychiatric Press; 1999.
41. Kessler RC, Foster CL, Saunders WB, Stang PE. Social Consequences of Psychiatric Disorders, I: Educational Attainment. *Am J Psychiatry*. 1995; 152:1026-1032.
42. Rice DP, Miller LS. Health economics and cost implications of anxiety and other mental disorders in the United States. *Br J Psychiatry*. 1998, 173 (suppl. 34): 4-9.
43. Sturm R, Gresenz CR. Relation of income inequality and family income to chronic medical conditions and mental health disorders: national survey. *BMJ*. 2002; 324(7328):20-3.
44. Alegria M, McGuire T, Vera M, Canino G, Matias L, Calderon J. Changes in access to mental health care among the poor and non-poor: results from the health care reform in Puerto Rico. *Am J Public Health*. 2001;91: 1431-4.
45. Health Canada. *Salud de la población, conceptos y estrategias para políticas saludables: la perspectiva canadiense*. Washington DC: OPS; 2000, p.45-49.
46. Hanandita W, Tampubolon G. Does poverty reduce mental health? An instrumental variable analysis. *Social Science & Medicine*. 2014; 113: 59-67.
47. Patel V. Is Depression a Disease of Poverty?. *Regional Health Forum*. 2001; 5: 14-23. Available at: <http://www.mentalhealthanddevelopment.org/pteldprs.pdf> . Accessed November 1st, 2005
48. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2003; 81 (8): 609-615.
49. Lund C, De Silva M, Plagerson S, Cooper S, Chisholm D, Das J, Knapp M, Patel V. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2011; 378: 1502-14.
50. Sareen J, Afifi TO, McMillan KA, MS; Asmundson GJG. Relationship Between Household Income and Mental Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(4):419-42.
51. Bernardi S, Faraone SV, Cortese S, Kerridge BT, Pallanti S, Wang S, Blanco C. The lifetime impact of attention-deficit hyperactivity disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med*. 2012 April ; 42(4): 875-887. doi:10.1017/S003329171100153X
52. Park S, Cho MJ, Chang SM, Jeon HJ, Cho S-J, Kim B-S, Bae JN, Wang H-R, Ahn JH, Hon JP. Prevalence, correlates, and comorbidities of adult ADHD symptoms in Korea: Results of the Korean epidemiologic catchment area study. *Psychiatry Research*. 2011; 186: 378-383.
53. Burrows S, Auger N, Gamache P, St-Laurent D, Hamel D. Influence of social and material individual and area deprivation on suicide mortality among 2.7 million Canadians. *BMC Public Health [BMC Public Health]*. 2011; 11: 577-588.
54. Whitley E, Gunnell D, Dorling D, Smith GD. Ecological study of social fragmentation, poverty, and suicide. *BMJ (Clinical Research Ed.) [BMJ]*. 1999; 319 (7216): 1034-7.
55. World Health Organization. *Preventing suicide: a global imperative*. Luxembourg: WHO, 2014.
56. Minobe K, Perales A, Sogi C, Warthon D, Llanos R, Sato T. Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia. *Anales de Salud Mental*. 1990; VI: 9-20.
57. Prediger S, Vollan B, Herrmann B. Resource scarcity and antisocial behavior. *Journal of Public Economics*. 2014; 119: 1-9.
58. Curto BM, Paula CS, Do Nascimento R, Murray J, Bordin IA. Environmental factors associated with adolescent antisocial behavior in a poor urban community in Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2011; 46: 1221-31.

59. Riumallo-Herl CJ, Kawachi I, Avendano M. Social capital, mental health and biomarkers in Chile: Assessing the effects of social capital in a middle-income country. *Social Science & Medicine*. 2014; 105:47-58.
60. Thoits PA. Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*. 2011; 52(2) 145-161.
61. Caron J, Latimer E, Tousignant M. Predictors of Psychological Distress in Low-income Populations of Montreal. *Can J Public Health*. 2007; 98 Suppl 1:S35-44.
62. Schulz AJ, Israel BA, Zenk SN, Parker EA, Lichtenstein R, Shellman-Weira S, Klem ABL. Psychosocial stress and social support as mediators of relationships between income, length of residence and depressive symptoms among African American women on Detroit's eastside. *Social Science & Medicine*. 2006; 62:510-522.
63. Pascoe EA, Richman LS. Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*. 2009; 135(4): 531-554.
64. US Department of Health and Human Services. Mental health: Culture, race and ethnicity—A supplement to mental health: A report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Administration, Center for Mental Health Services, 2001.
65. Krieger N, Kosheleva A, Waterman PD, Chen JT, Koenen K. Racial Discrimination, Psychological Distress, and Self-Rated Health Among US-Born and Foreign-Born Black Americans. *Am J Public Health*. 2011; 101: 1704-1713.
66. Simons AM, Groffen DA, Bosma H. Income-related health inequalities: does perceived discrimination matter? *Int J Public Health*. 2013; 58(4):513-520.
67. Wadsworth ME, Achenbach TM. Explaining the Link Between Low Socioeconomic Status and Psychopathology: Testing Two Mechanisms of the Social Causation Hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2005; 73(6): 1146 -1153.
68. Saavedra JE. Utilización de servicios de salud mental en Lima Metropolitana y Callao. Informe final INSM. Manuscrito no publicado.
69. Mezzich JE, Snaedal J, van Weel C, Heath I. The International Network for Person-centered Medicine: Background and First Steps. *World Medical Journal*. 2009; 55: 104-107.
70. Mezzich JE, Salloum IM, Cloninger CR, Salvador-Carulla L, Kirmayer L, Banzato CE, Wallcraft J, & Botbol M. Person-centered Integrative Diagnosis: Conceptual Bases and Structural Model. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2010; 55: 701-708.
71. Crick Lund. Poverty and mental health: Towards a research agenda for low and middle-income countries. Commentary on Tampubolon and Hanandita (2014). *Social Science & Medicine*. 2014; 111:134-136.
72. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. *Salud Mental en el Mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington DC: OPS-OMS, 1997, pp 1-31.
73. Salganicoff A, Wy R. Access to care for low-income women: The impact of Medicaid. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 1999; 10 (4): 453-467.