

POBREZA Y SALUD MENTAL EN CIUDADES DE LA SIERRA DEL PERÚ: AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ

POVERTY AND MENTAL HEALTH IN CITIES OF THE MOUNTAINS OF PERÚ: AYACUCHO, CAJAMARCA AND HUARAZ

Javier E. Saavedra¹

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La pobreza y la salud han mostrado una relación muy estrecha, y en un círculo vicioso y perverso, la pobreza genera más problemas de salud y estos a su vez más pobreza. Esta relación ha sido demostrada en la mayoría de las regiones del país, sin embargo, esta asociación no es tan clara en la región de la sierra.

OBJETIVO: Determinar la relación y magnitud existente entre la pobreza y la salud mental negativa y positiva, en la población adulta de las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el año 2017.

METODOLOGÍA: Se utilizó la base de datos de adultos de 18 años o más del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz Replicación 2017 (EESMSPR-2017), una encuesta poblacional probabilística cara a cara, trietápica, representativa de las ciudades referidas. La muestra final del adulto fue de 3893 personas.

INSTRUMENTOS: elMINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión en Español CIE-10; preguntas sobre indicadores suicidas, conductas violentas y tendencia psicopáticas del Cuestionario de Salud Mental de Colombia; el Índice de Calidad de Vida de Mezzich; la Escala de Discapacidad basada en el WHO DAS-S (Short versión) y el IGDA; la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener; y una ficha de Datos demográficos e indicadores de pobreza combinando el método de las necesidades básicas insatisfechas (NBIs) y la percepción de la cobertura de necesidades básicas con los ingresos familiares. Se utilizaron análisis de frecuencias y análisis de regresión multinomial y el modelo general lineal para estimar la asociación utilizando estadísticos para muestras complejas del SPSS.

RESULTADOS: La pobreza se asoció significativamente con la edad, el estado civil, nivel de instrucción y situación laboral. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre pobreza y trastornos mentales, ni con indicadores suicidas ni tendencias psicopáticas. Se halló una mayor frecuencia de abuso físico entre las mujeres en situación de pobreza y mayor frecuencia de peleas a golpes entre los varones de hogares socialmente integrados. Se encontró una asociación significativa inversa entre pobreza y calidad de vida en las mujeres y con la satisfacción con la vida en mujeres y hombres.

CONCLUSIONES: Se remarca la importancia de ampliar el estudio de la relación de la pobreza y la salud mental en estas regiones con aspectos más relacionados con el bienestar y la salud positiva.

SUMMARY

INTRODUCTION: Poverty and health have shown a very close relationship, and in a vicious and perverse circle, poverty generates more health problems and these in turn more poverty. This relationship has been demonstrated in most regions of the country, however, this association is not so clear in the Sierra region.

OBJECTIVE: To determine the relationship and magnitude between poverty and negative and positive mental health, in the adult population of the cities of Ayacucho, Cajamarca and Huaraz in 2017.

METHODOLOGY: The database of adults aged 18 years or older of the Epidemiological Study of Mental Health in the cities of Ayacucho, Cajamarca and Huaraz Replication 2017 (EESMSPR-2017) was used, a probabilistic population survey face to face, trietapic, representative of these cities. The final adult sample was 3893 people.

INSTRUMENTS: The MINI: International Neuropsychiatric Interview Spanish Version ICD-10; questions on suicidal indicators, violent behaviors and psychopathic tendencies of the Mental Health Questionnaire of Colombia; the Mezzich Quality of Life Index; the Disability Scale based on the WHO DAS-S (Short version) and the IGDA; the Diener's Satisfaction with Life Scale; and a demographic data sheet and poverty indicators combining the method of unmet basic needs (NBIs) and the perception of coverage of basic needs with family income. Frequency analysis and multinomial regression analysis and the general linear model were used to estimate the association using statistics for complex SPSS samples.

RESULTS: Poverty was significantly associated with age, marital status, level of education and employment status. No statistically significant associations were found between poverty and mental disorders, neither with suicidal indicators nor psychopathic tendencies. A higher frequency of physical abuse was found among women in poverty and a higher frequency of fights among men from socially integrated households. A significant inverse association was found between poverty and quality of life in women and with life satisfaction in women and men.

CONCLUSIONS: The importance of expanding the study of the relationship between poverty and mental health in these regions with aspects more related to well-being and positive health is

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

Por lo tanto, el enfoque de intervención en las políticas sociales en la lucha contra la pobreza debería contener componentes más focalizados en la promoción de la salud mental en estas regiones.

highlighted. Therefore, the intervention approach in social policies in the fight against poverty should contain components more focused on the promotion of mental health in these regions.

A pesar de la disminución de la pobreza en Latinoamérica en la última década, este retroceso se ha estancado en los últimos años y persiste mucha desigualdad en la mayoría de las regiones ⁽¹⁾. En el Perú, la pobreza ha demostrado una reducción en la última década, con un estancamiento en los últimos tres años y un incremento de la pobreza extrema en el último año ⁽²⁾. En el Perú, la incidencia de pobreza total y la pobreza extrema siguen siendo más altas en la sierra en comparación con la costa y la selva, encontrándose Cajamarca entre las regiones más pobres del país al igual que Ayacucho ⁽²⁾. A la par de la pobreza van los indicadores de salud, los cuales incluso se utilizan como indicadores de pobreza, como la tasa de mortalidad infantil, la morbilidad y la desnutrición. La pobreza y la salud han mostrado una relación muy estrecha, y en un círculo vicioso y perverso, la pobreza genera más problemas de salud y los problemas de salud generan más pobreza ⁽³⁾. En este sentido, se observan peores indicadores en la selva y la sierra con relación al resto del país, respecto a la mortalidad infantil y en la niñez ⁽⁴⁾, y en el caso de la desnutrición crónica, Cajamarca es el segundo departamento con la prevalencia más alta de desnutrición con 26,0 % del país, Ayacucho y Ancash ocupan el lugar 10 y 11 respectivamente ⁽⁵⁾. La pobreza genera desigualdad en el acceso a los servicios de salud, así como a la inadecuada nutrición y educación lo que a su vez redundará en menores oportunidades de alcanzar una buena salud ⁽⁶⁾.

Esta misma relación se observa con mayor énfasis entre la pobreza y la salud mental. La situación de pobreza genera una serie de perturbaciones contextuales que incrementan el estrés, la ansiedad y la depresión, alterando la dinámica familiar e influyendo en el funcionamiento de la persona, lo que a su vez repercute en el rendimiento laboral y por ende económico ⁽⁷⁾. Esta relación ha sido enfatizada por la Organización Mundial de la Salud en un informe especial sobre la salud mental como problema prioritario de salud para todos los estados ⁽⁸⁾. El acercamiento de la pobreza al

concepto del bienestar crea una nueva perspectiva sobre la cual aparecen nuevos argumentos que la vinculan también con la salud mental y bajo esta perspectiva la pobreza afecta no solo la salud física de las personas sino también su bienestar emocional ⁽⁷⁾. La salud mental en su concepto más amplio incumbe, por un lado, a las dimensiones psicológicas y sociales comprendidas en la definición de salud, que en Latinoamérica concierne al subdesarrollo y la pobreza como uno de sus principales determinantes, y que se relaciona con aspectos del bienestar; y por otro lado, involucra a los trastornos mentales como parte del grupo de enfermedades médicas relacionadas al ámbito clínico ⁽⁹⁾. En ambos casos se ha encontrado relación inversa entre pobreza y la salud mental.

Por el lado de la salud mental, en el campo del bienestar psicológico y social, estudios previos realizados por el autor y colaboradores, en ciudades de la costa peruana, han encontrado una relación entre la pobreza y aspectos de salud mental positiva, como a una menor calidad de vida menos satisfacción personal, menor prevalencia de sentimientos de alegría y una mayor percepción de estresores con relación al trabajo, los hijos y salud, y una menor integración familiar ⁽¹⁰⁾. Otros estudios internacionales han demostrado una relación inversa entre los ingresos y mediciones de calidad de vida relacionados con el estado de salud ⁽¹¹⁾.

Por otro lado, los trastornos mentales, sociales y del comportamiento por su alta prevalencia e impacto en el funcionamiento general de la persona, representa una de las principales cargas de morbilidad en el Perú y en el mundo ^(12,13); además que se ha asociado con un exceso sustancial de riesgo de mortalidad por todas las causas e interacciona con otras condiciones de salud ⁽¹⁴⁾. Estos trastornos pueden ser muy incapacitantes e impedir el desempeño adecuado en el funcionamiento familiar y en el rendimiento laboral, disminuyendo el nivel socioeconómico, incrementando los estresores psicosociales y esto a su vez incrementando los estados de ansiedad y depresión y creando un círculo vicioso, entre

la salud mental y la pobreza ⁽¹⁵⁾. Los estudios en otros lugares del mundo han demostrado una asociación entre la pobreza y la presencia de trastornos mentales ⁽¹⁶⁾. Un estudio en Chile encontró una mayor prevalencia de trastornos mentales en personas con nivel socioeconómico bajo ⁽¹⁷⁾.

En el Perú, los estudios epidemiológicos realizados por el INSM han demostrado una asociación importante entre pobreza y trastornos mentales en ciudades de la costa ^(18,19) y de la selva ⁽²⁰⁾. Sin embargo, esta asociación no ha podido comprobarse inequívocamente en ciudades de la sierra ⁽²¹⁾, a pesar de que en estas regiones la pobreza es más alta y con condiciones sociales más adversas. El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en regiones de la sierra, realizado en año 2017 (EESMSP-2017), exploró la relación entre pobreza y trastornos mentales utilizando dos tipos de mediciones, una forma subjetiva, con relación a la percepción de la capacidad de cobertura de necesidades básicas con los ingresos familiares, y otra objetiva o directa, mediante la identificación de necesidades básicas insatisfechas (NBIs) principalmente basándose en las características de la vivienda ⁽²²⁾. Con respecto a la medición subjetiva, este estudio encontró una relación entre pobreza y la presencia de cualquier trastorno mental en la ciudad de Cajamarca, más no en las ciudades de Ayacucho y Huaraz; y en función a la medición objetiva, se encontraron diferencias significativas entre no pobre y pobre, solo en la ciudad de Huaraz. En este sentido, a pesar de que se ha mencionado que ambientes con condiciones socioeconómicas más desfavorables son más propicios para incrementar los problemas de salud mental ⁽²³⁾, esta relación no es tan clara para los trastornos mentales en la región de sierra. No existe una explicación para ello, aunque en el sentido contrario se ha encontrado que el desarrollo no necesariamente se acompaña de una mejoría de la salud mental ⁽²⁴⁾.

Ambas mediciones de pobreza, utilizadas en el EESMSP-2017, pueden generar clasificaciones no necesariamente compatibles, teniendo ventajas y desventajas ⁽²⁵⁾. La medición subjetiva utilizada es más sensible a los cambios recientes en la situación de pobreza, pero se basa en percepciones, y una persona podría satisfacer sus necesidades básicas, pero tener condiciones de vivienda inadecuadas. Mientras que la medición objetiva se basa en características verificables

y es más sensible a condiciones crónicas de pobreza, pero una persona podría tener una vivienda adecuada, pero carecer de recursos económico, por una pérdida de empleo reciente, por ejemplo. Por ello, en el presente estudio se utilizó un método integrado que combina ambas mediciones, para lograr un mayor alcance en la medición, siguiendo las sugerencias de Feres ⁽²⁵⁾, y según fue utilizado en un estudio previo por el autor ⁽²⁶⁾.

Es necesario ampliar la exploración, en la sierra, de la relación entre pobreza y salud mental a otros aspectos, como características clínicas de severidad de los trastornos psiquiátricos y otras perspectivas de la salud mental no necesariamente psiquiátricas y que se vinculan más con la salud positiva, los cuales podrían ser más sensibles a las condiciones socioculturales de estas regiones, como la calidad de vida o aspectos relacionados al bienestar. Asimismo, se pretende introducir un enfoque de género en los análisis.

Objetivos generales

Determinar la relación y magnitud existente entre la presencia de pobreza, según el método integrado, y la salud mental en la población adulta de las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el año 2017.

Objetivos específicos

- 1) Estimar la relación entre pobreza, según el método integrado, y características sociodemográficas.
- 2) Cuantificar la asociación entre pobreza, según el método integrado, y los principales trastornos mentales, según sexo.
- 3) Estimar la relación entre pobreza, según el método integrado, y características clínicas de los trastornos mentales, según severidad, comorbilidad, duración del último episodio y discapacidad.
- 4) Estimar la relación entre pobreza, según el método integrado, e indicadores suicidas, según sexo.
- 5) Identificar la relación entre pobreza e indicadores de salud mental positiva como calidad de vida y satisfacción con la vida, según sexo.

Metodología

El presente estudio es de tipo transversal, analítico; utilizó la base de datos de adultos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en las ciudades de la sierra de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, encuesta poblacional realizada en el año 2017.

Población de estudio

La población referida al estudio epidemiológico original incluyó a personas de 12 años o más, residentes de viviendas particulares de las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz. Este estudio incluyó 4 unidades de análisis: un adulto, un adulto mayor, una adolescente y la mujer unida, jefa del hogar o esposa del jefe del hogar. Fue una encuesta cara a cara realizada por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" (INSM) entre julio y diciembre del 2017, y proporcionó estimaciones poblacionales de trastornos mentales y otros indicadores de salud mental en las ciudades referidas.

Marco muestral

El marco de muestreo de la encuesta se basó en la información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) sobre la base del Pre-Censo del 2007, actualizado en el 2014.

Diseño muestral

El muestreo fue probabilístico, multietápico y estuvo diseñado para dar resultados representativos en forma independiente de las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz. La muestra fue seleccionada a través de un procedimiento probabilístico de tres etapas: (1) segmentos de conglomerados de viviendas, (2) las viviendas de cada conglomerado, y (3) las personas que satisfacen los criterios de inclusión. Cada ciudad constituyó un estrato y un nivel de inferencia. La muestra fue ponderada para reproducir la estructura demográfica de la población de estudio.

Tamaño, tipo y selección de la muestra

Las personas incluidas en la muestra fueron los residentes de los hogares que vivían permanente o regularmente en las casas

particulares. Colectivos de viviendas tales como hospitales, hoteles, cuarteles del ejército, conventos, etc. fueron excluidos del estudio. El estudio incluyó la selección de cuatro unidades de análisis en cada hogar: un adolescente de entre 12 y 17 años; un adulto de 18 años o más (utilizada para este estudio); un adulto mayor de 60 años o más; y una mujer casada o conviviente, jefa de la familia o unida al jefe de la familia. La tabla Kish se utilizó para seleccionar cada una de las unidades de análisis, excepto la mujer casada o conviviente. El nivel de participación fue el 87,7% de los adultos, 93,8% de los adolescentes, el 90 % de los adultos mayores y 92,2 % para la mujer casada o conviviente. La muestra final de adultos consistió en 3893 encuestados que es la muestra utilizada en este estudio. Más información sobre procedimientos de la encuesta se puede encontrar el reporte general del estudio ⁽²²⁾. En el presente estudio se utilizó la base de datos de la unidad de análisis del adulto.

Criterios de inclusión

Para el caso de los adultos, se seleccionaron las personas adultas de 18 o más años, de ambos sexos, residentes habituales de las ciudades que voluntariamente accedieron a responder la encuesta.

Criterios de exclusión

Personas con problemas para la comunicación, problemas médicos importantes que afecten la disposición a contestar la encuesta.

Procedimientos

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 que harían las entrevistas. El sistema de monitoreo consistió en supervisiones de vivienda al azar, análisis cuantitativos y cualitativos que sirvieron para asegurar la calidad de la data como redigitaciones. La muestra utilizada fue

anonimizada. Se procedió a verificar errores en la base de datos de cada variable para evaluar sobre datos extremos y buscar consistencia con la publicación original. Se verificaron los datos válidos y perdidos de cada variable.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados en el presente estudio han sido validados en estudios previos realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental en diversas regiones del país, a través de grupos focales o pruebas de campo, indagándose sobre el entendimiento de cada una de las preguntas. Análisis psicométricos de los instrumentos utilizados por el INSM pueden ser encontrados en otra parte ⁽²⁷⁾. Para las preguntas sensibles o susceptibles a la deseabilidad social ⁽²⁸⁾, como el caso de conductas suicidas, se utilizaron tarjetas.

- **MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión en Español CIE-10⁽²⁹⁾.**- modificado. Elaborado por Sheehan y colaboradores, ha mostrado adecuada concordancia con instrumentos de evaluación psiquiátrica como el Composite International Diagnostic Interview (CIDI), pero tiene la ventaja de ser más corto y requiere menor entrenamiento ⁽³⁰⁾. El instrumento fue adaptado y validado lingüísticamente para obtener prevalencias de tipo puntual, anual y de vida por expertos del INSM, a través de pruebas de campo y focus groups en los estudios iniciales del INSM ^(20,21,31).
- **Cuestionario de Salud Mental de Colombia Modificado.**- Ha sido adaptado en nuestro medio por Perales ⁽³²⁾ y colaboradores y modificado por expertos del INSM. Para la presente investigación se consideraron sólo determinados temas o aspectos: preguntas sobre tendencias psicopáticas (preguntas dicotómicas sobre haber adquirido al menos ocasionalmente objetos de muy dudosa procedencia o robados, a haber participado en un robo alguna vez, mentir mucho, frecuentemente o muy frecuentemente o a haber ganado dinero al menos ocasionalmente vendiendo cosas de dudosa procedencia o robadas); permisividad frente a la psicopatía (se refiere a que, si el entrevistado ve a una persona robando en una tienda o puesto de mercado, no le importa y no hace nada, o considerar que

ante determinadas circunstancias o situaciones difíciles es permitido robar); y tendencia hacia la violencia (preguntas dicotómicas sobre si, después de los 18 años, le ha pegado a un niño menor y le ha dejado moretones, o desde los 18 años ha participado en más de una pelea que haya acabado en golpes o ha usado piedras, palos, cuchillos o armas de fuego en una pelea) y preguntas sobre indicadores suicidas (Deseos de morir, pensamientos de quitarse la vida, planeamiento de quitarse la vida, e intento de quitarse la vida).

- **Índice de Calidad de Vida de Mezzich ⁽³³⁾.**- Es una escala numérica con puntaje de 1 a 10, de 10 ítems para evaluar dimensiones relacionadas a la calidad de vida. Ha mostrado una adecuada confiabilidad y validez en muestras peruanas y en estudios anteriores del INSM (α de Cronbach, 0.807) ^(34, 35). Las dimensiones son: bienestar físico, bienestar psicológico o emocional, autocuidado y funcionamiento, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo social – emocional, apoyo comunitario y de servicios, plenitud personal, satisfacción espiritual y calidad de vida global.
- **Escala de Discapacidad basada en las guías del WHO DAS-S ⁽³⁶⁾ y el IGDA ⁽³⁷⁾.**- Es una escala de Likert que evalúa 5 dimensiones relacionadas con nivel de funcionamiento en 5 áreas: cuidado personas, familiar, laboral o académico social y se agregó un quinto aspecto, el organizacional. La pregunta se formuló de la siguiente manera: ¿Tiene dificultades o limitaciones para...mantener regularmente el aseo de su cuerpo, su aliño o arreglo personal?, ... desempeñar eficientemente (o bien) sus ocupaciones (estudios, trabajos, o casa)?, ... asumir y desempeñar satisfactoriamente (o bien) sus funciones como madre, padre, esposo(a) o hijo(a)?, ... relacionarse con sus familiares, amigos, vecinos y personas en general?, ... planificar, organizar y ejecutar sus actividades diarias?. Con respuesta politómica: Ninguna, leve, moderad, severa o absoluta. La consistencia interna para estas preguntas fue de 0,901 en los estudios del INSM ⁽²⁷⁾.
- **Escala de Satisfacción con la vida de Diener.**- fue elaborada en 1985 por Diener y colaboradores ⁽³⁸⁾, adaptada a nuestro medio por Ly ⁽³⁹⁾. Consta de 5 ítems utilizando 5

categorías (totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo). Como puntaje neutral se ha considerado 15, por lo tanto, un puntaje de 16 a 20 se considera como satisfecho; de 14 a 10, insatisfecho, 21 a 25 muy satisfecho y 5 a 9 muy insatisfecho. Fue elaborada en 1985 por Diener y colaboradores⁽³⁸⁾, adaptada a nuestro medio por Ly⁽³⁹⁾. Consta de 5 ítems utilizando 5 categorías (totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo). Como puntaje neutral se ha considerado 15, por lo tanto, un puntaje de 16 a 20 se considera como satisfecho; de 14 a 10, insatisfecho, 21 a 25 muy satisfecho y 5 a 9 muy insatisfecho.

- **Ficha de datos demográficos.**- Se incluyeron preguntas de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2000⁽⁴⁰⁾ sobre edad, sexo, estado civil, nivel educativo, situación laboral, área de residencia y sistema de salud adscrito, además de variables para el cálculo de la pobreza. Si incluyen dos indicadores

de pobreza. La primera se refiere a las necesidades básicas insatisfechas (NBIs)⁽²⁵⁾, en el que el pobre se define por la presencia de al menos 1 NBI, el pobre extremo por al menos 2 NBIs y el no pobre con ninguna NBI. La segunda medición de pobreza se basa en la percepción de la cobertura de necesidades básicas con los ingresos familiares en base la pregunta: "Diría usted que generalmente en su hogar, los ingresos familiares: 1-No cubren ni las necesidades básicas de alimentación (Familias pobres extremas), 2-Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, pero no otras (Familias pobres), 3-Cubren las necesidades básicas de alimentación, vestido, vivienda, educación y movilidad, pero no otras (No pobres básicas), 4-Cubren las necesidades básicas y también otras como pasatiempos, distracción, etc. (No pobres). A través de estas dos mediciones se creará el método integrado que considera las siguientes categorías: 1) Hogares totalmente integrados; 2) Hogares suficientemente integrados; 3) Pobreza estructural o reciente y 4) Pobreza extrema o Crónica⁽²⁶⁾ (Grafico 1).

GRAFICO 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 NBIs	2 O MÁS NBIs (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 NBIs (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 que emplea base de datos secundarios. La base 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.

Análisis y Procesamiento de los datos

La muestra fue ponderada para restablecer la distribución poblacional. Se realizaron análisis bivariados relacionando los niveles de pobreza según el método integrado y las distintas variables sociodemográficas con las pruebas chi2 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. Este mismo estadístico fue utilizado para los análisis multivariados con variables de salud mental de tipo categórica como variables dependientes y la variable de pobreza como independiente, y las demás variables sociodemográficas se utilizaron como control. Se incluyeron análisis de regresión logística multinomial bivariada para estimar OR y multivariada para estimar el OR ajustado por sexo, estado civil, nivel de instrucción y pobreza para estimar la relación por separado entre los niveles de pobreza y variables sociodemográficas, trastornos mentales y discapacidad.

Para relacionar las variables de salud mental de tipo numérico (calidad de vida, satisfacción con la vida) con los niveles de salud mental se utilizó

el modelo lineal general de muestras complejas, con las variables de salud mental como variables dependientes y los niveles de pobreza como variable independiente para realizar el análisis de varianza y estimar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de pobreza en forma bivariada y multivariada, controlando con variables sociodemográficas.

Resultados

Descripción de la muestra

Un total de 3893 adultos fueron entrevistados. La muestra ponderada fue distribuida en 47,4% varones y 52,6 % mujeres. La edad promedio fue de 40,3 años (95 % IC, 39,6-41,0). La mayoría de las personas encuestadas eran casadas o convivientes (58,3 %) y tenían instrucción secundaria el 29,1 % (IC 95 % 27,3-31,1) y 36,5 % (IC 95 % 34,0-39,1) tenía instrucción superior universitaria; con una tasa de analfabetismo de 7,1% (IC 95 %, 6,1-8,3); 60,7 % (95 % IC, 58,6-62,7) de la muestra habían tenido un trabajo remunerado la semana anterior (Tabla 1). Un 23,0 % de la población se encontraba en situación de pobreza según NBIs, y 22,5 % según la percepción de cobertura de las necesidades con los ingresos familiares (Tabla 1). Sin embargo, según el método combinado el nivel de pobreza alcanzó el 37,0 %.

TABLA 1.
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN TOTAL EN LA CIUDADES DE LA SIERRA (N=3,893)

	POBREZA SEGÚN MÉTODO INTEGRADO (%)*				PROMEDIO TOTAL (95% IC)	ESTADÍSTICOS	
	A	B	C	D		F	P
EDAD PROMEDIO PONDERADA (ERROR STANDARD)	41,2	40,1	39,2	42,4	40,3 (ES 0,37) (39,6-41,0)	2,609 (GL1 =3; GL2= 415)	0,051
GASTOS FAMILIARES MENSUALES EN NUEVOS SOLES (IC AL 95%)	1305 (1191-1418)	1041 (979-1104)	812 (760-865)	608 (547-669)	1000 (ES 20,5) (960-1040)	51,289 (GL1=3; GL2=820)	<0,00001
GRUPOS DE EDAD					TOTAL % (95% IC)		
18 A 24 AÑOS	18,5	21,1	22,6	22,7	21,1 (19,6-22,7)		
25 A 44 AÑOS	42,4	41,8	43,9	37,8	42,2 (40,2-44,1)	2,526 (GL1=8,803; GL2=7236)	0,00736
45 A 64 AÑOS	28,0	28,2	23,8	22,7	26,4 (24,6-28,3)		
65 +	11,2	8,8	9,7	16,8	10,3 (9,2-11,5)		
SEXO							
MUJER	49,9	52,8	53,2	56,8	52,6 (50,8-54,5) 57,3 (NO PONDERADO)	0,774 (GL1=2,866; GL2=2356)	0,502
VARÓN	50,1	47,2	46,8	43,1	47,4 (45,5-49,2) 42,7 (NO PONDERADO)		

	POBREZA SEGÚN MÉTODO INTEGRADO (%)*					ESTADÍSTICOS	
	A	B	C	D	PROMEDIO TOTAL (95% IC)	F	P
NIVEL EDUCATIVO							
ANALFABETISMO	2,5	4,7	9,4	22,4	7,1 (6,2-8,2)	39,285 (GL1=2,925; GL2=2404)	<0,00001
NINGUNA A PRIMARIA	9,1	16,4	25,7	42,8	15,2 (13,9-16,5)		
SECUNDARIA	22,3	29,6	31,9	34,6	44,8 (42,8-46,8)		
SUPERIOR TÉCNICA	15,5	15,4	15,0	14,5	20,0 (18,5-21,5)	36,652 (GL1=8,618; GL2=5981)	<0,00001
SUPERIOR UNIVERSITARIA (INCL. POSTGRADO)	53,2	38,6	27,4	36,5	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)	62,7	61,7	61,5	47,6	60,6 (58,7-62,5)	6,487 (GL1=2,964; GL2=2436)	0,00024
DESEMPLEO	1,6	2,1	2,0	2,3	2,0 (1,5-2,6)	0,174 (GL1=2,938; GL2=2415)	0,91080
CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO							
TIENE SEGURO DE SALUD	71,0	72,5	70,4	74,2	71,7 (69,9-73,4)	0,595 (GL1=2,974; GL2=2444)	0,6168

IC= Intervalo de Confianza; ES= Error Standard

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

TABLA 2.
INDICADORES ECONÓMICOS DE TODA LA POBLACIÓN EN CIUDADES DE LA SIERRA (AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ) (N=3893)

	% (95% IC)
INGRESOS MENSUALES (NUEVOS SOLES) SOLO LOS QUE TRABAJEN	
< DE S/. 930	49,9 (47,3-52,5)
S/. 930 A S/. 1.860	31,2 (29,2-33,3)
S/. 1.861 A S/. 2.790	9,9 (8,5-11,4)
> DE S/. 2.790	9,0 (7,7-10,6)
NIVEL DE POBREZA SEGÚN NBIs	
DOS O MÁS NBIs (POBRES EXTREMOS)	3,4 (2,6-4,4)
UNA NBI (POBRES)	19,6 (17,7-21,7)
NINGUNA NBI (NO POBRES)	77,0 (74,6-79,2)
NIVEL DE POBREZA SEGÚN AUTO PERCEPCIÓN DE COBERTURA DE NECESIDADES BÁSICAS CON INGRESOS FAMILIARES	
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN (POBRES EXTREMOS)	1,2 (0,8-1,8)
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN (POBRES)	21,3 (19,1-23,6)
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS PERO NO OTRAS (NO POBRES)	53,1 (50,6-55,6)
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS NECESIDADES (NO POBRES)	24,4 (22,0-27,0)

NIVEL DE POBREZA SEGÚN MÉTODO COMBINADO*

HOGARES INTEGRADOS TOTALMENTE	21,4 (19,1-24,0)
HOGARES INTEGRADOS SUFICIENTES	41,6 (39,2-44,0)
POBREZA ESTRUCTURAL O RECIENTE	27,9 (25,8-30,0)
POBREZA EXTREMA O CRÓNICA	9,1 (7,8-10,6)

IC= Intervalo de confianza

Factores sociodemográficos y pobreza

Los análisis bivariados mostraron una asociación estadísticamente significativa entre la situación de pobreza y la mayoría de los factores sociodemográficos (edad, estado civil, nivel de instrucción, analfabetismo y situación laboral la última semana) con excepción de sexo y afiliación a un seguro de salud (tabla 1). Entre las personas en pobreza extrema o crónica hay una mayor proporción de personas adultas mayores. Asimismo, entre las personas en situación de pobreza extrema o crónica se halló una mayor proporción de analfabetismo y menor nivel educativo, así como una mayor proporción de convivientes, una proporción menor de solteros y de personas que trabajaron la semana anterior.

Problemas de salud mental y pobreza

Con respecto a la relación entre situación de pobreza y trastornos mentales (trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, dependencia /uso perjudicial de cualquier sustancia), no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de variables, y aquellos en los que se encontraron diferencias

significativas en los análisis bivariados (tabla 3), como en la presencia actual de trastornos depresivos, estas diferencias dejaron de ser estadísticamente significativas en los análisis multivariados al controlarse con las demás variables sociodemográficas (tabla 4). El análisis por sexo tampoco evidenció diferencias estadísticamente significativas.

TABLA 3.
PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN GENERAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE CIUDADES DE LA SIERRA (AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ) SEGÚN NIVEL DE POBREZA Y RAZÓN DE PREVALENCIA ENTRE POBRES Y NO POBRES

PREVALENCIAS (POB.GRAL) (ES) (IC95%)	TOTAL	POBREZA SEGÚN MÉTODO COMBINADO (%) (ES) IC95%*				TEST DE INDEPENDENCIA (ANÁLISIS BIVARIADOS)			
		N	A	B	C	D	FCORR	DF1	DF2
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS									
CUALQUIER TRASTORNO VIDA (37,6%) (ES 1,0) (35,6-39,6)	1497	37,6 (ES 2,3) (33,2-42,2)	36,9 (ES 1,5) (34,0-39,9)	38,2 (ES 1,9) (34,6-41,9)	38,8 (ES 3,0) (33,0-44,9)	0,600	2,975	2445	0,613
MASCULINO 36,1 (ES 1,6) (33,1-39,3)	576	37,8 (ES 3,6) (31,0-45,0)	35,2 (ES 2,4) (30,6-40,1)	35,7 (ES 2,9) (30,3-41,4)	37,5 (ES 5,0) (28,3-47,7)	0,166	2,967	1201	0,918
FEMENINO 38,9 (ES 1,4) (36,3-41,6)	921	37,4 (ES 2,8) (32,1-43,1)	38,4 (ES 1,8) (34,9-42,1)	40,4 (ES 2,4) (35,8-45,1)	39,7 (ES 3,8) (32,6-47,3)	0,299	2,950	1230	0,822
CUALQUIER TRASTORNO ANUAL (12,5%) (ES 0,7) (11,2-13,8)	475	13,3 (ES 1,6) (10,4-16,8)	11,3 (ES 1,0) (9,5-13,3)	12,9 (ES 1,2) (10,7-15,5)	14,7 (ES 2,2) (10,8-19,7)	0,952	2,966	2438	0,414
MASCULINO 12,5 (ES 1,6) (33,1-39,3)	194	13,9 (ES 2,5) (9,7-19,7)	11,2 (ES 1,5) (8,6-14,4)	11,6 (ES 1,7) (8,6-15,5)	17,8 (ES 3,9) (11,4-26,7)	1,235	2,942	1192	0,296
FEMENINO 38,9 (ES 1,4) (36,3-41,6)	281	12,6 (ES 1,9) (9,3-16,9)	11,4 (ES 1,2) (9,2-14,1)	14,0 (ES 1,7) (11,0-17,7)	12,4 (ES 2,6) (8,2-18,4)	0,556	2,936	1224	0,641
CUALQUIER TRASTORNO ACTUAL (7,7%) (ES 0,5) (6,7-8,9)	292	7,8 (ES 1,4) (5,5-10,9)	6,9 (ES 0,8) (5,5-8,6)	8,0 (ES 1,0) (6,3-10,1)	10,7 (ES 1,9) (7,5-15,1)	1,310	2,900	2384	0,270
MASCULINO 10,0 (ES 1,0) (8,2-12,1)	154	10,1 (ES 2,4) (6,3-15,9)	9,1 (ES 1,4) (6,8-12,2)	9,7 (ES 1,6) (6,9-13,4)	14,9 (ES 3,6) (9,1-23,3)	0,867	2,858	1158	0,453
FEMENINO 5,7 (ES 0,5) (4,7-6,9)	138	5,4 (ES 1,2) (3,5-8,3)	4,9 (ES 0,8) (3,5-6,7)	6,6 (ES 1,1) (4,7-9,2)	7,6 (ES 1,9) (4,6-12,2)	0,981	2,957	1233	0,400
TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL VIDA (23,7%) (ES 0,9) (22,1-25,5)	1004	21,7 (ES 1,8) (18,3-25,6)	23,9 (ES 1,3) (21,5-26,6)	23,9 (ES 1,6) (20,9-27,1)	27,1 (ES 2,7) (22,1-32,8)	0,959	2,983	2452	0,411
MASCULINO 15,9 (ES 1,6) (33,1-39,3)	273	15,0 (ES 2,3) (11,0-20,2)	18,1 (ES 1,8) (14,8-22,0)	12,9 (ES 1,9) (9,6-17,2)	17,3 (ES 4,1) (10,6-27,0)	1,254	2,982	1208	0,289
FEMENINO 30,8 (ES 1,3) (28,3-33,4)	731	28,4 (ES 2,7) (23,5-34,0)	29,2 (ES 1,8) (25,8-32,8)	33,5 (ES 2,2) (29,2-38,0)	34,6 (ES 3,6) (28,0-41,9)	1,514	2,975	1241	0,209
TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL ANUAL (6,2%) (ES 0,4) (5,4-7,1)	259	6,5 (ES 1,0) (4,7-8,9)	5,6 (ES 0,7) (4,4-7,0)	6,7 (ES 0,9) (5,2-8,6)	6,9 (ES 1,4) (4,6-10,2)	0,541	2,924	2403	0,650
MASCULINO 3,2 (ES 0,5) (2,4-4,4)	57	3,5 (ES 1,1) (1,9-6,4)	3,1 (ES 0,7) (1,9-4,9)	3,0 (ES 0,9) (1,6-5,5)	4,1 (ES 1,5) (2,0-8,4)	0,157	2,874	1164	0,919
FEMENINO 8,9 (ES 0,7) (7,7-10,3)	202	9,5 (ES 1,7) (6,6-13,5)	7,8 (ES 1,0) (6,0-10,1)	10,0 (ES 1,4) (7,7-13,0)	9,0 (ES 2,1) (5,6-14,2)	0,601	2,922	1219	0,610
TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL ACTUAL (2,4%) (ES 0,3) (1,9-2,9)	107	2,4 (ES 0,6) (1,4-3,8)	1,8 (ES 0,4) (1,2-2,7)	2,5 (ES 0,5) (1,7-3,7)	4,9 (ES 1,1) (3,0-7,6)	3,339	2,959	2433	0,019
MASCULINO 1,4 (ES 0,3) (0,9-2,2)	23	1,5 (ES 0,7) (0,5-3,9)	1,5 (ES 0,6) (0,7-3,1)	0,7 (ES 0,4) (0,2-2,3)	2,7 (ES 1,3) (1,1-6,7)	0,908	2,890	1171	0,434
FEMENINO 3,3 (ES 0,4) (2,6-4,1)	84	3,3 (ES 0,9) (1,9-5,6)	2,1 (ES 0,5) (1,3-3,3)	4,0 (ES 0,9) (2,6-6,1)	6,5 (ES 1,7) (3,8-10,9)	3,492	2,980	1243	0,015
TRASTORNOS DE ANSIEDAD VIDA (15,0%) (ES 0,7) (13,6-16,4)	590	14,0 (ES 1,5) (11,3-17,3)	15,3 (ES 1,1) (13,2-17,6)	15,2 (ES 1,3) (12,8-18,0)	15,0 (ES 2,1) (11,2-19,7)	0,171	2,961	2434	0,914
MASCULINO 12,1 (ES 1,0) (10,3-14,2)	194	10,8 (ES 2,2) (7,2-15,8)	12,9 (ES 1,7) (9,9-16,6)	12,5 (ES 1,8) (9,4-16,5)	10,7 (ES 2,9) (6,2-17,9)	0,295	2,876	1165	0,821
FEMENINO 17,5 (ES 1,0) (15,6-19,6)	396	17,3 (ES 2,2) (13,5-21,9)	17,4 (ES 1,5) (14,7-20,6)	17,6 (ES 1,9) (14,2-21,6)	18,2 (ES 3,0) (13,0-24,9)	0,022	2,973	1240	0,995
TRASTORNOS DE ANSIEDAD ANUAL (3,2%) (ES 0,3) (2,6-3,9)	127	2,6 (ES 0,6) (1,6-4,1)	2,7 (ES 0,5) (1,9-3,8)	4,0 (ES 0,7) (2,8-5,7)	3,8 (ES 1,2) (2,0-7,1)	1,177	2,987	2455	0,317
MASCULINO 1,9 (ES 0,4) (1,2-2,9)	30	1,7 (ES 0,7) (0,7-3,9)	1,8 (ES 0,6) (0,9-3,6)	1,9 (ES 0,8) (0,9-4,1)	2,9 (ES 1,9) (0,8-9,9)	0,201	2,931	1187	0,892
FEMENINO 4,3 (ES 0,5) (3,4-5,4)	97	3,5 (ES 1,0) (1,9-6,1)	3,6 (ES 0,7) (2,5-5,3)	5,9 (ES 1,2) (3,9-8,7)	4,6 (ES 1,6) (2,2-9,0)	1,326	2,974	1240	0,265

Pobreza y salud mental en ciudades de la sierra del Perú: Ayacucho, Cajamarca y Huaraz.

PREVALENCIAS (POB.GRAL) (ES) (IC95%)	TOTAL	POBREZA SEGÚN MÉTODO COMBINADO (%) (ES) IC95%*				TEST DE INDEPENDENCIA (ANÁLISIS BIVARIADOS)			
	N	A	B	C	D	FCORR	DF1	DF2	P
TRASTORNOS DE ANSIEDAD ACTUAL (2,0%) (ES 0,3) (1,5-2,6)	76	1,5 (ES 0,5) (0,8-2,8)	1,6 (ES 0,4) (1,0-2,5)	3,0 (ES 0,6) (2,0-4,6)	1,6 (ES 0,6) (0,8-3,2)	2,473	2,768	2275	0,065
MASCULINO 1,3 (ES 0,4) (0,7-2,2)	17	0,7 (ES 0,5) (0,1-3,2)	1,0 (ES 0,5) (0,4-2,9)	2,2 (ES 0,8) (1,0-4,6)	0,9 (ES 0,7) (0,2-3,7)	1,139	2,468	1000	0,328
FEMENINO 2,6 (ES 0,4) (1,9-3,5)	59	2,2 (ES 0,8) (1,1-4,5)	2,1 (ES 0,5) (1,3-3,4)	3,8 (ES 1,0) (2,3-6,1)	2,1 (ES 0,9) (0,9-4,7)	1,346	2,809	1171	0,259
DEPENDENCIA/USO PERJUDICIAL DE CUALQUIER SUSTANCIA (3,7%) (ES 0,4) (3,0-4,7)	126	3,9 (ES 1,2) (2,1-7,1)	3,8 (ES 0,6) (2,8-5,1)	3,1 (ES 0,6) (2,1-4,6)	4,9 (ES 1,5) (2,6-8,8)	0,430	2,736	2249	0,713
MASCULINO 7,6 (ES 0,9) (6,0-9,5)	116	7,6 (ES 2,3) (4,1-13,5)	7,6 (ES 1,2) (5,6-10,4)	6,5 (ES 1,3) (4,4-9,7)	11,0 (ES 3,3) (6,0-19,3)	0,563	2,758	1117	0,625
FEMENINO 0,2 (ES 0,1) (0,1-0,5)	10	0,3 (ES 0,2) (0,1-1,3)	0,3 (ES 0,2) (0,1-0,8)	0,1 (ES 0,1) (0,0-0,4)	0,2 (ES 0,2) (0,0-1,3)	0,696	2,529	1054	0,531

* 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

TABLA 4.
REGRESIÓN LOGÍSTICA BIVARIADA (OR) Y MULTIVARIADA (OR AJUSTADO) ENTRE TRASTORNOS DEPRESIVOS Y SITUACIÓN ECONÓMICA

PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	REGRESIÓN MULTINOMIAL							ANÁLISIS MULTIV. P VALOR*
	SIMPLE BIVARIADO			ANÁLISIS BIV. P VALOR	MULTIVARIADO			
	OR HOGARES TOTALMENTE INTEGRADOS VS. POBREZA EXTREMA O CRÓNICA	OR HOGARES INTEGRADOS SUFICIENTES VS. POBREZA EXTREMA O CRÓNICA	OR POBREZA ESTRUCTURAL O RECIENTE (COYUNTURAL) VS. POBREZA EXTREMA O CRÓNICA		OR HOGARES TOTALMENTE INTEGRADOS VS. POBREZA EXTREMA O CRÓNICA	OR HOGARES INTEGRADOS SUFICIENTES VS. POBREZA EXTREMA O CRÓNICA	OR POBREZA ESTRUCTURAL O RECIENTE (COYUNTURAL) VS. POBREZA EXTREMA O CRÓNICA	
TOTAL	0,47 (0,23-0,99)	0,36 (0,18-0,69)	0,50 (0,27-0,94)	F DE WOLF CORR=2,883; GL1=2,930; GL2=1221,754 P=0,036	0,56 (0,25-1,26)	0,438 (0,20-0,94)	0,57 (0,29-0,11)	F DE WOLF CORR= 1,507; GL1=2,937; GL2=1225; P=0,212
MASCULINO (48%, 1897)	0,532 (0,132-2,141)	0,538 (0,166-1,744)	0,265 (0,058-1,208)	F DE WALD CORR=0,847; GL1=2,890; GL2=2376 P=0,465	0,72 (0,14-3,85)	0,81 (0,18-3,73)	0,35 (0,07-1,85)	F DE WALD CORR=0,599; GL1=2,950; GL2=2425; P=0,613
FEMENINO (5,4%, 2548)	0,486 (0,215-1,097)	0,303 (0,142-0,650)	0,603 (0,303-1,203)	F DE WALD CORR=3,274; GL1=2,98; GL2=2450 P=0,021	0,50 (0,19-1,27)	0,33 (0,15-0,74)	0,63 (0,30-1,31)	F DE WALD CORR=2,528; GL1=2,987; GL2=2456; P=0,056

* Ajustado con edad, nivel educativo, estado civil, situación laboral la semana anterior (y sexo en el análisis global)

Por otro lado, tampoco se hallaron diferencias significativas entre la situación de pobreza y algunos indicadores de severidad de los

trastornos en la forma de comorbilidad (tabla 5) o nivel de funcionamiento o discapacidad (tabla 6).

TABLA 5.
ASOCIACIÓN ENTRE COMORBILIDAD DE TRASTORNOS MENTALES Y POBREZA EN EL ÚLTIMO AÑO EN LOS ADULTOS DE CIUDADES DE LA SIERRA PERUANA (AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ) 2017

NÚMERO DE TRASTORNOS MENTALES % (ES%) (IC95%)	N	HOGARES TOTALMENTE INTEGRADOS%; ES; IC95%	HOGARES INTEGRADOS SUFICIENTES%; ES; IC95%	POBREZA ESTRUCTURAL O RECIENTE %; ES; IC95%	POBREZA EXTREMA O CRÓNICA %; ES; IC95%	ANÁLISIS BIVARIADO ESTADÍSTICOS
UN DIAGNOSTICO 85,0 (ES 1,8%) (81,2-88,2)	397	84,1 (ES 3,6) (75,8-90,0)	83,6 (ES 3,3) (76,1-89,1)	85,1 (ES 3,2) (77,6-90,3)	91,6 (ES 3,0) (83,5-95,9)	F CORR: 0,518; GL1 5,327; GL2 4379; P=0,7740
DOS DIAGNOSTICO 11,3 (ES 1,6%) (8,4-14,9)	57	11,2 (ES 3,3) (6,1-19,6)	13,2 (ES 3,1) (8,3-20,5)	10,4 (ES 2,8) (6,1-17,4)	6,8 (ES 2,7) (3,1-14,5)	
TRES DIAGNOSTICO 3,7 (ES 0,9%) (2,3-6,1)	21	4,7 (ES 2,0) (2,0-10,8)	3,2 (ES 1,7) (1,1-8,6)	4,5 (ES 1,9) (2,0-9,9)	1,6 (ES 1,2) (0,4-6,5)	

TABLA 6.
ASOCIACIÓN ENTRE NIVEL DE FUNCIONAMIENTO DE PERSONAS ADULTAS CON TRASTORNOS MENTALES Y POBREZA EN EL ÚLTIMO AÑO EN CIUDADES DE LA SIERRA PERUANA (AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ) 2017

TRASTORNOS MENTALES Y NIVEL DE DISCAPACIDAD % (ES%) (IC95%)	N	HOGARES TOTALMENTE INTEGRADOS%; ES; IC95%	HOGARES INTEGRADOS SUFICIENTES%; ES; IC95%	POBREZA ESTRUCTURAL O RECIENTE %; ES; IC95%	POBREZA EXTREMA O CRÓNICA %; ES; IC95%	ANÁLISIS BIVARIADO FCORR; GL1, GL2, Sig
NO TIENE TRASTORNO MENTAL 87,5 (ES 0,7) (86,2-88,8)	3404	86,7 (ES 1,6) (83,2-89,6)	88,7 (ES 1,0) (86,7-90,5)	87,1 (ES 1,2) (84,5-89,3)	85,3 (ES 2,2) (80,3-89,2)	
SI TIENE TM, PERO SIN DISCAPACIDAD 10,3 (ES 0,6) (9,2-11,6)	401	12,0 (ES 1,3) (9,6-14,9)	9,6 (ES 0,9) (7,9-11,5)	9,9 (ES 1,1) (8,0-12,2)	11,1 (ES 2,0) (7,7-15,6)	FCORR:1,422 GL1=6,826 GL2=5611 P=0,193
SI TIENE TM, CON DISCAPACIDAD LEVE 1,2 (ES 0,2) (0,8-1,8)	39	0,8 (ES 0,7) (0,1-4,3)	1,2 (ES 0,3) (0,7-2,1)	1,2 (ES 0,4) (0,6-2,3)	2,0 (ES 0,8) (0,9-4,3)	
SI TIENE TM CON DISCAPACIDAD MODERADA A SEVERA 1,0 (ES 0,2) (0,7-1,4)	35	0,5 (ES 0,3) (0,1-1,4)	0,5 (ES 0,2) (0,2-1,3)	1,8 (ES 0,5) (1,1-3,1)	1,7 (ES 0,8) (0,7-4,2)	

Con relación a los indicadores suicidas, no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre la situación de pobreza y deseos de morir, ideación suicida o intento

suicida, ni por sexo. Se observa una tendencia de una mayor prevalencia de estos problemas entre las mujeres. (Tabla 7).

TABLA 7.
PREVALENCIA DE INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE CIUDADES DE LA SIERRA (AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ) SEGÚN NIVEL DE POBREZA

PREVALENCIAS (POB.GRAL) (ES) (IC95%)	TOTAL		POBREZA SEGÚN MÉTODO COMBINADO (%) (ES) IC95%*				TEST DE INDEPENDENCIA			
	N	A	B	C	D	FCORR	DF1	DF2	P	
INDICADORES SUICIDAS										
DESEOS DE MORIR VIDA (25,8) (ES 0,9) (24,1-27,5)	1064	24,7 (ES 2,0) (20,9-28,8)	23,9 (ES 1,3) (21,5-26,5)	27,9 (ES 1,6) (24,8-31,2)	30,4 (ES 3,1) (24,7-36,9)	2,077	2,960	2433,514	0,102	
MASCULINO 17,0 (ES 1,2) (14,7-19,5)	269	16,8 (ES 2,9) (11,8-23,2)	15,9 (ES 1,7) (12,8-19,5)	16,0 (ES 2,0) (12,4-20,4)	26,3 (ES 5,2) (17,3-37,7)	1,756	2,933	1187,712	0,155	
FEMENINO 33,7 (ES 1,2) (31,4-36,0)	795	32,6 (ES 2,6) (27,7-37,9)	31,1 (ES 1,8) (27,7-34,8)	38,3 (ES 2,3) (33,9-42,9)	33,6 (ES 3,8) (26,6-41,5)	2,097	2,971	1238,986	0,100	
DESEOS DE MORIR ANUAL (5,2) (ES 0,4) (4,4-6,0)	210	5,3 (ES 1,0) (3,7-7,6)	4,7 (ES 0,6) (3,6-6,0)	5,6 (ES 0,8) (4,3-7,4)	5,6 (ES 1,3) (3,6-8,7)	0,383	2,948	2423,313	0,762	
MASCULINO 2,6 (ES 0,5) (1,8-3,7)	42	3,1 (ES 1,2) (1,4-6,5)	1,9 (ES 0,6) (1,0-3,4)	2,5 (ES 0,9) (1,3-4,9)	5,1 (ES 2,0) (2,3-10,9)	1,207	2,929	1186,350	0,306	
FEMENINO 7,5 (ES 0,7) (6,3-8,9)	168	7,6 (ES 1,5) (5,2-11,2)	7,1 (ES 1,0) (5,4-9,4)	8,4 (ES 1,3) (6,2-11,2)	5,9 (ES 1,6) (3,4-10,0)	0,433	2,947	1229,077	0,726	
IDEACIÓN SUICIDA VIDA (9,4) (ES 0,5) (8,4-10,5)	366	9,7 (ES 1,4) (7,4-12,7)	8,4 (ES 0,8) (7,0-10,2)	10,6 (ES 1,1) (8,6-13,0)	9,3 (ES 1,7) (6,5-13,1)	0,865	2,931	2408,923	0,456	
MASCULINO 5,9 (ES 0,7) (4,6-7,5)	82	6,9 (ES 1,9) (4,1-11,6)	5,7 (ES 1,1) (3,9-8,1)	5,2 (ES 1,3) (3,2-8,3)	6,1 (ES 2,4) (2,8-13,0)	0,249	2,930	1186,656	0,858	
FEMENINO 12,6 (ES 0,8) (11,1-14,2)	284	12,5 (ES 1,9) (9,2-16,8)	10,9 (ES 1,2) (8,8-13,5)	15,4 (ES 1,7) (12,3-19,0)	11,7 (ES 2,3) (7,9-17,0)	1,690	2,944	1227,692	0,168	
IDEACIÓN SUICIDA ANUAL (1,5) (ES 0,2) (1,1-2,0)	59	1,6 (ES 0,5) (0,9-3,0)	1,4 (ES 0,4) (0,9-2,4)	1,4 (ES 0,4) (0,8-2,5)	1,9 (ES 0,8) (0,8-4,4)	0,110	2,991	2458,850	0,954	
MASCULINO 0,9 (ES 0,3) (0,5-1,6)	13	0,4 (ES 0,4) (0,1-3,1)	0,7 (ES 0,4) (0,2-2,3)	1,0 (ES 0,5) (0,4-2,7)	2,1 (ES 1,5) (0,5-8,2)	0,803	2,959	1198,595	0,491	
FEMENINO 2,1 (ES 0,3) (1,5-2,9)	46	2,8 (ES 0,9) (1,5-5,1)	2,1 (ES 0,6) (1,2-3,6)	1,8 (ES 0,6) (0,9-3,5)	1,6 (ES 0,9) (0,6-4,6)	0,422	2,947	1228,713	0,734	
INTENTO SUICIDA VIDA (2,3) (ES 0,3) (1,8-2,9)	87	1,9 (ES 0,5) (1,1-3,3)	2,5 (ES 0,5) (1,7-3,7)	2,0 (ES 0,5) (1,2-3,2)	62,6 (ES 1,0) (1,2-5,4)	0,388	2,988	2456,295	0,761	
MASCULINO 0,9 (ES 0,3) (0,5-1,7)	13	0,4 (ES 0,4) (0,1-2,8)	1,5 (ES 0,6) (0,7-3,3)	0,4 (ES 0,3) (0,1-1,6)	1,3 (ES 1,1) (0,2-7,1)	1,239	2,918	1181,955	0,294	
FEMENINO 3,5 (ES 0,5) (2,7-4,5)	74	3,4 (ES 0,9) (2,0-5,8)	3,5 (ES 0,8) (2,2-5,4)	3,4 (ES 0,9) (2,0-5,6)	3,6 (ES 1,5) (1,6-8,0)	0,009	2,983	1244,073	0,999	
INTENTO SUICIDA ANUAL (0,2) (ES 0,1) (0,1-0,5)	9	0,2 (ES 0,2) (0,0-1,1)	0,3 (ES 0,2) (0,1-1,0)	0,0	0,7 (ES 0,5) (0,2-3,1)	1,512	2,984	2453,134	0,210	
MASCULINO 0,2 (ES 0,1) (0,1-0,6)	3	0,0	0,2 (ES 0,1) (0,0-0,8)	0,0	1,1 (ES 1,1) (0,2-7,7)	1,810	2,461	996,828	0,155	
FEMENINO 0,3 (ES 0,1) (0,1-0,8)	6	0,3 (ES 0,3) (0,0-2,2)	0,5 (ES 0,3) (0,1-1,7)	0,0	0,3 (ES 0,3) (0,0-2,4)	0,678	2,650	1105,224	0,548	

* 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

Con respecto a la relación entre situación de pobreza y tendencias psicopáticas, no se encontró diferencias significativas, ni en la muestra general, ni por sexo. Con relación a la permisividad frente a la psicopatía, si bien el análisis con toda la muestra no encontró diferencias significativas con la situación de pobreza, el análisis por sexo y multivariado halló una relación inversa entre los hombres y las mujeres, encontrándose una proporción mayor de permisividad entre los hombres socialmente integrados y una mayor permisividad entre las mujeres en situación de pobreza (tabla 8). Controlando con factores sociodemográficos, los varones socialmente integrados tienen un 4,55 mayor chance de ser permisivos frente la psicopatía en comparación con los varones en situación de pobreza extrema o crónica. Mientras que las mujeres en situación de pobreza extrema o crónica tienen un 2,97 veces más chance de ser permisivas frente a la psicopatía en comparación con las mujeres socialmente integradas (tabla 9).

Con relación a las conductas violentas, en general se aprecia una mayor frecuencia de conductas violentas entre las personas de hogares socialmente integrados en comparación con hogares de menor situación económica (tabla

8). Sin embargo, en forma similar a los hallazgos entre permisividad frente a la psicopatía y pobreza, esta relación tiende a invertirse en el análisis por sexo donde, por un lado, hay una mayor frecuencia de conductas violentas entre las mujeres en situación de pobreza extrema o crónica en comparación con las mujeres socialmente integradas (tabla 9), y por otro lado, en los varones de hogares socialmente integrados se evidencia una mayor frecuencia de conductas violentas en comparación de aquellos en hogares en pobreza. El análisis por tipo de conductas violentas no encuentra diferencias significativas de abuso físico a menores entre los varones, pero si entre las mujeres con respecto a la situación económica (tabla 8 y 9), pero esta diferencia se establece entre las mujeres de hogares socialmente suficientemente integrados y entre los pobres, siendo mayor en estos últimos. En cuanto a la participación en peleas a golpes, se encontró diferencias estadísticamente significativas sólo en los hombres y no en las mujeres. Nuevamente, observamos una mayor proporción de conductas violentas entre los varones de hogares socialmente integrados en comparación con los hogares en situación de pobreza.

TABLA 8.
PREVALENCIA DE TENDENCIAS VIOLENTAS Y PSICOPÁTICAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE CIUDADES DE LA SIERRA (AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ) SEGÚN NIVEL DE POBREZA

PREVALENCIAS (POB.GRAL) (ES) (IC95%)	TOTAL	POBREZA SEGÚN MÉTODO COMBINADO (%) (ES) IC95%*				TEST DE INDEPENDENCIA			
	N	A	B	C	D	FCORR	DF1	DF2	P
CONDUCTAS PSICOPÁTICAS O VIOLENTAS									
TENDENCIAS PSICOPÁTICAS** 6,0 (ES 0,6) (5,0-7,3)	211	6,0 (ES 1,1) (4,1-8,6)	6,0 (ES 1,0) (4,3-8,4)	6,0 (ES 0,8) (4,6-7,9)	6,0 (ES 1,7) (3,5-10,2)	0,000	2,853	2344,979	0,999
MASCULINO 7,6 (ES 1,0) (5,8-9,8)	107	7,6 (ES 1,9) (4,6-12,4)	7,5 (ES 1,9) (4,5-12,1)	7,4 (ES 1,4) (5,0-10,7)	8,4 (ES 2,8) (4,3-15,8)	0,030	2,716	1099,934	0,990
FEMENINO 4,6 (ES 0,6) (3,6-6,0)	104	4,3 (ES 1,0) (2,7-6,9)	4,7 (ES 1,0) (3,1-7,2)	4,8 (ES 0,9) (3,3-7,0)	4,2 (ES 2,0) (1,7-10,3)	0,052	2,815	1173,903	0,981
PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA 5,1 (ES 0,5) (4,3-6,1)	184	5,5 (ES 1,3) (3,4-8,7)	5,0 (ES 0,7) (3,8-6,5)	4,8 (ES 0,7) (3,6-6,5)	6,2 (ES 1,6) (3,7-10,1)	0,236	2,787	2291,313	0,858
MASCULINO 5,3 (ES 0,8) (4,0-7,1)	77	7,9 (ES 2,4) (4,4-14,1)	4,0 (ES 0,9) (2,6-6,2)	6,1 (ES 1,3) (4,1-9,1)	2,2 (ES 1,3) (0,7-7,0)	2,204	2,695	1091,510	0,093
FEMENINO 5,0 (ES 0,5) (4,0-6,2)	107	3,0 (ES 0,8) (1,7-5,2)	5,8 (ES 1,0) (4,2-8,1)	3,7 (ES 0,8) (2,4-5,7)	9,2 (ES 2,5) (5,3-15,5)	3,711	2,911	1213,734	0,012
MENTIRA FRECUENTE 58,9 (ES 1,2) (56,6-61,2)	2179	61,0 (ES 2,3) (56,4-65,3)	60,0 (ES 1,7) (56,7-63,2)	58,6 (ES 1,8) (55,1-62,1)	50,0 (ES 3,6) (43,0-57,0)	2,891	2,932	2410,369	0,035
MASCULINO 65,5 (ES 1,6) (62,3-68,6)	972	68,8 (ES 3,4) (61,8-75,1)	65,3 (ES 2,3) (60,6-69,8)	65,7 (ES 2,8) (60,1-71,0)	56,8 (ES 4,8) (47,2-65,8)	1,424	2,870	1162,219	0,235
FEMENINO 53,0 (ES 1,6) (49,8-56,1)	1207	53,1 (ES 2,9) (47,4-58,7)	55,2 (ES 2,3) (50,6-59,7)	52,4 (ES 2,3) (47,8-56,9)	44,8 (ES 5,0) (35,3-54,8)	1,608	2,826	1178,399	0,189
TENDENCIAS VIOLENTAS VIDA 20,3 (ES 0,9) (18,6-22,1)	738	26,0 (ES 2,2) (21,9-30,5)	19,2 (ES 1,4) (16,6-22,1)	17,4 (ES 1,4) (14,8-20,2)	21,0 (ES 2,5) (16,5-26,4)	4,721	2,871	2360,367	0,003
MASCULINO 30,0 (ES 1,6) (27,0-33,2)	454	39,6 (ES 3,6) (32,9-46,8)	30,4 (ES 2,5) (25,7-35,5)	22,4 (ES 2,3) (18,1-27,3)	27,5 (ES 4,3) (19,9-36,7)	6,065	2,875	1164,323	0,001
FEMENINO 11,5 (ES 0,9) (10,0-13,3)	284	12,3 (ES 1,9) (9,1-16,5)	9,1 (ES 1,1) (7,1-11,6)	13,0 (ES 1,6) (10,2-16,5)	16,1 (ES 3,0) (11,0-22,8)	2,685	2,980	1242,826	0,046

PREVALENCIAS (POB.GRAL) (ES) (IC95%)	TOTAL N	POBREZA SEGÚN MÉTODO COMBINADO (%) (ES) IC95%*				TEST DE INDEPENDENCIA			
		A	B	C	D	FCORR	df1	df2	P
CONDUCTAS DE ABUSO FÍSICO A MENORES 6,0 (ES 0,5) (5,1-7,1)	219	8,7 (ES 1,3) (6,4-11,6)	5,1 (ES 0,7) (3,9-6,8)	5,2 (ES 0,7) (3,9-6,8)	6,3 (ES 1,4) (4,0-9,8)	3,318	2,890	2375,443	0,020
MASCULINO 6,6 (ES 0,8) (5,2-8,5)	90	9,1 (ES 2,1) (5,8-14,0)	6,9 (ES 1,3) (4,6-10,0)	4,3 (ES 1,1) (2,7-7,0)	6,6 (ES 2,4) (3,2-13,0)	1,667	2,839	1149,670	0,175
FEMENINO 5,4 (ES 0,6) (4,4-6,7)	129	8,3 (ES 1,6) (5,6-12,1)	3,6 (ES 0,7) (2,5-5,2)	5,9 (ES 1,0) (4,2-8,3)	6,1 (ES 1,7) (3,5-10,6)	3,739	2,971	1239,062	0,011
PARTICIPACIÓN EN PELEAS A GOLPES 16,8 (ES 0,8) (15,2-18,5)	605	20,5 (ES 2,1) (16,7-24,9)	16,5 (ES 1,3) (14,1-19,3)	14,5 (ES 1,3) (12,2-17,1)	16,0 (ES 2,3) (11,9-21,0)	2,473	2,861	2351,544	0,063
MASCULINO 26,9 (ES 1,5) (24,0-30,0)	410	34,8 (ES 3,5) (28,2-41,9)	27,4 (ES 2,5) (22,8-32,4)	20,8 (ES 2,3) (16,7-25,7)	23,1 (ES 3,8) (16,5-31,5)	4,445	2,833	1147,301	0,005
FEMENINO 7,7 (ES 0,7) (6,5-9,1)	195	6,3 (ES 1,3) (4,2-9,3)	6,8 (ES 0,9) (5,2-8,9)	8,9 (ES 1,3) (6,7-11,9)	10,5 (ES 2,8) (6,1-17,3)	1,429	2,909	1213,261	0,234

* 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

** Se refiere a haber adquirido al menos ocasionalmente objetos de muy dudosa procedencia o robados, o a haber participado en un robo alguna vez, mentir mucho, frecuentemente o muy frecuentemente o a haber ganado dinero al menos ocasionalmente vendiendo cosas de dudosa procedencia o robadas; § se refiere a que, si el entrevistado ve a una persona robando en una tienda o puesto de mercado, no le importa y no hace nada, o considerar que ante determinadas circunstancias o situaciones difíciles es permitido robar.

TABLA 9.
REGRESIÓN LOGÍSTICA BIVARIADA (OR) Y MULTIVARIADA (OR AJUSTADO) ENTRE CONDUCTAS VIOLENTAS Y SITUACIÓN ECONÓMICA

	REGRESIÓN MULTINOMIAL							ANÁLISIS MULTIV. P VALOR*
	SIMPLE BIVARIADO			ANÁLISIS BIV. P VALOR	MULTIVARIADO			
	OR HOGARES SUFICIENTES VS. HOGARES TOTALMENTE INTEGRADOS	OR POBREZA ESTRUCTURAL O RECIENTE (COYUNTURAL) VS. HOGARES TOTALMENTE INTEGRADOS	OR POBREZA EXTREMA O CRÓNICA VS. HOGARES TOTALMENTE INTEGRADOS		OR HOGARES SUFICIENTES VS. HOGARES TOTALMENTE INTEGRADOS	OR POBREZA ESTRUCTURAL O RECIENTE (COYUNTURAL) VS. HOGARES TOTALMENTE INTEGRADOS	OR POBREZA EXTREMA O CRÓNICA VS. HOGARES TOTALMENTE INTEGRADOS	
PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA TOTAL 5,1 (ES 0,5) (4,3-6,1)	0,91 (0,51-1,62)	0,88 (0,49-1,57)	1,14 (0,55-2,37)	F DE WALD CORR=0,234 GL1=2,742; GL2=1144 P=0,856	0,90 (0,50-1,63)	0,87 (0,48-1,59)	1,00 (0,49-2,05)	F DE WALD CORR=0,115 GL1=2,770; GL2=1155 P=0,941
MASCULINO 5,3 (ES 0,8) (4,0-7,1)	0,49 (0,22-1,06)	0,75 (0,35-1,61)	0,75 (0,35-1,61)	F DE WALD CORR=2,089 GL1=2,695; GL2=2215 P=0,107	0,40 (0,18-0,87)	0,73 (0,33-1,61)	0,22 (0,06-0,86)	F DE WALD CORR=3,136 GL1=2,765; GL2=2273 P=0,028
FEMENINO 5,0 (ES 0,5) (4,0-6,2)	2,02 (1,01-4,02)	1,25 (0,59-2,62)	1,25 (0,59-2,62)	F DE WALD CORR=3,518 GL1=2,911; GL2=2393 P=0,015	2,09 (1,03-4,21)	1,24 (0,56-2,75)	2,97 (1,25-7,05)	F DE WALD CORR=3,223 GL1=2,977; GL2=2447 P=0,022
PREVALENCIA DE VIDA DE TENDENCIAS VIOLENTAS TOTAL 20,3 (ES 0,9) (18,6-22,1)	0,67 (0,50-0,91)	0,60 (0,45-0,79)	0,76 (0,52-1,09)	F DE WALD CORR=4,676 GL1=2,821; GL2=117 P=0,004	0,67 (0,49-0,91)	0,58 (0,43-0,79)	0,80 (0,53-1,22)	F DE WALD CORR=4,468 GL1=2,902; GL2=1210 P=0,004
MASCULINO 30,0 (ES 1,6) (27,0-33,2)	0,67 (0,46-0,97)	0,44 (0,30-0,64)	0,58 (0,35-0,95)	F DE WALD CORR=5,961 GL1=2,875; GL2= 2363 P=0,001	0,62 (0,42-0,91)	0,42 (0,28-0,62)	0,56 (0,33-0,95)	F DE WALD CORR=6,123; GL1=2,899; GL2=2383 P=0,00045
FEMENINO 11,5 (ES 0,9) (10,0-13,3)	0,71 (0,46-1,10)	1,06 (0,70-1,62)	1,36 (0,78-2,36)	F DE WALD CORR=2,64 GL1=2,980; GL2=2450 P=0,048	0,68 (0,44-1,07)	1,01 (0,64-1,60)	1,53 (0,83-2,81)	F DE WALD CORR=3,231; GL1=2,978; GL2=2448 P=0,022
CONDUCTAS DE ABUSO FÍSICO A MENORES TOTAL 6,0 (ES 0,5)(5,1-7,1)	0,57 (0,37-0,88)	0,57 (0,37-0,89)	0,71 (0,40-1,26)	F DE WALD CORR=3,218 GL1=2,913; GL2=1215 P=0,023	0,56 (0,36-0,88)	0,57 (0,36-0,89)	0,70 (0,37-1,32)	F DE WALD CORR=3,052; GL1=2,925; GL2=1220 P=0,029

	REGRESIÓN MULTINOMIAL							ANÁLISIS MULTIV. P VALOR*
	SIMPLE BIVARIADO			ANÁLISIS Biv. P VALOR	MULTIVARIADO			
	OR HOGARES INTEGRADOS SUFICIENTES VS. HOGARES TOTALMENTE INTEGRADOS	OR POBREZA ESTRUCTURAL O RECIENTE (COYUNTURAL) VS. HOGARES TOTALMENTE INTEGRADOS	OR POBREZA EXTREMA O CRÓNICA VS. HOGARES TOTALMENTE INTEGRADOS		OR HOGARES INTEGRADOS SUFICIENTES VS. HOGARES TOTALMENTE INTEGRADOS	OR POBREZA ESTRUCTURAL O RECIENTE (COYUNTURAL) VS. HOGARES TOTALMENTE INTEGRADOS	OR POBREZA EXTREMA O CRÓNICA VS. HOGARES TOTALMENTE INTEGRADOS	
MASCULINO 6,6 (ES 0,8) (5,2-8,5)	0,74 (0,38-1,41)	0,45 (0,23-0,90)	0,71 (0,29-1,71)	F DE WALD CORR=1,621 GL1=2,839; GL2=23335 P=0,185	0,71 (0,37-1,38)	0,47 (0,24-0,94)	0,71 (0,28-1,81)	F DE WALD CORR=1,424; GL1=2,887; GL2=2373 P=0,235
FEMENINO 5,4 (ES 0,6) (4,4-6,7)	0,41 (0,23-0,72)	0,69 (0,41-1,18)	0,72 (0,34-1,50)	F DE WALD CORR=3,592 GL1=2,971; GL2=2442 P=0,013	0,38 (0,21-0,69)	0,67 (0,38-1,20)	0,74 (0,32-1,70)	F DE WALD CORR=3,907 GL1=2,966; GL2=2438 P=0,009
PARTICIPACIÓN EN PELEAS A GOLPES TOTAL 16,8 (ES 0,8) (15,2-18,5)	0,77 (0,56-1,06)	0,66 (0,48-0,89)	0,73 (0,49-1,09)	F DE WALD CORR=2,508 GL1=2,819; GL2=1176 P=0,061	0,77 (0,55-1,07)	0,64 (0,46-0,89)	0,80 (0,51-1,26)	F DE WALD CORR=2,211; GL1=2,902; GL2=1210 P=0,087
MASCULINO 26,9 (ES 1,5) (24,0-30,0)	0,71 (0,48-1,05)	0,49 (0,33-0,73)	0,57 (0,34-0,94)	F DE WALD CORR=4,386; GL1=2,833; GL2=2329 P=0,005	0,67 (0,45-1,00)	0,47 (0,31-0,71)	0,56 (0,32-0,97)	F DE WALD CORR=4,398; GL1=2,866; GL2=2356 P=0,005
FEMENINO 7,7 (ES 0,7) (6,5-9,1)	1,10 (0,66-1,82)	1,47 (0,88-2,46)	1,75 (0,85-3,61)	F DE WALD CORR=1,412; GL1=2,909; GL2=2392 P=0,238	1,07 (0,64-1,81)	1,41 (0,82-2,44)	2,01 (0,94-4,33)	F DE WALD CORR=1,598 GL1=2,915; GL2=2396 P=0,189

* Ajustado con edad, nivel educativo, estado civil, situación laboral la semana anterior (y sexo en el análisis global)

Salud positiva y pobreza

Con respecto a la salud mental positiva, se encontró una relación estadísticamente significativa entre situación de pobreza y satisfacción con la vida, tanto en varones como en mujeres. Asimismo, las personas provenientes de hogares en situación de pobreza muestran puntajes más bajos, en comparación con las personas de hogares socialmente integrados (tabla 10).

En el caso de la calidad de vida, se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre personas en situación de pobreza y personas socialmente integradas para el caso de las mujeres, pero no para los varones. Las mujeres en situación de pobreza muestran puntajes menores en comparación con las mujeres socialmente integradas, aun controlando con factores sociodemográficos (tabla 10).

TABLA 10.

ASOCIACIÓN ENTRE SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y CALIDAD DE VIDA CON POBREZA EN LOS ADULTOS CON POBREZA EN LOS ADULTOS DE CIUDADES DE LA SIERRA (AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ) 2017, SEGÚN SEXO

N	ANÁLISIS BIVARIADOS				ANÁLISIS BIVARIADO P VALOR* (CHI 2)	ANÁLISIS MULTIVARIADOS				ANÁLISIS MULTIV. (AJUSTADO)** (CHI 2)
	HOGARES TOTALMENTE INTEGRADOS	HOGARES SUFICIENTES	POBREZA ESTRUCTURAL O RECIENTE	POBREZA EXTREMA O CRÓNICA		HOGARES TOTALMENTE INTEGRADOS	HOGARES SUFICIENTES	POBREZA ESTRUCTURAL O RECIENTE	POBREZA EXTREMA O CRÓNICA	
	PROMEDIO ES; IC95%	PROMEDIO ES; IC95%	PROMEDIO ES; IC95%	PROMEDIO ES; IC95%		PROMEDIO ES; IC95%	PROMEDIO ES; IC95%	PROMEDIO ES; IC95%	PROMEDIO ES; IC95%	
SATISFACCIÓN CON LA VIDA. PROMEDIO; (IC95%)										
PUNTAJE TOTAL 17,93 (17,79-18,08)	18,97 (ES 0,156) (18,66-19,28)	18,11 (ES 0,113) (17,88-18,33)	17,32 (ES 0,129) (17,07-17,57)	16,55 (ES 0,209) (16,14-16,96)	F DE WALD=37,225 GL1=3; GL2=415 P=0,0000	18,53 (ES 0,169) (18,19-18,86)	17,82 (ES 0,130) (17,57-18,08)	17,20 (ES 0,140) (16,92-17,47)	16,63 (ES 0,224) (16,19-17,07)	F DE WALD=23,207 GL1=2,9; GL2=1209,3 P=0,0000

N	ANÁLISIS BIVARIADOS				ANÁLISIS BIVARIADO P VALOR* (CHI 2)	ANÁLISIS MULTIVARIADOS				ANÁLISIS MULTIV. (AJUSTADO)** PVALOR (CHI 2)	
	HOGARES TOTALMENTE	HOGARES INTEGRADOS	POBREZA ESTRUCTURAL	POBREZA EXTREMA		HOGARES TOTALMENTE	HOGARES INTEGRADOS	POBREZA ESTRUCTURAL	POBREZA EXTREMA		
	PROMEDIO	PROMEDIO	PROMEDIO	PROMEDIO		PROMEDIO	PROMEDIO	PROMEDIO	PROMEDIO		
	ES; IC95%	ES; IC95%	ES; IC95%	ES; IC95%		ES; IC95%	ES; IC95%	ES; IC95%	ES; IC95%		
MASCULINO 18,33 (18,12-18,55)	1551	19,29 (ES 0,239) (18,82-19,76)	18,46 (ES 0,164) (18,14-18,78)	17,71 (ES 0,198) (17,32-18,10)	17,10 (ES 0,320) (16,47-17,73)	F DE WALD=13,524 GL1=3; GL2=820 P=0,00000	18,68 (ES 0,274) (18,14-19,22)	18,06 (ES 0,206) (17,66-18,47)	17,37 (ES 0,253) (16,88-17,87)	16,97 (ES 0,347) (16,29-17,65)	F DE WALD=8,631 GL1=2,86; GL2=2352,1 P=0,00002
FEMENINO 17,57 (17,39-17,76)	2337	18,65 (ES 0,191) (18,27-19,02)	17,79 (ES 0,149) (17,50-18,08)	16,98 (ES 0,146) (16,69-17,26)	16,14 (ES 0,268) (15,61-16,66)	F DE WALD=26,875 GL1=3; GL2=820 P=0,00000	18,37 (ES 0,200) (17,98-18,76)	17,60 (ES 0,167) (17,27-17,92)	17,01 (ES 0,156) (16,70-17,32)	16,33 (ES 0,278) (15,79-16,88)	F DE WALD=17,132 GL1=2,9; GL2=2362,7 P=0,00000
CALIDAD DE VIDA PROMEDIO; (IC95%)											
PUNTAJE TOTAL 7,77 (7,72-7,82)	3843	7,91 (ES 0,051) (7,81-8,01)	7,83 (ES 0,040) (7,75-7,91)	7,64 (ES 0,048) (7,55-7,74)	7,61 (ES 0,070) (7,47-7,74)	F DE WALD=7,551 GL1=3; GL2=415 P=0,00006	7,68 (ES 0,055) (7,57-7,79)	7,63 (ES 0,045) (7,54-7,71)	7,48 (ES 0,048) (7,39-7,58)	7,55 (ES 0,069) (7,42-7,69)	F DE WALD=3,369 GL1=2,9; GL2=1226,1 P=0,0019
MASCULINO 7,85 (7,78-7,92)	1540	7,97 (ES 0,081) (7,81-8,13)	7,85 (ES 0,056) (7,74-7,96)	7,78 (ES 0,068) (7,65-7,91)	7,81 (ES 0,095) (7,62-8,00)	F DE WALD=1,166 GL1=3; GL2=819 P=0,322	7,70 (ES 0,091) (7,53-7,88)	7,64 (ES 0,069) (7,51-7,78)	7,58 (ES 0,077) (7,43-7,73)	7,72 (ES 0,097) (7,53-7,91)	F DE WALD=0,742 GL1=2,8; GL2=2317,5 P=0,519
FEMENINO 7,70 (7,64-7,76)	2303	7,84 (ES 0,060) (7,72-7,96)	7,81 (ES 0,051) (7,71-7,91)	7,52 (ES 0,059) (7,40-7,63)	7,45 (ES 0,096) (7,26-7,63)	F DE WALD=10,009 GL1=3; GL2=819 P=<0,00001	7,64 (ES 0,062) (7,51-7,76)	7,61 (ES 0,055) (7,50-7,72)	7,39 (ES 0,060) (7,28-7,51)	7,41 (ES 0,095) (7,22-7,60)	F DE WALD=4,355 GL1=2,96; GL2=2432,8 P=0,005

* IC= Intervalo de confianza; ES=Error standard

** Ajustado con la edad, nivel educativo, estado civil, situación laboral la semana anterior (y sexo en el análisis global)

Discusión

La erradicación de la pobreza sigue siendo el objetivo principal de las políticas sociales y públicas en la región, y se ha instado a los países a redoblar esfuerzos en las políticas económicas para reducir la pobreza y disminuir las desigualdades y cumplir con los objetivos del Desarrollo sostenible de erradicación de la pobreza extrema hacia el año 2030 ⁽¹⁾. Estudios previos reportados en esta región no habían encontrado asociaciones entre trastornos psiquiátricos y pobreza ⁽²²⁾. El presente estudio tuvo como propósito ampliar el estudio de la relación entre salud mental y la pobreza, incluyendo un enfoque de género y una ampliación del estudio que abarque no solo la salud mental negativa (trastornos y problemas de salud mental) sino también la salud positiva. Desde este punto de vista, a nuestro entender, es el primer estudio con este enfoque a nivel poblacional en regiones andinas del Perú. Asimismo, se ha incluido una medición que combina enfoques objetivos y subjetivos de pobreza y que brinda una aproximación más cabal al estudio de la pobreza, siguiendo experiencias previas en otro estudio del autor

⁽²⁶⁾. En líneas generales, los resultados muestran una ausencia de asociación entre indicadores de salud mental negativa (trastornos mentales e indicadores suicidas) y pobreza, confirmando estudios previos en el Perú ^(21,22), pero en contra de la mayoría de los estudios internacionales. Sin embargo, sí se encontró una asociación significativa con aspectos de salud mental positiva.

La mayoría de los estudios internacionales, incluyendo los realizados en Latinoamérica, han encontrado una asociación significativa entre trastornos mentales y estatus económico; sin embargo, pocos estudios en la región no hallaron dicha asociación ^(41,42). No hay una explicación muy clara del por qué; sin embargo, en estudios en áreas rurales de la costa, sierra y selva peruana tampoco se han encontrado diferencias significativas entre trastornos mentales y pobreza ^(43,44,45), lo que podría sugerir la influencia de aspectos psicosociales y culturales en esta relación. Tampoco se encontró asociación con indicadores de severidad de los trastornos mentales como discapacidad o comorbilidad, como han reportado otros estudios ⁽⁴⁶⁾. La

importancia de este hallazgo estriba en poder identificar los factores que median esta relación, ya sea por la ausencia o presencia de esta asociación. Un estudio realizado en la ciudad de Sao Paulo - Brasil, no encontró asociación significativa entre nivel socioeconómico y trastorno mental aludiendo la posibilidad de cierta homogeneidad de las poblaciones para tener el poder suficiente de detectar diferencias ⁽⁴⁷⁾; sin embargo, esta homogeneidad puede también estar relacionada a la forma como las personas enfrentan sus necesidades básicas insatisfechas, como la alimentación, en forma distinta a lo que ocurre en regiones no andinas. Por otro lado, Patel ha mencionado que la presencia de problemas de salud mental en personas pobres estaría relacionado al establecimiento de jerarquías sociales independientemente de los ingresos económicos, donde los nivel más bajos estaría en mayor riesgo ⁽⁴⁸⁾, cabría preguntarse si estas jerarquías sociales son menos marcadas en estas regiones, lo que explicaría la ausencia de relación de la pobreza con los trastornos mentales, para lo cual se requeriría de otros estudios para explorar esta posibilidad.

Otro factor a considerar es que las variables utilizadas para la medición de la pobreza, características de la vivienda y la cobertura de necesidades básicas, no genere el mismo estrés o impacto psicológico, por distintas percepciones o valoraciones. Por ejemplo, la disponibilidad de alimentos; en la sierra, las personas que no pueden comprar alimentos podrían acceder a ellos mediante recursos personales o familiares, mientras que en la costa o en la selva si la persona no cuenta con poder adquisitivo no tendría que comer. También se podría postular diferencias en el nivel de estrés en general o aspectos interpersonales. Sin embargo, al comparar rápidamente los resultados de estudios epidemiológicos de la sierra y Lima Metropolitana encontramos proporciones similares en niveles de tensión y percepción de estresores, percepción de confianza en líderes y autoridades, y cohesión y soporte familiar. La única diferencia significativa, entre las dos poblaciones, corresponde a actitudes religiosas que en la región sierra son más favorables. En las ciudades de la sierra, el 73,1 % de la población asiste a la iglesia, mientras que en Lima Metropolitana lo hace el 58,9 %; cerca de la mitad de población en la sierra transmite la religión a sus hijos, mientras que en Lima Metropolitana lo realiza cerca de un tercio; y el 73,5 % de la

población en la sierra considera que la relación ayuda a solucionar problemas mientras que Lima Metropolitana el 62,9 % lo considera así. Diversos estudios han reportado el efecto favorable de la religión sobre la salud mental ⁽⁴⁹⁾; sin embargo, el propósito de este estudio no ha sido identificar qué factores pueden mediar en la relación entre pobreza y salud mental, y estudios posteriores serán necesarios para indagar este tópico.

Con respecto a los indicadores suicidas, tampoco se encontró asociación entre deseos de morir, ideación o intento suicida y pobreza. Diversos estudios han encontrado una relación entre problemas económicos y suicidio ⁽⁵⁰⁾. No hay antecedentes en la región de la sierra peruana o en el resto del país sobre este hallazgo; sin embargo, un estudio poblacional colombiano tampoco encontró asociación entre pobreza e ideación suicida ⁽⁵¹⁾. Pocos estudios sobre indicadores suicidas incluyen la pobreza como variable socioeconómica de estudio, y más bien incluyen otras variables relacionadas. Un estudio poblacional con una muestra de 56,877 personas en México no encontró asociaciones significativas con situación laboral ⁽⁵²⁾, pero otros estudios sí han encontrado una asociación entre ideación suicida y la situación de empleo, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo ⁽⁵³⁾.

Con respecto a la presencia de tendencias psicopáticas no se encontró asociación con pobreza. Un estudio poblacional, realizado en la ciudad de Lima, tampoco encontró asociación entre conductas psicopáticas y pobreza, pero sí cuando la conducta psicopática estaba asociada a violencia ⁽⁵⁴⁾. Aunque con criterios más restrictivos, otro estudio internacional encontró una mayor frecuencia de personalidad antisocial entre las personas de menores ingresos ⁽⁵⁵⁾. Por otro lado, los hallazgos de la relación entre pobreza y permisividad frente a la psicopatía refuerzan la importancia del enfoque de género en los análisis. Los análisis con toda la muestra no demostraban diferencias significativas; sin embargo, el análisis por sexo demostró asociaciones significativas en ambos sexos, pero en direcciones opuestas, lo que explica resultados negativos con toda la muestra. Mientras que las mujeres pobres muestran una mayor chance de permisividad frente a la psicopatía frente a las mujeres socialmente integrados, y los hombres socialmente integrados muestran una mayor chance de permisividad frente a la psicopatía frente a los hombres en situación de pobreza.

No hay una explicación a este hallazgo y se debe corroborar con otros estudios, ya que de confirmarse podría tener otras implicancias, como el modelaje de esta tolerancia en los hijos menores.

En el presente estudio, la relación entre violencia y pobreza es inversa entre los hombres, donde la violencia es significativamente más frecuente en personas no pobres; sin embargo, entre las mujeres, se encuentra una mayor frecuencia de abuso a menores entre las mujeres en situación de pobreza. No existe una explicación a este hallazgo, pero podría estar en relación con los estilos de crianza donde podría predominar el castigo físico. La Encuestas Demográfica y de Salud Familiar (INEL, 2019) da cuenta que es la mujer, como madre, quien castiga físicamente más frecuentemente que los padres⁽⁵⁶⁾. La mayor frecuencia de conductas violentas (involucramiento en peleas) entre las personas de mejor situación económica no concuerda con estudios previos, tanto en Lima⁽⁵⁸⁾ como en otros países.

Con relación a la calidad de vida y pobreza, se encontró asociaciones significativas solo con las mujeres y no en los varones. Varios estudios han reportado una relación entre pobreza y una menor calidad de vida tanto en hombres como en mujeres^(11,57), pero una diferenciación entre sexos no ha sido reportada antes. El concepto de calidad de vida implica la percepción de la persona de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sus sistemas de valores con relación a sus objetivos de vida en general⁽⁵⁸⁾. Algunos autores sostienen que la mujer está más expuesta a los estresores, que se relacionan con la pobreza, lo que podría afectar su percepción de la vida, especialmente en países en vías de desarrollo, con menor educación, más abuso por parte de los esposos⁽⁵⁹⁾; a su vez, estos estresores estarían más relacionados con la calidad de vida y con la satisfacción con la vida. Esto implicaría que la pobreza impactaría, desde un enfoque de bienestar, más a la mujer que a los hombres y confirmaría que la pobreza afecta a la mujer y al hombre en forma distinta debido a las desventajas que tienen las mujeres, como la labor doméstica no remunerada que afecta la capacidad de acceder a otros recursos, los menores recursos sociales, menos participación en vida económica y menos acceso al capital social⁽⁶⁰⁾.

Por otro lado, este estudio encontró una

asociación inversa entre pobreza y satisfacción con la vida, tanto en hombres como mujeres. No hay antecedentes de este hallazgo en nuestro medio, salvo el reporte reciente que encontró una asociación inversa significativa entre felicidad, que integra satisfacción con la vida y pobreza, en la ciudad de Lima Metropolitana⁽⁶¹⁾. Estudios internacionales han encontrado hallazgos similares^(62,63). Es importante remarcar que este indicador de salud positiva fue el único que diferenció a ambos sexos en la relación de la salud mental y pobreza en ciudades de la sierra. Se ha señalado la importancia “de avanzar en las agendas públicas a un enfoque de bienestar y del progreso social que integre sus expresiones materiales y subjetivas” y que ayude a entender las dinámicas de estas relaciones y que implica la identificación de indicadores sensibles⁽⁶⁴⁾. Este hallazgo va en esa dirección y podría significar una línea de investigación sobre la pobreza y la salud mental en estas regiones.

Limitaciones

Debe considerarse las siguientes limitaciones en el presente estudio, comunes a este tipo de investigaciones. Por tratarse de un estudio transversal, no puede asumirse causalidades entre los factores asociados. Asimismo, algunas áreas investigadas son sensibles socialmente, por lo que no podría descartarse que efectos de la deseabilidad social hayan influido en las respuestas, aunque para las preguntas más delicadas se utilizaron tarjetas para asegurar privacidad. Por otro lado, las preguntas de la encuesta dependen enteramente de la memoria de la persona lo que podría influir en la exactitud de la respuesta. Finalmente, la identificación de los trastornos mentales se basan en instrumentos estructurados validados, aplicados por profesionales de la salud, pero no representan diagnósticos confirmados por un psiquiatra. Dado las diferencias culturales entre las regiones del país, los resultados de este estudio no pueden extrapolarse a otras regiones no andinas.

Conclusiones

En líneas generales, en este estudio no se ha demostrado una asociación significativa entre la pobreza y la salud mental negativa, pero sí con salud mental positiva. Se remarca la importancia de ampliar el estudio de la salud mental en estas regiones a aspectos más relacionados con

el bienestar y la salud positiva. Por lo tanto, el enfoque de intervención en las políticas sociales en la lucha contra la pobreza debería contener componentes más focalizados en la promoción de la salud mental en una forma amplia y humanista como lo sugiere la Agencia de Salud Pública de Canadá, como "la capacidad de todos nosotros de sentir, pensar y actuar en formas que mejoren nuestras habilidades de disfrutar la vida y lidiar con los retos que enfrentamos. Es un sentido positivo de bienestar emocional y espiritual que respeta la importancia de la cultura, la equidad, justicia social, interconectividad y dignidad personal", y que ha sido considerada como la definición ideal por parte de expertos de diversos países (). Merece atención especial para estudios posteriores el hallazgo que las mujeres presentan mayor violencia contra menores, en especial si se trata de formas de crianza y los afectados son los propios hijos, más aún si se conoce el efecto deletéreo que tiene el castigo físico en la salud emocional presente y futura de los niños (). Asimismo, la presencia de una mayor frecuencia de permisividad frente a la psicopatía en mujeres pobres debe ser considerada en las políticas en la lucha contra la pobreza.

Recomendaciones

Incorporar la salud positiva explícitamente en las políticas y mediciones oficiales relacionadas a la salud mental y los objetivos de desarrollo sostenible y no solo como la ausencia de problemas de salud mental.

Incorporar la salud positiva explícitamente en mediciones oficiales relacionadas a la salud en general.

Las políticas de lucha contra la pobreza, en la región de la sierra, deben comprender componentes de salud mental dirigidos al diagnóstico y promoción del bienestar y aspectos de salud positiva, con un enfoque de género.

Es importante que las investigaciones relacionadas con la pobreza contengan el enfoque de género que ayude a diferenciar las políticas de intervención.

Referencias

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Panorama Social de América Latina, 2019 (LC/PUB.2019/22-P/Re v.1), Santiago, 2019

2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Evolución de la Pobreza Monetaria 2007-2018. Informe Técnico. Lima: INEI, 2019. Accedido en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1646/libro.pdf
3. Wagstaff A, Pobreza y desigualdades en el sector salud. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2002; 11(5/6):316-326.
4. INEI. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2019. Lima: INEI, 2020. Accedido en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/
5. MINSa. Plan nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021. Informe Técnico. Lima: MINSa, 2017. Obtenido de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>
6. Casas Juan Antonio. Equity, Health and Human Development. CRICS V, La Habana Cuba, Meeting of PAHO/WHO April 24-27
7. 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
8. World Health Organization. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. *Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: WHO, 2001.
9. Perales A. Salud mental en el Perú: Variables socio-económicas, políticas y culturales. *Anales de salud Mental*. 1993; 9: 83-107.
10. Saavedra JE, Cruz V, Mezzich JE. Person centered care and Economic Deprivation: an epidemiological view of positive mental health in a less-developed country. *The International Journal of Person-Centered Medicine*. 2011; 1 (1): 62-75. 10.5750/ijpcm.v1i1.5.
11. Lubetkin EI, Jia H, Franks P, Gold MR. Relationship Among Sociodemographic Factors, Clinical Conditions, and Health-related Quality of Life: Examining the EQ-5D in the U.S. General Population. *Quality of Life Research*. 2005 12;14(10):2187-96.
12. Ministerio de Salud/Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. *Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016*. Lina: MINSa, 2018.
13. Sun H, Gong TT, Jiang YT, Zhang S, Zhao YH, Wu QJ. Global, regional, and national prevalence and disability-adjusted life-years for infertility in 195 countries and territories, 1990-2017: results from a global burden of disease study, 2017. *Aging (Albany NY)*. 2019;11(23):10952-10991. doi:10.18632/aging.102497
14. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, al e. Global Mental Health 1: No health without mental health. *The Lancet*. 2007 Sep;370(9590):859-77.
15. Patel V. Poverty, gender and mental health promotion in a global society. *Promot Educ* 2005;26-9, 62, 68.
16. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigan 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.
17. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile. *Br J Psychiatry* 2001; 178:228-233.

18. 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.
19. Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006. Informe General. Anales de Salud Mental. 2007; 23(1-2): 1-226.
20. Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Informe General. Anales de Salud Mental. 2007; 21(1-2): 1-212.
21. Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. Anales de Salud Mental. 2007; 20(1-2)
22. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2017. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXXV, Año 2019. Número 2. (En proceso de publicación)
23. Robichaud JB, Guay L., Colin C, Pothier M Les liens entre la pauvreté et la santé mentale: de l'exclusion à l'équite. Montreal: Gaëtan Morin Editeur, 1994: 93-98.
24. Stillwell, Frank; Jordan, Kirrily. Economic Inequality and (Un)happiness. Social Alternatives, 2007 Fourth Quarter, Vol. 26 Issue 4, p16-21, 6p
25. Feres JC, Macero X. Enfoques para la medición de la pobreza. Breve revisión de la literatura. Santiago de Chile: UN; 2001 Available at: <http://www.eclac.org/publicaciones/Estadisticas/9/lc11479/lc11479e.pdf>. Accessed Nov 3, 2005.
26. Saavedra JE. Pobreza y salud mental en la población adulta de Lima Metropolitana: trastornos psiquiátricos y otros problemas de salud mental asociados. Anales de Salud Mental. 2019; 34(2):21-41.
27. Instituto Nacional de Salud Mental. Confiabilidad y validez de los cuestionarios de salud mental de Lima y de la Selva Peruana. Anales de Salud Mental 2009; XXV (Supl. 1): 1-259.
28. Tourangeau R, Yan T. Sensitive Questions in Surveys. Psychological Bulletin. 2007; 133(5): 859 – 883.
29. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP, Sheehan D, Janavs 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.
30. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs 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.
31. Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002. Informe General. Anales de Salud Mental. 2002; XVIII (1-2): 1-197.
32. 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.
33. Mezzich JE, Ruipérez MA, Pérez C, Ion G, Liu J, Mamad S. The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation. J Nerv Ment Dis 2000; 188:301-305.
34. Schwartz KI, Zapata-Vega M I, Mezzich JE, Mazzotti G. (2006). Validation study of the Multicultural Quality of Life Index (MQLI) in a Peruvian sample. Revista Brasileira de Psiquiatria 28(1):24-8.
35. Instituto Nacional de Salud Mental. Confiabilidad y validez de los cuestionarios de salud mental de Lima y de la Selva Peruana. Anales de Salud Mental 2009; XXV (Supl. 1): 1-259
36. World Health Organization (1997). Multiaxial Presentation of ICD-10 for Adults. Cambridge, U.K.:Cambridge University Press.
37. WPA IGDA Workgroup.. IGDA.7. Standardized multi-axial diagnostic formulation. British Journal of Psychiatry 2003; 182 (supp. 45): s52-s54.
38. Pavot, William y Diener, Ed. Review of the Satisfaction with life scale. Psychological Assessment 1993; 5 (2):164-172.
39. Ly, G. 2004. Atribuciones causales de la satisfacción con la vida en un grupo de adultos de Lima. Tesis de Licenciatura en Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú.
40. INEI. Manual de la Encuestadora de la Encuesta Nacional de Hogares 2000 IV trimestre Oct 2000.
41. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigan J, Joska JA, Swartz L, Patel V. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. Soc Sci Med. 2010 Aug;71(3):517-528. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.04.027. Epub 2010 May 12. PMID: 20621748; PMCID: PMC4991761.
42. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile. Br J Psychiatry 2001; 178:228-233.
43. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural 2007. Informe General. Anales de Salud Mental. 2008; 24 (1 y 2): 1-247.
44. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2008. Informe General Anales de Salud Mental. 2009; 25 (1 y 2): 1-318.
45. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Rural 2009. Informe General. Anales de Salud Mental. 2012; 28 (Suplemento 2): 1-343.
46. Mauksch LB, Tucker SM, Katon WJ, Russo J, Cameron J, Walker E, Spitzer R. Mental Illness, Functional Impairment, and Patient Preferences for Collaborative Care in an Uninsured, Primary Care Population. J Fam Pract 2001; 50: 41-47.
47. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2002 Jul;37(7):316-25. doi: 10.1007/s00127-002-0551-x. PMID: 12111023.
48. 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.
49. Koenig HG, M.D. Religion, Spirituality, and Health: A Review and Update. Advances in Mind - Body Medicine 2015 Summer;29(3):19-26.

50. Fountoulakis KN, Wolfram K, Theodorakis PN, Kerkhof Ad JFM, Alvydas N, Höschl Cyril, et al. Relationship of suicide rates to economic variables in Europe: 2000-2011. *The British Journal of Psychiatry* 2014 12;205(6):486-496.
51. Arenas A, Gómez-Restrepo C, Rondón M. Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiat*. 2016;45(S1):68-75.
52. Borges G, Orozco R, Villatoro J, Medina-Mora ME, Fleiz C, Díaz-Salazar J. Suicide ideation and behavior in Mexico: Encodat 2016. *Salud Publica Mex*. 2019 Ene-Feb;61(1):6-15.
53. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry*. 2010 Dec;71(12):1617-28. doi: 10.4088/JCP.08m04967blu.
54. Saavedra JE. Aspectos epidemiológicos de la conducta violenta y psicopática en Lima Metropolitana. *Anales*. 2017.
55. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 2004 Jul;65(7):948-58. doi: 10.4088/jcp.v65n0711.
56. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Cap 12. Violencia contera las mujeres, niñas y niños. En: INEI. Perú Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2019 [Internet]. Lima: INEI; mayo, 2020. Accedido: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/
57. Franco OH, Wong YL, Kandala N, Ferrie JE, Dorn JM, Kivimäki M, et al. Cross-cultural comparison of correlates of quality of life and health status: the Whitehall II Study (UK) and the Western New York Health Study (US). *Eur J Epidemiol* 2012 04;27(4):255-65.
58. World Health Organization. WHOQOL User Manual. Geneva: WHO; 1998. Accedido en: <https://www.who.int/toolkits/whoqol>
59. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ*. 2003;81(8):609-15. Epub 2003 Oct 14. PMID: 14576893; PMCID: PMC2572527.
60. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer. Understanding poverty from a gender perspective. Serie Mujer y Desarrollo. Santiago de Chile: United Nations Publications; 2004. Accedido: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5926/S046466_en.pdf?sequence=1&isAllowed=y
61. Saavedra JE. Factores sociodemográficos y eventos de vida tempranos asociados con la felicidad en adultos de Lima Metropolitana. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(1):42-50. Doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.371.4580>.
62. Cheung KC, Kee-Lee C. Poverty, deprivation and life satisfaction among Hong Kong older persons. *Ageing and Society* 2019 04;39(4):703-721.
63. Meyer DF. The Impact of Poverty on Life Satisfaction in a Low Income Community in South Africa. *Journal of Economic & Management Perspectives* 2017;11(4):638-646.
64. Villatoro P. La medición del bienestar a través de indicadores subjetivos: Una revisión. Serie 79 Estudios estadísticos y prospectivos. Santiago de Chile: CEPAL; julio 2012. Accedido de: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/4783>
65. Public Health Agency of Canada (PHAC). The human face of mental health and mental illness in Canada 2006. Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services Canada, 2006.
66. Manwell LA, Barbic SP, Roberts K, et al. What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open* 2015;5:e007079. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007079
67. Gershoff ET. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. *Psychol Bull*. 2002 Jul;128(4):539-79. doi: 10.1037/0033-2909.128.4.539. PMID: 12081081.