

ANALES DE SALUD MENTAL

ÓRGANO OFICIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

VOLUMEN XXXVIII
AÑO 2022
NÚMERO 2
(JULIO - DICIEMBRE)
ISSN-1023-389X

Anales de Salud Mental es la publicación científica oficial del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Publica en español o inglés resultados de investigaciones originales realizadas a nivel nacional e internacional en el ámbito de la salud mental, con la finalidad de difundir los conocimientos sobre salud mental y promoverla desde una perspectiva multidisciplinaria.

Anales de Salud Mental es de presentación semestral. Se publica desde 1985. Las instrucciones a los autores figuran en la última página de la revista. Los artículos para publicación, las revistas para intercambio y toda correspondencia, incluyendo la solicitud de información para suscripciones, debe ser dirigida al editor. La dirección postal es:

Anales de Salud Mental

Volumen. XXXVIII, Número 2. Año 2022 **Julio - Diciembre**

© Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"

Av. Eloy Espinoza Saldaña No. 709, Urb. Palao.

San Martín de Porres. Lima 31, Perú

Teléfono: (01) 7485600; anexo 1058

E-mail: oeaide@insm.gob.pe

Página web: <https://openjournal.insm.gob.pe>

Anales de Salud Mental no comparte necesariamente la opinión de los artículos que aparecen publicados.

Depósito Legal N° 2023-12117

ISSN: XXXX-XXXX (En línea)

ISSN: 1023-389X (Impresa)

ANALES DE SALUD MENTAL

Lima, Perú-2022-Volumen XXXVIII, N° 2

ÓRGANO OFICIAL DEL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
“HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI”

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR EN JEFE

Victor Cruz Campos

EDITOR ASOCIADO

Javier E. Saavedra Castillo

SECRETARIA DE EDICIÓN

Flor Alburquerque Jaramillo

SECRETARIO DE REDACCIÓN

Santiago Stucchi Portocarrero

MIEMBROS

Manuel Arellano Kanashiro

Vilma Chuchón Calle

Yuri Cutipé Cárdenas

† Santos González Farfán

María Mendoza Vilca

Rolando Pomalima Rodríguez

Yolanda Robles Arana

J. César Sotillo Zevallos

Emir Valencia Romero

ANALES DE SALUD MENTAL

VOLUMEN XXXVIII

2022

NÚMERO 2 JULIO-DICIEMBRE

EDITORIAL / EDITORIAL	7
ARTICULOS ORIGINALES / RESEARCH PAPERS.....	9
EXPERIENCIAS TEMPRANAS E IDEACIÓN HETEROAGRESIVA EN LA POBLACION ADULTA DE HUÁNUCO Y CERRO DE PASCO ADVERSE EARLY EXPERIENCES AND HETEROAGGRESSIVE IDEATION IN THE ADULT POPULATION OF HUANUCO AND CERRO DE PASCO VILMA PAZ	9
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. SAAVEDRA.....	25
CONSTRUCCIÓN, DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL “MANUAL PSICO-EDUCATIVO PARA PROFESIONALES DE SALUD QUE ATIENDEN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)” PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO GRUPAL (ETG) CONSTRUCTION, DESIGN AN VALIDATION OF THE PSYCHO-EDUCATIONAL MANUAL FOR HEALTH PROFESSIONALS WHO CARE FOR CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER (ASD)” GROUP THERAPEUTIC TRAINING PROGRAM (ETG) ROXANA VIVAR, SILVIA SALAZAR, ERIKA CONTRERAS.....	45
CORRUPCIÓN PERCIBIDA POR LOS ADULTOS DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ EN DIVERSAS AUTORIDADES DEL PAÍS EN EL 2017 CORRUPTION PERCEIVED BY THE ADULTS OF AYACUCHO, CAJAMARCA AND HUARAZ IN VARIOUS AUTHORITIES OF THE COUNTRY IN 2017 VILMA PAZ	51
DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA E INHABILIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE TRES CIUDADES DE LA SIERRA PERUANA 2003 PSYCHIATRIC DISABILITY AND INABILITY IN THE ADULT POPULATION OF THREE CITIES OF PERUVIAN ANDES 2003 JULIO HUAMÁN PINEDA.....	66

La violencia existe desde los albores de la humanidad¹. Así lo evidencian los restos fósiles encontrados en múltiples lugares del mundo, de hombres, mujeres y niños, con huellas de golpes en la cabeza y laceraciones con puntas de lanza en diversas zonas del cuerpo¹. Desde entonces, la violencia ha suscitado el interés de los investigadores por conocer sus múltiples causas, prevenirla y erradicarla². La ideación heteroagresiva, que podría ser un paso previo al acto de violencia, incluye el deseo de golpear, hacer daño y vengarse por una ofensa recibida de algún conocido o desconocido. Esta ideación heteroagresiva podría haberse ido gestando durante la infancia o la adolescencia, en base a las experiencias adversas sufridas durante estas etapas de la vida. Paz, estudiando en los adultos, las posibles asociaciones entre estas experiencias adversas y la ideación heteroagresiva de los adultos de Huánuco y Cerro de Pasco, encuentra interesantes hallazgos que podrían contribuir a prevenir la ideación heteroagresiva y como consecuencia de ella, la violencia.

Entre la pobreza y salud mental existe una relación “viciosa” condicionada por el bajo nivel educativo, la situación económica inestable, la inseguridad personal, las condiciones de la vivienda, la falta de acceso a servicios y la inequidad, que ofrecen escasas oportunidades de desarrollo³. Y aunque la pobreza ha sido considerada como uno de los determinantes sociales más importantes en la salud mental⁴, las investigaciones sobre la relación entre ambas, arrojan resultados disímiles. Los hallazgos de Saavedra JE, al investigar este tema, resultan sorprendentes, especialmente en relación a género y salud mental positiva.

EL Trastorno del espectro autista (TEA) ha sido siempre un desafío de manejo y tratamiento, para los profesionales de salud. Vivar y cols. han elaborado y validado el “Manual psico-educativo para profesionales de salud que atienden niños con trastorno del espectro autista (TEA)” Programa de entrenamiento grupal (ETG)⁵. Este Manual, validado, se constituye en un instrumento valioso para el manejo de niños con TEA y el trabajo a desarrollar con los padres de familia.

La corrupción es un problema mundial, presente en mayor o menor grado, tanto en países en vías de desarrollo, como en los desarrollados. Una manera de conocer indirectamente la magnitud de la corrupción, es preguntando a los pobladores, sobre la percepción que tienen acerca de diversos actos de corrupción llevados a cabo por sus autoridades^{6,7}. Paz, estudiando en los adultos de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, la corrupción percibida en diversas autoridades encontró diferencias significativas en relación al sexo del entrevistado.

Los trastornos mentales ocasionan limitaciones en el funcionamiento de las personas. A estas limitaciones ocasionadas por los trastornos mentales, se les llama discapacidad psiquiátrica. La inhabilidad se refiere a las limitaciones no causadas por un trastorno mental. Huamán encontró en tres ciudades de la sierra peruana prevalencia de discapacidad alta y relacionada con los principales trastornos mentales.

Vilma Paz

Médico Psiquiatra. Instituto Nacional de Salud Mental
“Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, de Lima.

1. Los orígenes de la violencia. Correo de la Unesco. Courier 2020-1. Disponible en: <https://es.unesco.org/courier/2020-1/origenes-violencia>. Acceso: 06 de diciembre de 2022
2. Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Prevención de la violencia: la evidencia. Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe. Disponible en: [https://oig.cepal.org/es/documentos/prevencion-la-violencia-la-evidencia#:~:text=1\)%20aumentar%20las%20relaciones%20sanas,blancas%20y%20los%20plaguicidas%3B%205](https://oig.cepal.org/es/documentos/prevencion-la-violencia-la-evidencia#:~:text=1)%20aumentar%20las%20relaciones%20sanas,blancas%20y%20los%20plaguicidas%3B%205). Acceso: 06 de diciembre del 2022.
3. Ring. Relaciones inteligentes. OMS advierte sobre el círculo vicioso entre la salud y la inteligencia. Disponible en: <https://relacionesinteligentes.com/salud-mental-y-pobreza/>. Acceso: 06 de diciembre del 2022.
4. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta. 17 de junio del 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Acceso: 06 de diciembre del 2022.
5. Tovar et al. Entrenamiento Terapéutico Grupal. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Departamento de psiquiatría infantil y del adolescente. Lima. 1986 [consultado en mayo del 2020]. 25. Disponible en Biblioteca del INSM "HD-HN".
6. Reyes-Heroles F. Corrupción: de los ángeles a los índices. Cuadernos de transparencia 01. IFAI. Disponible en: http://www.resi.org.mx/ica/new_f/images/Biblioteca/Cuaderno%20transparencia/cuadernillo1.pdf. Acceso: 10 de noviembre del 2020.
7. Proética. Capítulo Peruano de Transparencia Internacional. Encuesta nacional sobre percepciones de la corrupción en el Perú. Que opina la ciudadanía sobre corrupción. Años 2002-2019. Disponible en: <https://www.proetica.org.pe/contenido/encuesta-nacional-sobre-percepciones-de-la-corrupcion-en-el-peru/>. Acceso: 12 de noviembre del 2020.

EXPERIENCIAS TEMPRANAS ADVERSAS E IDEACIÓN HETEROAGRESIVA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUÁNUCO Y CERRO DE PASCO

ADVERSE EARLY EXPERIENCES AND HETEROAGGRESSIVE IDEATION IN THE ADULT POPULATION DAPTATION OF HUÁNUCO Y CERRO DE PASCO

Vilma Paz¹

RESUMEN

OBJETIVO: Estudiar si existe asociación entre algunas experiencias tempranas adversas y la ideación heteroagresiva en los adultos de 18 años y más residentes habituales de las ciudades de Huánuco y Cerro de Pasco.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal, correlacional, que usó la base de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental realizado en esas ciudades en el 2013.

MUESTRA: 2964 adultos de 18 y más, residentes habituales de las ciudades mencionadas.

INSTRUMENTOS: El Test modificado del EMBU (Egna Minen av Bardoms Uppfostram) (Propia memoria acerca de la crianza) que resume los estilos de crianza en tres dimensiones: afecto, control y favoritismo, y, control y exigencia; además, el Cuestionario de Salud Mental de Colombia modificado y adaptado en nuestro medio que incluye preguntas sobre ideación heteroagresiva (“¿Ha tenido la idea de golpear a algún conocido?”, “¿ha tenido la idea de golpear a algún desconocido”, “¿ha tenido la idea de vengarse por una ofensa?” y “¿ha tenido la idea de matar a alguien?”). También incluye preguntas sobre experiencias adversas vividas por los adultos antes de los 18 años de edad, como: “¿Sus padres se separaron o divorciaron?”, “mientras crecía, ¿sufrió algún tipo de abuso sexual como ser objeto de intensos o actos sexuales inapropiados, forzados en contra de su voluntad o bajo amenazas”; “mientras crecía, ¿su familia vivió en permanente riesgo o amenaza a la integridad física de alguno de sus miembros?”, “mientras crecía, ¿recibió insultos, agresiones verbales u ofensas en forma frecuente?”, “mientras crecía, ¿fue objeto de chantajes, manipulaciones o humillaciones en forma frecuente?”, “mientras crecía se ha encontrado en situaciones en las que se ha sentido abandonado(a) porque no le procuraban alimentos, medicinas, ropa adecuada, no lo(a) han llevado al médico o no le han brindado otras necesidades básicas o afecto?”. Se calcularon las frecuencias de cada tipo de ideación heteroagresiva y de sus posibles combinaciones (2,3 y 4 de ellos). Se seleccionaron aquellos tipos y combinaciones de ideación heteroagresiva que presentaban por lo menos 30 casos. Luego se hicieron análisis bivariados con ellos y los estilos de crianza y, también, con las experiencias tempranas adversas. Se calcularon los OR con sus intervalos de confianza al 95% y con una significación de 0,05. Los factores significativamente asociados en los análisis bivariados entraron en regresiones

SUMMARY

OBJECTIVE: to study if there is association between some early adverse experiences and heteroaggressive ideation in adults aged 18 years and older, habitual residents of the cities of Huánuco and Cerro de Pasco.

MATERIAL AND METHODS: Descriptive, cross-sectional, correlational study that used the database of the Epidemiological Study of Mental Health carried out in these cities in 2013.

SAMPLE: 2964 adults aged 18 and over, habitual residents of the cities mentioned.

INSTRUMENTS: The modified EMBU Test (Egna Minen av Bardoms Uppfostram) (Own memory about parenting) that summarizes parenting styles in three dimensions: affection, control and favoritism, and control and demand; in addition, the Colombian Mental Health Questionnaire modified and adapted in our environment that includes questions on heteroaggressive ideation (“Have you had the idea of hitting someone you know?”, “Have you had the idea to hit some stranger?”, “Have you had the idea of revenge for an offense?” and “Have you had the idea to kill someone?”). It also includes questions about adverse experiences lived by adults before the age of 18, such as: Did your parents separate or divorce? “While you were growing up, did you experience any type of sexual abuse such as being subjected to inappropriate sexual acts or attempts, forced against your will or under threat”; “While you were growing up, did your family live in permanent risk or threat to the physical integrity of any of its members? “While you were growing up, did you receive insults, verbal attacks or offenses frequently? “While you were growing up, Were you frequently subjected to blackmail, manipulation or humiliation? “While you were growing up, have you found yourself in situations in which you felt abandoned because you were not provided with food, medicine, adequate clothing, you were not taken to the doctor or you were not been provided with other basic needs or affection?”. The frequencies of each type of heteroaggressive ideation and their possible combinations (2,3 and 4 of them) were calculated. Those types and combinations of heteroaggressive ideation that presented at least 30 cases were selected. Bivariate analyzes were then done on them and parenting styles, as well as adverse early experiences. ORs were calculated with their 95% confidence intervals and a significance level of 0,05. The factors significantly associated in the

¹. Médico psiquiatra. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, de Lima, Perú.

logísticas bivariadas y los asociados en estas últimas, en e regresiones logísticas multivariadas según cada tipo de ideación heteroagresiva. No se incluyeron en la regresión logística multivariada aquellos factores que en los análisis bivariados tenían en algunos de sus casilleros prevalencias cero o frecuencias esperadas menores a 5. Se utilizó el SpssV.20.

RESULTADOS: El 8,1% de la población adulta presentó la idea de golpear a alguien conocido (IC:7,0-9,5); el 5,6% tuvo la idea de golpear a alguien conocido y de vengarse por una ofensa (IC: 4,6-6,8); 4,6% había tenido solo la idea de vengarse por alguna ofensa (IC:3,7-5,7); el 1,7%, solo la idea de golpear a un desconocido (IC:1,2-2,5) y el 0,6% admitió haber tenido la idea de matar a alguien (IC:0,3-1,3). La idea de golpear a alguien conocido estuvo asociada a haber vivido en permanente riesgo o amenaza a la integridad física de alguno de sus miembros (OR: 8,95; IC: 2,09-38,37). La idea de golpear a alguien conocido y vengarse por una ofensa estuvo asociada al grado de instrucción superior no universitaria (OR: 4,71; IC: 1,31-16,41) y también al grado de instrucción superior universitaria (OR: 4,35; IC: 1,37-13,79), a haber sufrido algún tipo de abuso sexual antes de los 18 años (OR: 2,44; IC: 1,10-5,42) y a haber recibido frecuentemente insultos, agresiones verbales u ofensas (OR: 2,79; IC: 1,46-5,31). La idea de vengarse por una ofensa estuvo asociada a la instrucción superior no universitaria (OR: 4,76; IC: 1,81-12,74), a la instrucción secundaria (OR: 3,34; IC: 1,28-8,73), a haberse criado en un hogar con mucha exigencia y control (OR: 2,31; IC: 1,12-4,75), el hogar sin exigencia ofrecía un riesgo menor (OR: 2,12; IC: 1,09-4,1). Golpear a alguien conocido y a alguien desconocido estuvo asociado a la lengua materna castellano (OR: 7,31; IC: 1,6-33,37). La idea de golpear a alguien conocido, a alguien desconocido y vengarse por una ofensa estuvo asociada con la edad entre 18 y 24 años (OR: 5,20; IC: 0,85-31,67).

CONCLUSIONES: El grupo entre 18 y 24 años de edad, con instrucción superior no universitaria, secundaria o superior universitaria, bajo un estilo de crianza con mucha exigencia o sin exigencia ni control, que ha sufrido algún tipo de abuso sexual, algún tipo de violencia verbal, o que alguno de los miembros de la familia había estado en permanente riesgo o amenaza a su integridad física, tenían mayor riesgo de presentar algún tipo de ideación heteroagresiva.

RECOMENDACIONES: 1. Realizar investigaciones para estudiar las prevalencias de actos violentos en los adultos que han presentado ideación heteroagresiva; 2. Implementar programas de control de la ideación heteroagresiva, dirigidos a adultos jóvenes de 18 a 24, a cargo de los profesionales de salud mental capacitados, a fin de prevenir actos de violencia.

PALABRAS CLAVE: El Población adulta, Ideación heteroagresiva, Experiencias tempranas adversas, Estilos de crianza.

bivariate analyzes entered into bivariate logistic regressions and those associated in the latter, in multivariate logistic regressions according to each type of heteroaggressive ideation. Those factors that in the bivariate analyzes had zero prevalence in some of their boxes were not included in the multivariate logistic regression or expected frequencies less than 5. SpssV.20 was used.

RESULTS: 8,1% of the adult population presented the idea of hitting someone known (CI:7,0-9,5); 5,6% had the idea 5,6% had the idea of hitting someone they knew and taking revenge for an offense (CI: 4,6-6,8); 4,6% had only had the idea of taking revenge for some offense (CI:3,7-5,7); 1,7% had just the idea of hitting a stranger (CI:1,2-2,5) and 0,6% admitted to having had the idea of killing someone (CI:0,3-1,3). The idea of hitting someone known was associated with having lived in permanent risk or threat to the physical integrity of any of its members (OR: 8,95; CI: 2,09-38,37). The idea of hitting someone known and taking revenge for an offense was associated with a non-university higher education degree (OR: 4,71; CI: 1,31-16,41) and also to the degree of higher university education (OR: 4,35; CI: 1,37-13,79), to have suffered some type of sexual abuse before the age of 18 (OR: 2,44; CI: 1,10-5,42) and to have frequently received insults, verbal attacks or offenses (OR: 2,79; CI: 1,46-5,31). The idea of taking revenge for an offense was associated with non-university higher education (OR: 4,76; CI: 1,81-12,74), to high school educative level (OR: 3,34; CI: 1,28-8,73), to have grown up in a home with a lot of demand and control (OR: 2,31; CI: 1,12-4,75), the undemanding home offered a lower risk (OR: 2,12; CI: 1,09-4,1). Hitting someone known and someone unknown was associated with the mother tongue Spanish (OR: 7,31; CI: 1,6-33,37). The idea of hitting someone known, someone unknown and taking revenge for an offense was associated with the age between 18 and 24 years (OR: 5,20; CI: 0,85-31,67).

CONCLUSIONS: The group between 18 and 24 years old, with non-university educational level, high school level or university educational level, under a style of upbringing with a lot of demand or without demand or control, who has suffered some type of sexual abuse before the age of 18, some kind of verbal violence, or that any of the family members had been in permanent risk or threat to their physical integrity, they had a higher risk of presenting some type of heteroaggressive ideation.

RECOMMENDATIONS: 1. Carry out research to study the prevalence of violent acts in adults who have presented heteroaggressive ideation. 2. Implement control programs for heteroaggressive ideation, aimed at young adults from 18 to 24, by trained mental health professionals, in order to prevent acts of violence.

KEYWORDS: Adult population, Heteroaggressive ideation, Adverse early experiences, Parenting styles.

La violencia es un problema mundial de salud pública¹. Su abordaje es complejo porque interactúan muchos factores para que se produzca. Están involucrados aspectos morales, ideológicos, culturales, políticos, legales e individuales. La violencia afecta la vida emocional de las personas, pone en riesgo su integridad física y algunas veces ocasiona la muerte. La violencia afecta mayormente a los jóvenes. En la población mundial entre los 15 y los 44 años de edad es la principal causa de muerte y es responsable del 14% de las defunciones en

los varones y del 7% de las defunciones en la población femenina¹. Se calcula que por cada joven que muere por la violencia, quedan entre 20 y 40 lesionados que ameritan ser hospitalizados debido a sus lesiones².

La violencia "es el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea como amenaza o efectivo contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones"¹.

El espectro de la violencia incluye la ideación autoagresiva (pensamientos de hacerse daño) o heteroagresiva (pensamientos de hacerle daño a alguien), pasando o no por el planeamiento suicida u homicida hasta llegar al acto violento contra sí mismo o contra los demás. Los pensamientos de hacerle daño a alguien incluyen la idea de golpear a personas conocidas o desconocidas, vengarse por una ofensa y la idea de matar a alguien. La venganza puede constituirse en una importante herramienta usada por los adolescentes para procurarse justicia en medios donde la intervención organizada de la policía y de los profesores es limitada. La ideación heteroagresiva puede ser el paso previo que luego desencadene un hecho consumado de heteroagresión fatal⁴.

Desde que nacemos, estamos expuestos a diversas situaciones más o menos difíciles que pueden actuar como factores estresantes, tóxicos o no, dependiendo de la edad en que ocurren (los primeros 2 o 3 años de vida son importantísimos y tal vez desde la etapa prenatal ya el feto puede estar experimentando a través de la madre, experiencias traumáticas), de la percepción que se tenga de la situación, de la predisposición genética, de la respuesta fuerte y prolongada frente al estrés y del apoyo emocional que el entorno nos brinde con la protección de una persona adulta. Cuando actúan como factores tóxicos, pueden afectar la salud física, mental o emocional de una persona en cualquier momento de su vida⁵.

Cuando un niño está permanentemente expuesto a estresores ambientales, la arquitectura de su cerebro que no está completamente desarrollada cuando nace, puede verse afectada. La mielinización, la formación de las conexiones sinápticas, el desarrollo de la glía y de los sistemas circulatorios no están completados; se van adaptando a las demandas del entorno en que crecerá y desarrollará el niño⁵.

Los sobrevivientes a experiencias infantiles adversas, pueden tener dificultades de adaptación en la crianza de sus hijos. Su capacidad de respuesta frente al estrés adulto puede verse limitada como consecuencia del trauma inicial y no van a poder responder adecuadamente ante situaciones estresantes adicionales. Esto puede afectar su estilo de criar y de relacionarse con sus hijos⁵. A su vez, el estilo de crianza de los padres despertará determinadas respuestas en los hijos.

Las experiencias adversas de la infancia permanecen guardadas en el sistema nervioso central dejando huellas en el hipocampo, la amígdala, el cerebelo, el cuerpo caloso, el hipotálamo y la corteza cerebral; que se expresarán en problemas en la atención, el lenguaje, la memoria, el desarrollo intelectual y fracaso escolar⁶. Estos niños tendrán bajo rendimiento escolar y dificultades para relacionarse con sus pares por sus limitaciones intelectuales, su comportamiento impulsivo, su tendencia a experimentar emociones negativas, su reactividad emocional, la mayor percepción de hostilidad en los otros y tendrán mayores posibilidades de desarrollar comportamientos violentos en la adultez⁶.

No se ha estudiado en nuestro medio, la frecuencia de la ideación heteroagresiva (tener la idea de pegarle a alguien conocido o desconocido, vengarse por una ofensa, matar a alguien) ni la frecuencia de presentar 2, 3, o 4 de ellas juntas, en la población adulta, que según la literatura revisada es la más expuesta a actos de violencia. Tampoco, su asociación con el estilo de crianza percibido o con alguna experiencia adversa de la infancia.

Las actitudes que los padres muestran hacia los hijos y que se traducen en diversos estilos para criarlos pueden favorecer su desarrollo⁷, o más bien generarles problemas emocionales o trastornos mentales mientras crecen, cuando son adolescentes^{8,9,10} o llegan a ser adultos^{11,12}, o adultos mayores. Un buen soporte parental predice una buena autoestima y seguridad en sí mismo.

Como resultado del equilibrio entre los niveles de capacidad de respuesta de los padres (soporte parental) y la exigencia hacia los hijos (control), se describieron inicialmente 3 estilos de crianza¹³ para posteriormente añadir un cuarto estilo (el “no involucrado”) quedando descritos 4 estilos de crianza¹⁴. El estilo “autoritativo” (democrático) incluye altos niveles de capacidad de respuesta y de exigencia. Estos padres son cálidos, nutricos y sensibles a las necesidades de sus hijos y sus expectativas guardan relación con la edad y maduración de sus hijos. El estilo “autoritario” incluye baja capacidad de respuesta y alta exigencia hacia los hijos. Estos padres son usualmente fríos, no brindan soporte, son insensibles ante las necesidades de sus hijos y los controlan mucho. En el estilo “indulgente” hay

alta capacidad de respuesta de los padres y baja exigencia hacia los hijos; estos padres creen que unas pocas reglas y expectativas beneficiarán el desarrollo de los niños. En el estilo "no involucrado" hay baja capacidad de respuesta y baja actitud de exigencia hacia los hijos. Estos padres no hacen conexión con sus hijos y se mantienen distantes.

Los adultos que han recibido un estilo de crianza autoritativo (democrático), reportan mayor bienestar psicológico y menos síntomas depresivos que los que recibieron un estilo parental autoritario o no involucrado⁷. Los adultos que refieren estilo no involucrado parental de crianza presentan mayor abuso de sustancias⁷. Al comparar el estilo autoritativo con el indulgente no se han encontrado diferencias⁷.

Para poder medir los estilos de crianza se han creado diversos instrumentos, como el EMBU creado por Perris y col en 1980 basado en la memoria de la persona para recordar cómo fue la crianza que recibió de sus padres. El EMBU evalúa 14 modalidades de conducta parental: abusiva, afectuosa, avergonzadora, deprivadora, estimulante, favorecedora de los hermanos, favorecedora de la persona, generadora de culpa, orientada al desempeño, punitiva, rechazante, sobreinvolucrada, sobreprotectora y tolerante. En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental desarrollado en las ciudades de Huánuco y Cerro de Pasco en el 2013 (EESM-HCP) se utilizó una versión adaptada del EMBU en la que se incluyeron 12 de los 81 ítems originales, que engloban 3 dimensiones: calor emocional, control y rechazo, sobreprotección y favoritismo. Se añadieron 2 ítems: 1. Lo controlaban pero no le daban afecto y 2. Eran muy exigentes respecto a sus calificaciones escolares. El instrumento quedó con un total de 14 ítems mutuamente excluyentes. Antes de aplicarlo se lo sometió a juicio de expertos y se lo probó en el campo. Luego de medir su validez y confiabilidad interna, se concluyó que mide 3 dimensiones: 1. Afecto, con sus dos categorías: positivo y negativo; 2. Favoritismo, alto o bajo; 3. Control, con 3 categorías: ausente, control e interés y control exagerado.

Las experiencias adversas que las personas viven durante su niñez o adolescencia funcionan como factores estresantes que producen cambios neurobiológicos en el sistema nervioso central y que pueden tener consecuencias en etapas más

tardías. Los castigos severos durante la infancia; el proceder de una familia disfuncional, el divorcio, la separación prolongada o la muerte de alguno de los padres y todos los tipos de abuso⁵, parecen jugar un rol importante para desarrollar comportamientos violentos durante la adolescencia¹⁵, dependencia al alcohol^{16,17} y a la nicotina en adultos, así como trastorno bipolar en la adultez¹⁸. En el trastorno bipolar, estas experiencias están asociadas con un inicio más temprano del trastorno, un curso más severo, recaídas más frecuentes, conductas suicidas y enfermedades somáticas.

Estas experiencias adversas de la infancia no actúan como un factor traumatizante aislado sino que las experiencias de excesiva disciplina o de negligencia en la familia de origen también se consideran estresores relevantes en la formación de un trastorno mental¹⁹.

Las experiencias adversas sufridas antes de los 18 años de edad incluyen separación o divorcio de los padres, haber sufrido algún tipo de abuso físico (golpes, puñetes o empujones) en forma frecuente mientras crecía, haber sufrido algún tipo de abuso sexual (intentos o actos sexuales forzados contra su voluntad o bajo amenazas); haber vivido en constante riesgo o amenaza contra la integridad física de alguno de sus miembros; haber recibido insultos, agresiones verbales u ofensas en forma frecuente; haber sufrido de chantajes, manipulaciones o humillaciones en forma frecuente; haberse encontrado en situaciones en las que se ha sentido abandonado porque no le procuraban alimentos, medicinas, ropa adecuada, o no lo llevaban al médico o no le habían brindado otras necesidades básicas o afecto.

El objetivo de esta investigación fue estudiar si existe asociación entre ideación heteroagresiva y algunas experiencias tempranas adversas (incluidos los estilos de crianza) en los adultos de 18 años y más residentes habituales de las ciudades de Huánuco y Cerro de Pasco.

Material y métodos

Tipo de estudio

Descriptivo, epidemiológico y transversal, que usó la base de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental (EESM) en las Ciudades de Huánuco y Cerro de Pasco, realizado en el

2013 por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (INSM).

Población y muestra

La población en estudio incluyó a los adultos de 18 años de edad y más que en el 2013 residían habitual o permanentemente en las viviendas particulares, de las ciudades de Huánuco y Cerro de Pasco.

El muestreo fue probabilístico y en varias etapas. Primero se seleccionaron los conglomerados de viviendas contiguas, según el marco muestral del Instituto Nacional de Estadística e Informática elaborado en base al Pre Censo del 2007. Luego, las viviendas en cada uno de los conglomerados, según el registro de viviendas efectuado por el personal de campo que realizó la encuesta y, por último, al adulto dentro de cada vivienda que satisfacía los criterios de inclusión, según el registro de miembros del hogar elaborado por los encuestadores al momento de abordar la vivienda.

La muestra fue ponderada para reproducir la estructura demográfica de la población en estudio. Se incluyeron en la muestra a 2962 adultos, los cuales estuvieron repartidos en varias submuestras, según la frecuencia de presentación de un solo tipo de ideación heteroagresiva y de varios tipos combinados. Los análisis fueron realizados con los tipos de ideación heteroagresiva y sus combinaciones que presentaron frecuencias mayores o iguales a 5 y que tenían 30 casos como mínimo (Ver Tabla N°1).

Criterios de inclusión

Del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Sierra Rural /EESM SR): adultos de 18 años y más sin problemas que impidieran la comunicación. Si hubiera problemas mentales moderados o severos que impidiesen la comunicación, se realizaría la entrevista indirecta al jefe del hogar.

En el presente estudio se incluyeron las submuestras de adultos cuyos casos, según los diversos tipos de ideación heteroagresiva y de la presencia combinada de 2,3 y 4 tipos de ellas, eran iguales o mayores a 30.

Instrumentos utilizados en esta investigación

El Test modificado del EMBU (Egna Minen av Bardoms Uppfostram) (Propia memoria acerca de la crianza)²⁰ y el MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión Española CIE-10 de Lecrubier y colaboradores)²¹.

EL EMBU

(Egna Minen av Bardoms Uppfostram) (Propia memoria acerca de la crianza). Creado por Perris y col en 1980, se basa en la memoria de la persona para recordar cómo fue la crianza que recibió de sus padres. El EMBU evalúa 14 modalidades de conducta parental: abusiva, afectuosa, avergonzadora, deprivadora, estimulante, favorecedora de los hermanos, favorecedora de la persona, generadora de culpa, orientada al desempeño, punitiva, rechazante, sobreinvolucrada, sobreprotectora y tolerante. En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental realizado en las ciudades de Huánuco y Cerro de Pasco en el 2013 (EESM-HCP) se utilizó una versión adaptada del EMBU en la que, de los 81 ítems originales, se incluyeron 12 que engloban 3 dimensiones: calor emocional; control y rechazo; sobreprotección y favoritismo. Se añadieron 2 ítems: 1. Lo controlaban pero no le daban afecto y 2. Eran muy exigentes respecto a sus calificaciones escolares. El instrumento quedó con un total de 14 ítems mutuamente excluyentes. Antes de aplicarlo fue sometido a juicio de expertos y probado en el campo. Luego de medir su validez y confiabilidad interna, se concluyó que mide 3 dimensiones: 1. Afecto, con sus dos categorías: positivo y negativo; 2. Favoritismo alto o bajo, 3. Control, con 3 categorías: ausente, control e interés y control exagerado.

El cuestionario de Salud Mental

Elaborado en Colombia, modificado y adaptado en anteriores estudios realizados por el INSM “HD-HN” tanto en adultos²³ como en adolescentes²⁴. Fue adaptado para el estudio epidemiológico en Lima, corregido y readaptado para la sierra. Incluye preguntas sobre ideación heteroagresiva como: “¿Ha tenido la idea de golpear a algún conocido?”, “¿ha tenido la idea de golpear a algún desconocido”, “¿ha tenido la idea de vengarse por una ofensa?” y “¿ha tenido la idea de matar a alguien?”. También tiene preguntas sobre experiencias negativas vividas

por los adultos en la infancia o la niñez, antes de los 18 años de edad ("¿Sus padres se separaron o divorciaron?", "mientras crecía, ¿sufrió algún tipo de abuso sexual como ser objeto de intensos o actos sexuales inapropiados, forzados en contra de su voluntad o bajo amenazas"; "mientras crecía, ¿su familia vivió en permanente riesgo o amenaza a la integridad física de alguno de sus miembros?", "mientras crecía, ¿recibió insultos, agresiones verbales u ofensas en forma frecuente?", "mientras crecía, ¿fue objeto de chantajes, manipulaciones o humillaciones en forma frecuente?", "mientras crecía se ha encontrado en situaciones en las que se ha sentido abandonado(a) porque no le procuraban alimentos, medicinas, ropa adecuada, no lo(a) han llevado al médico o no le han brindado otras necesidades básicas o afecto?").

Factores

Los factores incluidos en los análisis bivariados fueron:

Sociodemográficos

Edad: cuantitativa y continua. Se recodificó en:

18-24 años

25-44

45-64

65 y más

. Sexo: masculino y femenino. Escala nominal.

. Estado civil: Escala nominal. Se reagruparon en:

Unidos (Casados y Convivientes)

Alguna vez unidos (Viudos, separados, divorciados)

Nunca unidos (Solteros).

. Nivel de instrucción: se recodificó en: Sin nivel/inicial, primaria, secundaria y bachillerato, superior y posgrado.

. Lengua materna:

Castellano, quechua, aymara u otra.

. Analfabetismo: ¿Sabe leer y escribir? Sí; No

. Situación laboral: ¿La semana anterior estuvo usted trabajando? -Sí; -No

Tipos de ideación heteroagresiva: especificados en el Ítem Instrumentos. EMBU.

Estilos de crianza: especificados en el Ítem Instrumentos. Cuestionario de Salud Mental.

Análisis

Se realizaron Se obtuvieron las frecuencias de los diversos tipos de ideación heteroagresiva y de la combinación de 2, 3 y 4 de ellos. Se seleccionaron los que presentaban las mayores frecuencias ($n > 30$). Luego análisis bivariados entre cada uno de los factores sociodemográficos, cada uno de los estilos de crianza y cada una de las experiencias traumáticas con cada tipo de ideación heteroagresiva cuya frecuencia de presentación era igual o mayor a 30. Los factores que resultaron asociados ($p < 0,05$) en los análisis bivariados se incluyeron en modelos bivariados de regresión logística. Los factores asociados en estos modelos parciales, se introdujeron en modelos finales de regresión logística, controlando el efecto de los factores sociodemográficos. Las regresiones logísticas finales mostraron los factores de riesgo asociados a cada uno de los tipos de ideación heteroagresiva.

El procesamiento de los datos se hizo con el SPSS. V.20.

Los encuestados participaron voluntariamente firmando un consentimiento informado antes de responder la encuesta. El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en las Ciudades de Huánuco y Cerro de Pasco 2013, se realizó con la aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM).

Resultados

Análisis descriptivo de la ideación heteroagresiva

En la Tabla N°1, se aprecian las frecuencias de los diversos tipos de ideación heteroagresiva y de sus posibles combinaciones. La idea de golpear a un conocido fue la más frecuente (8,1% de los adultos ($n=248$; IC: 7,0-9,5). El 5,6% ($n=160$; IC: 4,6-6,8) había tenido la idea de golpear a alguien conocido y vengarse por una ofensa. El 4,6% ($n=138$; IC:3,7-5,7) sólo tuvo la idea de vengarse por una ofensa. El 2,5% ($n=76$; IC:1,9-3,4) tuvo

la idea de golpear a alguien conocido, a alguien desconocido y de vengarse por una ofensa. El 1,7% (n=39; IC:1,2-2,5) de los adultos encuestados sólo había tenido la idea de golpear a alguien desconocido. Un pequeño porcentaje (0,6%) (n=12; IC: 0,3-1,3) admitió haber tenido la idea de matar a alguien. Solo el 0,5% (n=8; IC:0,2-1,1) tuvo todos los tipos de ideación heteroagresiva. Y el 72% (n=2179; IC: 69,7-74,0), ningún tipo de ideación heteroagresiva. No se han presentado en la tabla los tipos de ideación heteroagresiva y sus combinaciones cuyos n eran menores a 30.

TABLA 1.
FRECUENCIA DE LOS TIPOS DE IDEACIÓN HETEROAGRESIVA Y DE SUS COMBINACIONES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE CERRO DE PASCO Y HUÁNUCO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

SUB POBLACIONES	MUESTRA (SIN PONDERAR)	ESTIMACION(**) (%)	IC 95% (**)	
HABER TENIDO LA IDEA DE HACERLE DAÑO A ALGUIEN COMO:				
A. SOLO GOLPEAR A ALGUIEN CONOCIDO	248	8,1	7,0	9,5
B. SOLO GOLPEAR A ALGUIEN DESCONOCIDO	39	1,7	1,2	2,5
C. SOLO VENGARSE POR UNA OFENSA	138	4,6	3,7	5,7
AB. GOLPEAR A ALGUIEN CONOCIDO Y A ALGUIEN DESCONOCIDO	30	1,2	0,8	1,8
AC: GOLPEAR A ALGUIEN CONOCIDO Y VENGARSE POR UNA OFENSA	160	5,6	4,6	6,8
ABC: GOLPEAR A ALGUIEN CONOCIDO, A ALGUIEN DESCONOCIDO Y VENGARSE POR UNA OFENSA	76	2,5	1,9	3,4
Ni (ABCD): NO TUVIERON NINGUNA IDEA HETEROAGRESIVA	2179	72,0	69,7	74,0

**Porcentaje expandido de la población instrumentos

Análisis bivariados

Haber vivido, mientras crecía, en permanente riesgo o amenaza a la integridad física de alguno de los miembros de la familia, fue la única experiencia temprana adversa relacionada con haber tenido la idea de golpear a alguien conocido. Ningún factor sociodemográfico, ni ningún estilo de crianza estuvo asociado.

La idea de golpear a alguien desconocido fue significativamente mayor en los que tenían como lengua materna el castellano, aunque solo hubo un caso cuya lengua materna era el quechua. Ningún estilo de crianza ni ninguna experiencia temprana adversa estuvo asociado a la ideación de golpear a alguien desconocido.

La idea de golpear a alguien conocido y a alguien desconocido fue significativamente mayor en los adultos cuya lengua materna era el castellano y en los varones. Hubo asociación significativa con lengua materna castellano y sexo masculino.

Factores sociodemográficos, estilos de crianza, experiencias tempranas adversas e ideación de vengarse por una ofensa

La idea de vengarse por una ofensa fue significativamente mayor (7,2%) en los más jóvenes (de 18 a 24 años), en los solteros (7,1%), en los que tenían educación superior no universitaria (8,1%) y en los que sabían leer y escribir (4,8%). También hubo asociación con el estilo de crianza con mucha exigencia. Ni el sexo, ni el nivel de pobreza, ni la lengua materna, ni ninguna experiencia temprana adversa estuvieron asociados a la idea de vengarse por una ofensa. (Tabla N°2).

TABLA 2.
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, ESTILOS DE CRIANZA, EXPERIENCIAS TEMPRANAS ADVERSAS E IDEACIÓN DE VENGARSE POR UNA OFENSA (N=138) EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUÁNUCO Y CERRO DE PASCO. ANÁLISIS BIVARIADO

FACTORES (%; N)	C: VENGARSE POR UNA OFENSA				P
	No		Si		
	N	%	N	%	
SOCIODEMOGRÁFICOS					
EDAD					
DE 18 A 24 AÑOS (562; 25,1%)	522	92,8	40	7,2	0,006
DE 25 A 44 AÑOS (1370; 38,6%)	1305	95,8	64	4,2	
DE 45 A 64 AÑOS (742; 26,4%)	711	96,1	31	3,9	
DE 65 A MÁS (291; 9,9%)	288	98,6	3	1,4	
ESTADO CIVIL					
UNIDO (1698; 55,7%)	1626	96,3	71	3,7	0,002
ALGUNA VEZ UNIDO (573; 14%)	557	97,3	16	2,7	
NUNCA UNIDO (692; 30,3%)	641	92,9	51	7,1	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN					
SIN NIVEL/ PRIMARIA (648; 20,8%)	638	99,0	10	1	0,000
SECUNDARIA (1000; 33,0%)	950	94,6	49	5,4	
SUP. NO UNIVERSITARIA (375; 12,2%)	344	91,9	31	8,1	
SUP. UNIVERSITARIA (942; 34,0%)	894	95,3	48	4,7	
ANALFABETISMO					
ANALFABETO (203; 5,4%)	202	99,9	1	0,1	0,000
NO ANALFABETO (2760; 94,6%)	2622	95,2	137	4,8	
ESTILOS DE CRIANZA					
CONTROL Y EXIGENCIA					
HOGAR SIN EXIGENCIA (859; 28,9%)	841	97,8	17	2,2	0,006
HOGAR CON CONTROL Y EXIGENCIA (1291; 45,6%)	1213	94,7	78	5,3	
CONTROL MUY EXIGENTE (759; 25,4%)	716	93,8	43	6,2	

Factores sociodemográficos, estilos de crianza, experiencias tempranas adversas e ideación de golpear a alguien conocido y también vengarse por una ofensa (n=160)

La idea de golpear a alguien conocido y

vengarse por una ofensa fue significativamente mayor en los más jóvenes (9,0%), en los solteros (8,4%), en los que tenían educación superior no universitaria (9,2%), en los no pobres (6,5%), en los que tenían como lengua materna el castellano (6,0%) y en los no analfabetos (5,9%). Igualmente, estos factores estuvieron significativamente asociados a la ideación de golpear a alguien conocido y vengarse por una ofensa (Tabla N° 3).

Ningún estilo de crianza estuvo asociado con la ideación de golpear a alguien conocido y vengarse por una ofensa.

Varias experiencias tempranas adversas estuvieron significativamente relacionadas con la ideación de golpear a alguien conocido y vengarse por una ofensa: la separación o divorcio de los padres, haber sufrido algún tipo de abuso físico, algún tipo de abuso sexual, haber sufrido agresiones verbales, y, chantajes, manipulaciones o humillaciones (Tabla N°3).

TABLA 3.
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, ESTILOS DE CRIANZA, EXPERIENCIAS TEMPRANAS ADVERSAS E IDEACIÓN DE GOLPEAR A ALGUIEN CONOCIDO Y VENGARSE POR UNA OFENSA (N=160) EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUÁNUCO Y CERRO DE PASCO.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS (%; N)	AC: GOLPEAR A ALGUIEN CONOCIDO Y VENGARSE POR UNA OFENSA				P
	No		Si		
	N	%	N	%	
EDAD					
DE 18 A 24 AÑOS (562; 25,1%)	515	91	47	9,0	0,000
DE 25 A 44 AÑOS (1370; 38,6%)	1289	94	81	6,0	
DE 45 A 64 AÑOS (742; 26,4%)	716	96,6	26	3,4	
DE 65 A MÁS (291; 9,9%)	285	98,8	6	1,2	
ESTADO CIVIL					
UNIDO (1698; 55,7%)	1609	95,4	89	4,6	0,001
ALGUNA VEZ UNIDO (573; 14,0%)	552	96,7	21	3,3	
NUNCA UNIDO (692; 30,3%)	643	91,6	49	8,4	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN					
SIN NIVEL/ PRIMARIA (648; 20,8%)	639	98,9	9	1,1	0,000
SECUNDARIA (1000; 33,0%)	954	95,6	46	4,4	
SUP. NO UNIVERSITARIA (375; 12,2%)	343	90,8	32	9,2	
SUP. UNIVERSITARIA (942; 34,0%)	869	91,8	73	8,2	
NIVEL DE POBREZA					
POBRE EXTREMO (175; 7,0%)	172	99,5	3	0,5	0,005
POBRE (668; 23,2%)	645	95,6	23	4,4	
NO POBRE (2122; 69,9%)	1988	93,5	134	6,5	
LENGUA MATERNA					
CASTELLANO (2638; 88,3%)	2483	94,0	155	6,0	0,040
QUECHUA, AYMARA U OTRO (325; 11,7%)	320	97,8	5	2,2	

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS (%; N)	AC: GOLPEAR A ALGUIEN CONOCIDO Y VENGARSE POR UNA OFENSA				P
	No		Si		
	N	%	N	%	
ANALFABETISMO					
ANALFABETO (203; 5,4%)	201	99,7	2	0,3	0,000
NO ANALFABETO (2760; 94,6%)	2602	94,1	158	5,9	
EXPERIENCIAS EN LA INFANCIA Y NIÑEZ					
SUS PADRES SE SEPARARON O DIVORCIARON?					
NO (2496; 84,9%)	2372	94,8	124	5,2	0,036
SI (422; 15,1%)	388	91,6	34	8,4	
MIENTRAS CRECIA SUFRIO ALGÚN TIPO DE ABUSO FÍSICO COMO GOLPES, PUNETOS O EMPUJONES EN FORMA FRECUENTE?					
NO (2522; 85,4%)	2404	94,9	118	5,1	0,015
SI (437; 14,6%)	395	91,2	42	8,8	
MIENTRAS CRECÍA SUFRÍÓ ALGÚN TIPO DE ABUSO SEXUAL COMO SER OBJETO (O HABER SUFRIDO) DE INTENTOS O ACTOS SEXUALES INAPROPIADOS, FORZADOS EN CONTRA DE SU VOLUNTAD O BAJO AMENAZAS? (CON RESPECTO A EXPERIENCIAS EN INFANCIA Y NIÑEZ ANTES DE LOS 18					
NO (2853; 96,6%)	2709	94,7	144	5,3	0,000
SI (107; 3,4%)	91	85,2	16	14,8	
MIENTRAS CRECÍA RECIBÍÓ INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS EN FORMA FRECUENTE?					
NO (2557; 85,8%)	2446	95,4	111	4,6	0,000
SI (403; 14,2%)	354	88,5	49	11,5	
MIENTRAS CRECÍA FUE OBJETO (O HABER SUFRIDO) DE CHANTAJES, MANIPULACIONES O HUMILLACIONES EN FORMA FRECUENTE?					
NO (2816; 95,3%)	2673	94,8	143	5,2	0,007
SI (144; 4,7%)	127	86,3	17	13,7	

Factores sociodemográficos, estilos de crianza, experiencias tempranas adversas e ideación de golpear a alguien conocido, a alguien desconocido y vengarse por una ofensa (Tabla n°4)

Las idea de golpear a alguien conocido, a alguien desconocido y de vengarse por una ofensa fue significativamente mayor entre los más jóvenes (de 18 a 24 años) (5,1%) y entre los de 25 a 44 años (2,2%); entre los solteros (4,0%) en comparación con los actualmente unidos (1,9%) y con los alguna vez unidos (1,8%). Estuvieron significativamente asociados, la edad de 18 a 24 años y el estado civil nunca unidos (Tabla N°4).

El 10,2% de los adultos que habían sufrido algún tipo de abuso sexual y el 2,3% de los que no lo habían sufrido, presentaron ideación de golpear a alguien conocido, a alguien desconocido y vengarse por una ofensa. Esta diferencia fue significativa. Haber sufrido algún tipo de abuso sexual antes de los 18 años de edad, estuvo significativamente asociado a la ideación de golpear a alguien conocido, a alguien desconocido y a vengarse por una ofensa (Tabla N°4). Ningún estilo de crianza estuvo asociado.

TABLA 4.
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, ESTILOS DE CRIANZA, EXPERIENCIAS TEMPRANAS ADVERSAS E IDEACIÓN DE GOLPEAR A ALGUIEN CONOCIDO, A ALGUIEN DESCONOCIDO Y VENGARSE POR UNA OFENSA (N=76) EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUÁNUCO Y CERRO DE PASCO.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS (%; N)	ABC: GOLPEAR A ALGUIEN CONOCIDO, A ALGUIEN DESCONOCIDO Y VENGARSE POR UNA OFENSA				P
	No		Si		
	N	%	N	%	
EDAD					
DE 18 A 24 AÑOS (562; 25,1%)	533	94,9	29	5,1	0,000
DE 25 A 44 AÑOS (1370; 38,6%)	1337	97,8	33	2,2	
DE 45 A 64 AÑOS (742; 26,4%)	731	98,8	11	1,2	
DE 65 A MÁS (291; 9,9%)	288	99,1	3	0,9	
ESTADO CIVIL					
UNIDO (1698; 55,7%)	1662	98,1	36	1,9	0,021
ALGUNA VEZ UNIDO (573; 14%)	561	98,2	12	1,8	
NUNCA UNIDO (692; 30,3%)	664	96,0	28	4,0	
EXPERIENCIAS EN LA INFANCIA Y NIÑEZ					
MIENTRAS CRECIA SUFRIO ALGUN TIPO DE ABUSO SEXUAL COMO SER OBJETO (O HABER SUFRIDO) DE INTENTOS O ACTOS SEXUALES INAPROPIADOS, FORZADOS EN CONTRA DE SU VOLUNTAD O BAJO AMENAZAS? (CON RESPECTO A EXPERIENCIAS EN INFANCIA Y NIÑEZ ANTES DE LOS 18					
No (2853; 96,6)	2784	97,7	69	2,3	0,002
Si (107; 3,4)	100	89,8	7	10,2	

Regresiones logísticas parciales

Los adultos, cuyas familias habían vivido en permanente riesgo o amenaza mientras ellos crecían, tenían 8,95 más posibilidades de presentar la idea de golpear a alguien conocido. Por el IC tan amplio (2,09-38,37), este resultado debe tomarse con cautela.

Los adultos cuya lengua materna era el castellano tenían 7,32 mayores posibilidades de presentar ideación de golpear a alguien desconocido. Sin embargo el IC fue demasiado amplio (0,96-55,86).

La idea de vengarse por una ofensa (n=248; 8,1%) estuvo relacionada significativamente con los factores sociodemográficos y los estilos de crianza. La asociación fue con la edad, el estado civil, el nivel de instrucción, el analfabetismo y el control muy exigente como estilo de crianza. Los adultos entre 18 y 24 años de edad tuvieron 5,61 mayores posibilidades de presentar la idea de vengarse por una ofensa y en los de 25 a 44 años, el riesgo fue de 3,13, aunque los IC fueron

muy amplios. En los nunca unidos, el riesgo fue de 1,97. Los que tenían instrucción superior no universitaria, presentaban 8,67 mayores posibilidades de tener la idea de vengarse por una ofensa y en los que tenían instrucción secundaria, el riesgo era de 5,69. Aquí también los IC fueron muy amplios (Tabla N°05).

Los adultos que provenían de hogares con un estilo de crianza muy exigente, presentaban casi 3 veces mayores posibilidades de tener ideación de vengarse por una ofensa. No hubo asociación significativa con ninguna experiencia temprana adversa. (Tabla N°05).

Aquellos cuya lengua materna era el castellano tenían 7,4 mayores posibilidades de tener la idea de golpear a alguien conocido y también a alguien desconocido. El IC fue muy amplio (1,65-33,77).

La ideación de golpear a alguien conocido y vengarse por una ofensa estuvo asociado a la edad (18-24 años), estado civil (nunca unidos), nivel de instrucción (superior no universitaria), nivel de pobreza (pobre), lengua materna (castellano) y alfabetismo. Los intervalos de confianza (IC) en algunos casos han sido muy amplios (Tabla N°06).

La ideación de golpear a alguien conocido y vengarse por una ofensa se encontró asociada con varias experiencias tempranas adversas (Tabla N°06):

- Los que habían sufrido algún tipo de abuso sexual presentaban 3 veces mayores posibilidades de tener ideación de golpear a alguien conocido y vengarse por una ofensa, en comparación con los adultos que no habían sufrido este tipo de abuso mientras crecían.
- Haber sufrido algún tipo de chantajes, manipulaciones o humillaciones ofrecía 2,89 mayores posibilidades de presentar ideación de golpear a alguien conocido y vengarse por una ofensa que aquellos adultos que no habían sufrido chantajes mientras crecían.
- Los que habían recibido agresiones verbales tenían 2,6 mayores posibilidades de presentar esta ideación que los que no habían recibido agresiones verbales.
- Haber recibido algún tipo de abuso físico mientras se crecía, ofrecía 1,82 mayores posibilidades de presentar ideación de golpear

a alguien conocido y vengarse por una ofensa.

- La separación o divorcio de ambos padres ocurrida antes de cumplir 18 años de edad, ofrecía 1,6 mayores posibilidades de presentar ideación de golpear a alguien conocido y vengarse por una ofensa.

Los adultos entre 18 y 24 años tenían 6,13 mayores posibilidades de presentar ideación de golpear a alguien conocido, a alguien desconocido y vengarse por una ofensa en comparación con los de 65 y más edad. En los de 25 a 44 años el riesgo era menor (OR=2,54). En ambos casos los IC fueron muy amplios. Los nunca unidos en comparación con los que estaban unidos, presentaban 2,19 mayores posibilidades de tener ideación de golpear a alguien conocido, a alguien desconocido y también, vengarse por una ofensa. En cuanto a la relación con experiencias traumáticas sufridas en la infancia, los que habían sufrido algún tipo de abuso sexual tenían casi 5 veces mayores posibilidades de presentar estos 3 tipos de ideación heteroagresiva (IC: 1,65-14,54).

TABLA 5.
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, ESTILOS DE CRIANZA, EXPERIENCIAS TEMPRANAS ADVERSAS E IDEACIÓN DE VENGARSE POR UNA OFENSA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUÁNUCO Y CERRO DE PASCO. REGRESIÓN LOGÍSTICA BIVARIADA

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	OR	INTERVALO DE CONFIANZA 95%		P**
		INFERIOR	SUPERIOR	
EDAD				
DE 18 A 24 AÑOS (562; 25,1%)*	5,61	1,49	21,13	
DE 25 A 44 AÑOS (1370; 38,6%)	3,13	0,88	11,16	0,023
DE 45 A 64 AÑOS (742; 26,4%)	2,90	0,80	10,55	
DE 65 A MÁS (291; 9,9%)	1	-	-	
ESTADO CIVIL				
UNIDO (1698; 55,7%)	1	-	-	
ALGUNA VEZ UNIDO (573; 14,0%)	0,71	0,37	1,37	0,006
NUNCA UNIDO (692; 30,3%)*	1,97	1,21	3,23	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN				
SIN NIVEL/ PRIMARIA (648; 20,8%)*	1	-	-	
SECUNDARIA (1000; 33%)	5,69	2,33	13,91	
SUP. NO UNIVERSITARIA (375; 12,2%)	8,67	3,67	20,49	0,000
SUP. UNIVERSITARIO (942; 34,0%)*	4,86	1,96	12,08	
ANALFABETISMO				
ANALFABETO (203; 5,4%)	1	-	-	
NO ANALFABETO (2760; 94,6)	42,86	5,765	318,671	0,000
ESTILO DE CRIANZA				
CONTROL Y EXIGENCIA				
HOGAR SIN EXIGENCIA (859; 28,9%)	2,54	1,32	4,89	
HOGAR CON CONTROL Y EXIGENCIA (1291; 45,6%)	1	-	-	0,008
CONTROL MUY EXIGENTE (759; 25,4%)*	2,99	1,47	6,1	

TABLA 6.
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, ESTILOS DE CRIANZA, EXPERIENCIAS TEMPRANAS ADVERSAS E IDEACIÓN DE GOLPEAR A ALGUIEN CONOCIDO Y VENGARSE POR UNA OFENSA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUÁNUCO Y CERRO DE PASCO. REGRESIÓN LOGÍSTICA BIVARIADA

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	OR	INTERVALO DE CONFIANZA 95%		P**
		INFERIOR	SUPERIOR	
EDAD				
DE 18 A 24 AÑOS (562; 25,1%)*	8,21	2,82	23,95	
DE 25 A 44 AÑOS (1370; 38,6%)	5,33	1,89	15,01	0,000
DE 45 A 64 AÑOS (742; 26,4%)	2,98	0,97	9,13	
DE 65 A MÁS (291; 9,9%)	1	-	-	
ESTADO CIVIL				
UNIDO (1698; 55,7)	1,90	1,22	2,95	
ALGUNA VEZ UNIDO (573; 14,0)	2,67	1,47	4,83	0,001
NUNCA UNIDO (692; 30,3%)*	1	-	-	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN				
SIN NIVEL/ PRIMARIA (648; 20,8%)*	1	-	-	
SECUNDARIA (1000; 33%)	4,12	1,64	10,38	
SUP. NO UNIVERSITARIA (375; 12,2%)	9,04	3,26	25,06	0,000
SUP. UNIVERSITARIO (942; 34,0%)*	7,99	3,25	19,65	
NIVEL DE POBREZA				
POBRE EXTREMO (175; 7,0%)	1	-	-	
POBRE (668; 23,2)	9,77	2,63	36,27	0,000
NO POBRE (2122; 69,9%)	14,93	4,41	50,51	
LENGUA MATERNA				
CASTELLANO (2638; 88,3)	2,82	1,004	7,93	0,049
QUECHUA, AYMARA U OTRO (325; 11,7%)*	1	-	-	
ANALFABETISMO				
ANALFABETO (203; 5,4%)	1	-	-	0,000
NO ANALFABETO (2760; 94,6)*	22,48	4,86	103,94	
EXPERIENCIAS TEMPRANAS ADVERSAS				
SUS PADRES SE SEPARARON O DIVORCIARON?				
NO (2496; 84,9%)	1	-	-	
SI (422; 15,1%)	1,67	1,03	2,70	0,038
MIENTRAS CRECIA SUFRIO ALGUN TIPO DE ABUSO FÍSICO COMO GOLPES, PUÑETES O EMPUJONES EN FORMA FRECUENTE?				
NO (2522; 85,4%)	1	-	-	0,016
SI (437; 14,6%)	1,82	1,12	2,97	
MIENTRAS CRECIA SUFRIO ALGUN TIPO DE ABUSO SEXUAL COMO SER OBJETO (O HABER SUFRIDO) DE INTENTOS O ACTOS SEXUALES INAPROPIADOS, FORZADOS EN CONTRA DE SU VOLUNTAD O BAJO AMENAZAS? (CON RESPECTO A EXPERIENCIAS EN INFANCIA Y NIÑEZ ANTES DE LOS 18)				
NO (2853; 96,6%)	1	-	-	0,000
SI (107; 3,4%)	3,11	1,66	5,84	
MIENTRAS CRECIA RECIBIÓ INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS EN FORMA FRECUENTE?				
NO (2557; 85,8%)	1	-	-	0,000
SI (403; 14,2%)	2,69	1,73	4,18	
MIENTRAS CRECIA FUE OBJETO (O HABER SUFRIDO) DE CHANTAJES, MANIPULACIONES O HUMILLACIONES EN FORMA FRECUENTE?				
NO (2816; 95,3%)	1	-	-	0,010
SI (144; 4,7%)*	2,89	1,29	6,5	

*Categoría de referencia

**Al 95% de confianza, OR ajustado por el resto de variables en el modelo

Regresiones logísticas Multivariadas (finales) (Tablas N°7 Y 8)

Ideación de vengarse por una ofensa y factores asociados (Tabla N°07)

- Tener instrucción superior no universitaria ofrecía 4,76 mayores posibilidades de presentar idea de vengarse por una ofensa. Los que tenían instrucción secundaria tenían 3,34 mayores posibilidades de presentarla (Tabla N°07).

- El haber crecido en un hogar con mucha exigencia y control ofrecía 2,31 mayores posibilidades de tener idea de vengarse por una ofensa. Si se había crecido en un hogar sin exigencia y sin control las posibilidades eran de 2,12 (Tabla N°7).

Ideación de golpear a alguien conocido y a alguien desconocido y factores asociados

- Los adultos cuya lengua materna era el castellano presentaron 7,31 mayores posibilidades de presentar ideación de golpear a alguien conocido y a alguien desconocido. El IC fue demasiado amplio (IC: 0,83-63,92).

Ideación de golpear a alguien conocido y vengarse por una ofensa y factores asociados

- Los adultos con educación superior no universitaria tenían 4,7 mayores posibilidades de presentar ideación de golpear a alguien conocido y vengarse por una ofensa. En los que tenían educación superior universitaria, el riesgo era de 4,35 (Tabla N°08).

- Los no pobres presentaban 8,82 mayores posibilidades de presentar esta ideación, en los pobres el riesgo era de 6,94 en comparación con los pobres extremos. Aquí los IC fueron también muy amplios (Tabla N°08).

- Los adultos que habían recibido de manera frecuente agresiones verbales, insultos, u ofensas, presentaron 2,7 mayores posibilidades de tener la ideación de golpear a alguien conocido y vengarse por una ofensa (IC: 1,46-5,31) en comparación con los que no habían recibido este tipo de agresión (Tabla N°08).

- Los adultos que habían sufrido algún tipo de abuso sexual tenían 2,4 mayores posibilidades de presentar ideación de golpear a alguien conocido y vengarse por una ofensa (IC: 1,10-5,42) que los

que no habían sufrido abuso sexual (Tabla N°08).

- Ni la edad, ni el estado civil, ni el sexo, estuvieron asociados a la ideación de golpear a alguien conocido y vengarse por una ofensa (Tabla N°08)

TABLA 7.
IDEACIÓN DE VENGARSE POR UNA OFENSA Y FACTORES ASOCIADOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUÁNUCO Y CERRO DE PASCO. REGRESIÓN LOGÍSTICA FINAL.

FACTORES	OR AJUSTADO	INTERVALO DE CONFIANZA 95%		P**
		INFERIOR	SUPERIOR	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN				
SIN NIVEL/ PRIMARIA (648; 20,8%)*	1	-	-	
SECUNDARIA (1000; 33,0%)	3,34	1,28	8,73	
SUP. NO UNIVERSITARIA (375; 12,2%)	4,76	1,81	12,54	0,009
SUP. UNIVERSITARIO (942; 34,0%)	2,49	0,91	6,78	
CONTROL Y EXIGENCIA				
HOGAR SIN EXIGENCIA (859; 28,9%)	2,12	1,09	4,1	
HOGAR CON CONTROL Y EXIGENCIA (1291; 45,6%)	1	-	-	0,045
CONTROL MUY EXIGENTE (759; 25,4%)	2,31	1,12	4,75	

*Categoría de referencia

**Al 95% de confianza, OR ajustado por el resto de variables en el modelo

TABLA 8.
FACTORES ASOCIADOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUÁNUCO Y CERRO DE PASCO. REGRESIÓN LOGÍSTICA FINAL.

FACTORES	OR (AJUSTADO)	INTERVALO DE CONFIANZA 95%		P**
		INFERIOR	SUPERIOR	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN				
SIN NIVEL/ PRIMARIA (648; 20,8%)*	1	-	-	
SECUNDARIA (1000; 33%)	4,12	1,64	10,38	
SUP. NO UNIVERSITARIA (375; 12,2%)	9,04	3,26	25,06	0,000
SUP. UNIVERSITARIO (942; 34,0%)*	1,82	1,12	2,97	
MIENTRAS CRECIA SUFRIO ALGUN TIPO DE ABUSO SEXUAL COMO SER OBJETO (O HABER SUFRIDO) DE INTENTOS O ACTOS SEXUALES INAPROPIADOS, FORZADOS EN CONTRA DE SU VOLUNTAD O BAJO AMENAZAS? (CON RESPECTO A EXPERIENCIAS EN INFANCIA Y NIÑEZ ANTES DE LOS 18)				
No (2853; 96,6%)	1	-	-	0,000
Si (107; 3,4%)	3,11	1,66	5,84	
MIENTRAS CRECIA RECIBÍO INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS EN FORMA FRECUENTE?				
No (2557; 85,8%)	1	-	-	0,000
Si (144; 4,7%)	2,89	1,29	6,5	

*Categoría de referencia

**Al 95% de confianza, OR ajustado por el resto de variables en el modelo

Discusión

Frecuencias de la ideación heteroagresiva

En general, la idea de golpear a alguien conocido fue la más frecuente (8,1%); seguida de la idea de golpear a alguien conocido y vengarse por una ofensa (5,6%). La idea sola de vengarse por una ofensa estuvo presente en el 4,6% de los adultos. El 1,7% tuvo la idea de golpear a alguien desconocido. Solo el 0,6% de los adultos tuvo la idea de matar a alguien. Estos datos por sí solos no nos dan información útil para la elaboración de programas preventivos de la violencia. Necesitaríamos estudiar la frecuencia con la que los adultos que tuvieron alguno de estos tipos de ideación heteroagresiva, llegaron a perpetrarla. Solo nos da una idea sobre los "predisuestos potencialmente" a alguna conducta violenta. Los adultos que han presentado algún tipo de ideación heteroagresiva conformarían una subpoblación vulnerable a realizar alguna conducta violenta en algún momento de su vida, por lo que ameritaría realizar otra investigación para saber si estos 2 factores están relacionados, la frecuencia con que ambos se relacionan y los factores que desencadenan el acto violento.

En la literatura revisada no he encontrado reportes de las frecuencias de la ideación heteroagresiva. Sí hay estudios que señalan a la venganza como motivación para matar a miembros de la familia y otros conocidos, especialmente en los adultos con psicosis perpetradores de muertes quienes presentaban 3,19 mayores posibilidades de estar motivados por la venganza (IC: 1,27-8,03) en comparación con los perpetradores no psicóticos en quienes este riesgo fue menor (OR: 2,46; IC:1,10-5,53)²⁵.

Factores según ideación heteroagresiva

Edad e ideación de golpear a alguien conocido.

Entre los más jóvenes (de 18 a 24 años) la ideación de golpear a alguien conocido fue más frecuente (9%) que en el resto de grupos etarios y, más baja, en los adultos de 65 a más años de edad (4,8%). Y aunque estas diferencias no fueron significativas, sería conveniente tener en mente que los adultos más jóvenes son el grupo más vulnerable a presentar la ideación de golpear a alguien conocido y que podrían ser considerados

como población en riesgo de llegar a realizarlo. Nos hacemos algunas preguntas, que no van a ser respondidas en base a los hallazgos de esta investigación. ¿Qué porcentaje de estos adultos jóvenes que han tenido la idea de golpear a alguien conocido ha llegado a hacerlo? Es probable que la sola idea de golpear a alguien conocido no sea suficiente y que intervengan otros factores los cuales tendrían que ser estudiados a fin de elaborar un mapa completo de la violencia. Este conocido a quien tuvieron la idea de golpear es alguien de su entorno próximo? Y, por último, ¿cuál es la proporción de adultos que habiendo tenido la idea de golpear a alguien conocido, llegaron a hacerlo? Las respuestas a estas interrogantes, a ser respondidas en futuras investigaciones, servirían para sacar adelante programas de prevención de la violencia física dirigidos a los adultos más jóvenes con este tipo de ideación heteroagresiva.

Sexo e ideación de golpear a alguien conocido.

Aunque la diferencia no fue significativa, en los análisis bivariados, un 8,45% de las mujeres y un 7,9% de los varones refirieron haber tenido la idea de golpear a alguien conocido. Esta frecuencia ligeramente mayor de mujeres con esta idea, nos lleva a preguntarnos el porqué de esta mayor frecuencia. ¿Es que la idea de golpear a alguien conocido está relacionada con estar sufriendo algún tipo de violencia por parte de alguien de su entorno próximo? ¿De quién? ¿De su pareja?

Según el primer estudio realizado por la OMS (2005) en más de 24 mil mujeres de áreas rurales y urbanas de 10 países, entre ellos, Perú, sobre violencia doméstica; la forma más frecuente de violencia en la vida de una mujer fue la ejercida por su pareja en el hogar. Además, el 20% de las mujeres maltratadas físicamente no se lo habían comunicado a nadie antes de ser entrevistadas; ya que las que pidieron ayuda oficial, tendían a ser maltratadas con más violencia.

Es probable que esta situación no haya cambiado mucho en nuestro país a pesar del tiempo transcurrido. En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental realizado por el INSM "HD-HN" en las ciudades de Huánuco y Cerro de Pasco en el 2013, el 43,3% de las mujeres unidas en pareja había sufrido algún tipo de maltrato por parte de su pareja actual. El

39,7% de ellas había sufrido insultos, agresiones verbales u ofensas y el 30,6%, maltrato físico. Solo el 34,6% de las mujeres maltratadas había buscado ayuda. De estas últimas, la mayoría (49%) la había buscado en sus familiares. En estas mujeres no se ha estudiado si la violencia recibida estuvo precedida de ideación heteroagresiva en su perpetrador o fue un acto más bien impulsivo, del momento. Es muy probable que el maltrato y el hecho de no buscar ayuda generen ideas de heteroagresión física (ideas de golpear) en la víctima y/o de autoagresión (suicidio).

Estado civil e ideación de golpear a alguien conocido

Aunque la frecuencia de la ideación de golpear a alguien conocido fue ligeramente mayor en los que estaban unidos en pareja (8,3%), las diferencias no fueron significativas en relación a los nunca unidos (8,2%) y a los alguna vez unidos (7,4%). Estas ligeras diferencias en las frecuencias, según el estado civil, podrían traducir la influencia de los conflictos de pareja en la generación de la ideación de golpear a alguien conocido. Esta probable relación ameritaría realizar una investigación al respecto.

Experiencias tempranas adversas e ideación de golpear a alguien conocido

En la regresión logística, haber vivido la experiencia antes de haber cumplido 18 años, de que su familia estuviera en permanente riesgo o amenaza a la integridad física de alguno de sus miembros ofrecía casi 9 veces (OR: 8,95) mayores posibilidades de haber presentado alguna vez en la vida la idea de golpear a alguien conocido. Este estresor permanente, con las emociones generadas (miedo, frustración) podrían explicar este hallazgo de haber tenido la idea de golpear a alguien conocido.

Ideación de golpear a alguien desconocido.

Edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción.

El 1,9% de los adultos cuya lengua materna era el castellano tuvieron la idea de golpear a alguien desconocido. Este fue el único factor sociodemográfico que se encontró asociado a esta idea. Aunque solo hubo un caso de adulto cuya lengua materna era el quechua, aymara u

otra diferente al castellano.

Experiencias tempranas adversas. Ninguna experiencia temprana adversa estuvo relacionada con la idea de golpear a alguien desconocido.

Ideación de vengarse por una ofensa.

En la regresión logística final, el nivel de instrucción superior no universitaria y el estilo de crianza con mucho control y exigencia resultaron asociados con la idea de vengarse por una ofensa.

No se encontró asociación con ninguna experiencia temprana adversa.

Si se conocieran de antemano los pensamientos de venganza que llevan a una persona a un acto violento, podríamos evitar que este acto se realice. En un experimento realizado en 450 niños de 6, 10, 12 y 14 años para estudiar los motivos de vengarse o no, se les hizo creer que en un juego en que estaban participando sus pares, les habían causado una pérdida al haber borrado un archivo valioso de una tarea difícil. Además la pérdida de este archivo implicaba que el niño afectado ya no podía participar en el juego. A los niños supuestamente afectados, se les ofreció la posibilidad de responder a los que les habían borrado los archivos, escogiendo una de 4 posibilidades gradualmente crecientes en costo e intensidad. Una opción era devolverles el daño en la misma proporción (venganza recíproca) y la otra infligirles un daño mayor (venganza desproporcionada). Los motivos se agruparon en 9 categorías: antecedentes del sujeto, pérdida emocional inmediata, características del objeto perdido, moralidad, características del castigo, costo del castigo, razonamiento sobre las motivaciones del perpetrador, intencionalidad y necesidad de comunicación. Además los investigadores identificaron tres motivos recurrentes (dimensiones): empatía, contacto directo con el agresor y juicio moral, que podían ser independientes al motivo principal por el cual se había escogido el tipo de castigo. La empatía ocupó el porcentaje más alto (96,8%), seguido de contacto directo con el agresor (94,4%) y de 64,5% para juicio moral. Sería importante investigar cómo se comportan estas dimensiones en los adultos ¿o es que los adultos tienen otras motivaciones para tener la idea de vengarse por una ofensa?

Ideación de golpear a alguien desconocido y vengarse por una ofensa.

Respecto a la idea de golpear a alguien desconocido y vengarse por una ofensa, en la regresión logística final se confirmaron como factores de riesgo: el nivel de instrucción superior no universitario, la no pobreza; el haber recibido frecuentemente mientras crecía, agresiones verbales, insultos u ofensas y el haber sufrido algún tipo de abuso sexual mientras crecía. No sabemos si cuando un mismo adulto presenta ambos tipos de ideación heteroagresiva le confiere un mayor riesgo potencial de ser perpetrador en algún momento de la vida. No hemos encontrado en la literatura revisada investigaciones que hayan estudiado las prevalencias de los tipos combinados de ideación heteroagresiva. Los hallazgos al respecto en esta investigación podrían ser el primer paso para realizar otras que ahonden más en este tema.

Idea de golpear a alguien conocido y a alguien desconocido.

Solamente la lengua paterna castellano estuvo asociada con la idea de golpear a alguien conocido y a alguien desconocido y los IC fueron muy amplios. En la muestra estudiada hubo solo un adulto cuya lengua materna era el quechua, aymara u otra diferente al castellano. Tal vez, tener como lengua materna al castellano les da a estos adultos la posibilidad de acceder a la educación superior y da estar expuestos en ese entorno al acoso de sus compañeros lo que podría estarles generando la idea de golpear a alguien conocido y a alguien desconocido.

Idea de golpear a alguien conocido y vengarse por una ofensa

El nivel educativo superior no universitario y ser no pobre estuvieron asociados a la idea de golpear a alguien conocido y vengarse por una ofensa. Llama la atención que el nivel educativo que podría considerarse como un factor protector actúe como un factor de riesgo. Tal vez el estar estudiando en un centro educativo superior ofrezca el contexto apropiado (bullying) para tener la ideación de pegar a alguien conocido y de vengarse por una ofensa. Sería importante estudiar cómo se comporta este factor en los adultos que habiendo tenido estos 2 tipos de ideación heteroagresiva han llegado a la agresión.

El nivel educativo, ¿por sí solo es suficiente o no para ejercer mecanismos de control de la ideación de golpear a alguien conocido y vengarse por una ofensa?

Ideación de golpear a alguien conocido, a alguien desconocido y vengarse por una ofensa

En la regresión logística final, ser adulto joven (18-24 años) ofrecía 5,20 mayores posibilidades de presentar estos tres tipos de ideación heteroagresiva, aunque el IC fue muy amplio (0,85-31,87). El riesgo era menor conforme aumentaba la edad.

Una pregunta a responder en futuras investigaciones es si el presentar más de un tipo de ideación heteroagresiva ¿pone en mayor situación de riesgo para llegar al acto violento que si el adulto presenta un solo tipo de ideación heteroagresiva?

Limitaciones

En este estudio se utilizó la base de datos de un estudio epidemiológico. La muestra no fue calculada tomando en cuenta la prevalencia esperada de ideación heteroagresiva en los adultos de las ciudades de Huánuco y Cerro de Pasco, por lo cual resultó insuficiente.

Por tratarse de un estudio basado en encuesta, las respuestas conllevan apreciaciones subjetivas.

Conflicto de intereses

La autora es presidenta del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM).

La autora trabaja en la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada (OEAIDE) del INSM.

Conclusiones

La presencia de ideación heteroagresiva única o en sus posibles combinaciones, podría constituirse en factor(es) de riesgo sobre el cual (los cuales) intervenir para prevenir en el adulto actos violentos.

Recomendaciones

Realizar investigaciones para estudiar las prevalencias de actos violentos en los adultos que han presentado ideación heteroagresiva.

Implementar programas de control de la ideación heteroagresiva, dirigidos a adultos jóvenes de 18 a 24, a cargo de los profesionales de salud mental capacitados, a fin de prevenir actos de violencia.

Correspondencia

Vilma Paz
 Jr. Eloy Espinoza Saldaña N° 709
 Urb. Palao
 Lima, 31. Perú
 Teléfono fijo: (511) 6149201
 Email: zoilapaz11@yahoo.com

Agradecimientos:

A la Lic. Est. Elsa Gabriela Cañari Huerta por el procesamiento estadístico.

Referencias

- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen. En: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf. Acceso: 10 de agosto de 2018.
- Organización Mundial de la Salud. Diez datos sobre la prevención de la violencia. Mayo 2017. En: <http://www.who.int/features/factfiles/violence/es/>. Acceso: 24 de agosto de 2018.
- Jäqqi L, Klierer W. "Cause that's the only skills in school you need": A qualitative analysis of revenge coals in poor urban youth. *J Adolesc Res*. 2016 Jan;31(1):32-58. doi: 10.1177/0743558415569728. Epub 2015 Feb 4. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5831555/>. Acceso: 29 de Agosto de 2018.
- García H I, Giraldo CA, López MV, Pastor M, Cardona M, Tapias CE y col. Treinta años de homicidios en Medellín, Colombia, 1979-2008. *Cad. Saúde Pública*. Sept 2012; 28 (9). En: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900009&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acceso: 06 de diciembre de 2018.
- American Academy of Pediatrics. Las experiencias infantiles adversas y las consecuencias del trauma para toda la vida. 2015. Disponible en: https://www.aap.org/en-us/Documents/ttb_aces_consequences_spanish.pdf. Acceso: 17 de setiembre de 2018.
- Amores-Villalba A, Mateos-Mateos R. Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abuso en la infancia. *Psicología educativa*. 2017; 23:81-88. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1135755X17300234?token=85F92BC298B1AF0AC459A1F8098DF4668482C5010658D74797282D68FA1453C082351C4>. Acceso: 18 de setiembre de 2018
- Rothauff TC, Cooney TM, An JS. Remembered parenting styles and ajustement in middle and late adulthood. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009 Jan;64(1):137-46. doi: 10.1093/geronb/gbn008. Epub 2009 Jan 22. En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19176484>. Acceso: 06 de agosto de 2018.
- Jiménez JA, Ruiz JA, Llor E, Waschgler K. Influences or attitudes, impulsivity, and parental styles in adolescents' externalizing behavior (Abstract). *J Health Psychol*. 2016 Jan;21(1):122-31. doi 10.1177/1359105314523303. Epub 2014 Feb 7. En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24510232>. Acceso: 06 de agosto de 2018.
- Staftsröm M. Influence of parental alcohol-related attitudes, behavior and parenting styles on alcohol use in late and very late adolescence (Abstract). *Eur Addict Res*. 2014; 20(5):2133-40. doi: 10.1159/000357319. Epub 2014 Apr 23. En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24776849>. Acceso: 06 de agosto de 2018.
- Calleja N, Álvarez A, Contreras R, Nares P. Estilos de crianza como predictores del comportamiento tabáquico adolescente. *Pensamiento psicológico*. Jun 201 |8; 16(1):7-18. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI16-1.ecpc. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v16n1/v16n1a01.pdf>. Acceso: 10 agosto de 2018.
- Lo DKM, Chan KJ, Ip P. Insecure adult attachment and child maltreatment: a metha-analysis (Abstract). *Trauma Violence Abuse*. 2017; Jan 1:1524838017730579. doi: 10.1177/1524838017730579. [Epub ahead of print]. En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29333992>. Acceso: 06 de agosto de 2018.
- Patock J, Morgan A. Mediatlional links among parenting styles, perceptions of parental confidence, self-steem and depression on alcohol-related problems in emerging adulthood. *J Stud Alcohol Drugs*. 2009 Mar; 70(2):215-226. En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2653607/>. Acceso: 06 de agosto de 2018.
- Baumrind D. Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic PPsychology Monographs*. 1967;75(1):43-88.
- Maccoby EE, Martin JA. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In: Hetherington EM, editor. *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development*. 4th ed. New York: Wiley; 1983. pp. 1-101.
- Resnick M, Ireland M, Borowsky I. Youth violence perpetration: What protects? What predicts? Findings from the National Logitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of Adolescent Health*. 2004 Nov; 35(5): DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.01.011>. Disponible en: [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(04\)00165-X/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(04)00165-X/fulltext). Acceso: 19 de diciembre de 2018.
- Liu Z, Yang Y, Shi Z, Liu J, Wang Y. The risk of male adult alcohol dependence: The role of the adverse childhood experiences and ecological executive function. *Comprehensive Psychiatry [serial on the Internet]*. (2016, July 1), [cited August 22, 2018]; 68:129-133. Available from: ScienceDirect.

Experiencias tempranas adversas e ideación heteroagresiva en la población adulta de Huánuco y Cerro de Pasco

17. Hebein U, Quantschnig B, Andreas S. Emotional experience of early traumatic experiences and relationship-specific attachment styles in alcohol-dependent patients (Abstract). *Z Psychosom Med Psychother*. 2018 Mar;64(1):23-38. doi: 10.13109/zptm.2018.64.1.23. En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29498337>. Acceso: 29 de agosto de 2018.
18. Jaworska-Andryszewska P, Rybakowski J. Negative experiences in childhood and the development and course of bipolar disorder. *Psychiatr. Pol*. 2016; 50(5): 989-1000. PL ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE) www.psychiatriapolska.pl. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/61159>. En: http://psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_5_2016/ENGver989JaworskaAndryszewska_PsychiatrPol2016v50i5.pdf. Acceso: 28 de agosto de 2018.
19. Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications (Abstract). *Acta Psychiatr. Scand*. 2005; 112: 330-350.
20. Someya T, Uehara T, Kadowaki M, Sakado K, Reist C, Tamg SW et al. Factor analysis of the EMBU scale in a large sample of Japanese volunteers. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100(4):252-257.
21. Lecrubrier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorin P, Bonora LI, Lépine JP et al. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. 2001.
22. Perris C, Jacobson L, Linndström H, Von Knorring L, Perris H. Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behavior (Abstract). *Acta Psychiatr Esc*. Apr 1980; 61(4):265-274. En: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1600-0447.1980.tb00581.x>. Acceso: 03 de octubre de 2018.
23. Perales A, Sogi C, Sanchez E, Salas R. Salud Mental en una población urbano marginal de Lima. Serie Monografías de Investigación N°2. 1995. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".
24. Perales A, Sogi C, Salas R. Salud Mental en Adolescentes del distrito de Magdalena. Serie Monografías de Investigación N°4. Lima. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".
25. Hachtel H, Nixon M, Bennett D, Mullen P, Ogloff J. Motives, offending behavior, and gender differences in murder perpetrators with or without psychosis (Abstract). *J Interpers Violence*. 2018 May 1:886260518774304. doi: 10.1177/0886260518774304. [Epub ahead of print]. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29759034>. Acceso: 18 de setiembre de 2018.
26. Organización Mundial de la Salud. Women's Health and Domestic Violence Against Women [Salud femenina y violencia doméstica contra las mujeres], 2005. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr62/es/>. Acceso: 09 de octubre de 2018.
27. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la ciudad de Huánuco 2013. Informe general (en prensa). *Anales de Salud Mental*. 2016; XXXII (2): 1-314.
28. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la ciudad de Cerro de Pasco 2013. Informe general (en prensa). *Anales de Salud Mental*. 2016; XXXII(1)
29. Bueno-Guerra N, Martínez-Navarrete MT. Vengarse o no vengarse: nueve motivos en niños y adolescentes [To take or not to take revenge: nine motives in children and adolescents] (Resumen). IX Congreso (Inter) Nacional de Psicología Jurídica y Forense. Madrid, Universidad de Barcelona. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/300472573_Vengarse_o_no_vengarse_nueve_motivos_en_ninos_y_adolescentes_To_take_or_not_to_take_revenge_nine_motives_in_children_and_adolescentes Acceso: 18 de diciembre de 2018.
30. Bocanegra A. Autoestima y depresión en un grupo de adolescentes huérfanos y no huérfanos de Lima. [Tesis licenciatura]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. 2017. <http://hdl.handle.net/10757/621906>
31. Castañeda A. Autoestima, claridad de autoconcepto y salud mental en adolescentes de Lima Metropolitana. [Tesis licenciatura]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. 2013.
32. Reise S, Kim D, Mansolf M y Widaman K. Is the Bifactor Model a Better Model or is it Just Better at Modeling Implausible Responses? Application of Iteratively Reweighted Least Squares to the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Multivariate Behav Res*. 2016; 51(6): 818-838. doi:10.1080/00273171.2016.1243461
33. Schmitt D y Allik J. Simultaneous Administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: Exploring the Universal and Culture-Specific Features of Global Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2005; 89(4): 623-642. DOI: 10.1037/0022-3514.89.4.623
34. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2013. Vol. XXIX, Suplemento 1.

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 económicos, 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 discapacidad 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 NBI 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 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 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							
	SIMPLE BIVARIADO			ANÁLISIS BIV. P VALOR	MULTIVARIADO			ANÁLISIS MULTIV. P VALOR*
	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%*				FCORR	TEST DE INDEPENDENCIA		
		A	B	C	D		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 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	18,97	18,11	17,32	16,55	F DE WALD=37,225 GL1=3; GL2=415 P=0,0000	18,53	17,82	17,20	16,63	F DE WALD=23,207 GL1=2,9; GL2=1209,3 P=0,0000
3888 (17,79-18,08)	(ES 0,156) (18,66-19,28)	(ES 0,113) (17,88-18,33)	(ES 0,129) (17,07-17,57)	(ES 0,209) (16,14-16,96)		(ES 0,169) (18,19-18,86)	(ES 0,130) (17,57-18,08)	(ES 0,140) (16,92-17,47)	(ES 0,224) (16,19-17,07)	

N	ANÁLISIS BIVARIADOS				ANÁLISIS BIVARIADO P VALOR* (CHI 2)	ANÁLISIS MULTIVARIADOS				ANÁLISIS MULTIV. (AJUSTADO)** PVALOR (CHI 2)	
	HOGARES TOTALMENTE INTEGRADOS	HOGARES INTEGRADOS	POBREZA ESTRUCTURAL O RECIENTE	POBREZA EXTREMA O CRÓNICA		HOGARES TOTALMENTE INTEGRADOS	HOGARES INTEGRADOS	POBREZA ESTRUCTURAL O RECIENTE	POBREZA EXTREMA O CRÓNICA		
	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.gov.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.gov.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.gov.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. Lima: 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, et al. 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, 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.
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.

CONSTRUCCIÓN, DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL “MANUAL PSICO-EDUCATIVO PARA PROFESIONALES DE SALUD QUE ATIENDEN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)”. PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO TERAPÉUTICO GRUPAL (ETG)

CONSTRUCTION, DESIGN AND VALIDATION OF THE “PSYCHO-EDUCATIONAL MANUAL FOR HEALTH PROFESSIONALS WHO CARE FOR CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER (ASD)”. GROUP THERAPEUTIC TRAINING PROGRAM (ETG)

Roxana Vivar¹,
Silvia Salazar²,
Erika Contreras³.

RESUMEN

El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del Neurodesarrollo que aparece en la primera infancia y puede ocasionar un deterioro social, familiar y ocupacional grave.¹

El tratamiento efectivo se basa en modelos Psico-Socio-educativos, en los que participan los padres, que deben ser entrenados por profesionales de salud previamente capacitados.^{2, 3, 4, 5, 6, 7} La capacitación de los profesionales requiere el empleo de instrumentos de psi educación validados. Debido a ello se ha construido, diseñado y validado el “Manual psicoeducativo para los profesionales de salud que atienden niños con TEA. Programa de Entrenamiento Terapéutico Grupal (ETG)”. En la validación se empleó metodología mixta (cuantitativa y cualitativa).⁸ El resultado de la validación de contenido ⁹ fue: 0,84. Los profesionales de salud entrevistados con la técnica focus group ^{9, 10, 11} consideraron que el manual era atractivo a la vista, comprensible, invitaba a llevarse a la práctica y que era una herramienta útil en la capacitación de padres de niños con TEA de diferentes lugares del Perú. Por lo mencionado concluimos que este manual ha sido validado.

PALABRAS CLAVE: MANUAL PSICOEDUCATIVO-TEA-NIÑOS.

SUMMARY

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder that appears in early childhood and can cause serious social, family and occupational impairment.¹

Effective treatment is based on Psycho-Socio-educational models, in which parents participate, who must be trained by previously trained health professionals.^{2, 3, 4, 5, 6, 7} The training of professionals requires the use of validated psi education instruments. Due to this, the “Psychoeducational Manual for health professionals who care for children with ASD. Group Therapeutic Training Program (ETG)”, has been built, designed and validated In the validation, a mixed methodology (quantitative and qualitative) was used.⁸ The result of content validation ⁹ was: 0.84. The health professionals interviewed with the focus group technique ^{10, 11} considered that the manual was attractive to the eye, understandable, invited to be put into practice and that it was a useful tool in the training of parents of children with ASD from different places in Peru. Therefore, we conclude that this manual has been validated.

KEY WORDS: PSYCHOEDUCATIONAL MANUAL-TEA-CHILDREN

¹. Médico Psiquiatra; INSM “HD-HN”.

². Psicóloga; INSM “HD-HN”.

³. Enfermera; INSM “HD-HN”.

El TEA es un problema del neurodesarrollo que se caracteriza por alteraciones en la comunicación social y comportamientos repetitivos y desadaptados. El DSM-5 lo clasifica en tres niveles de severidad y considera necesario hacer el descarte de Discapacidad intelectual y de trastorno del lenguaje, como parte de la evaluación diagnóstica ⁽¹⁾.

Se ha observado un incremento en la prevalencia del TEA a nivel mundial; en los años sesenta era de 1/2000 y en el presente siglo es 1/59 (OMS); esto se debería a una mayor información

del TEA en la población, a la ampliación de criterios diagnósticos y al mayor conocimiento de la sintomatología por los profesionales médicos. Sin embargo, no se descarta un real incremento del TEA a nivel mundial. Se considera que este trastorno ocurre en aproximadamente 0,6 casos/100 nacidos vivos; con una proporción de 4/1 en la relación hombre/mujer ^(12,13).

El conocimiento actual en relación a la etiología del TEA, señala que es un trastorno en el que intervienen factores genéticos y ambientales. Los factores ambientales afectan al niño en la etapa prenatal (infección urinaria

de la madre, desnutrición severa, diabetes gestacional, hipotiroidismo materno, preclamsia, uso de algunos medicamentos) y en la postnatal (hipoxia, bajo peso al nacer, prematuridad, infecciones etc) ^(14, 15, 16, 17).

El TEA es un trastorno que suele tener comorbilidad con otros trastornos y enfermedades, siendo las más comunes: Discapacidad intelectual, Trastorno del lenguaje, Trastorno de déficit de atención e hiperactividad, Epilepsia, Trastornos de ansiedad, entre otros ^(18, 19, 20, 21, 22).

Es de vital importancia hacer un diagnóstico temprano y dar tratamiento oportuno y eficaz, a fin de evitar el grave deterioro que la enfermedad suele causar. Se conoce que los mejores resultados se logran si el niño recibe estimulación con un programa estructurado llevado a cabo en ambientes terapéuticos, en el hogar y en otros espacios de la comunidad; además el tiempo dedicado a la tarea de educar al niño con TEA debería ser de 20-40 horas a la semana (basado especialmente en la Terapia conductual Aplicada, método de Hannen, el uso de PECS, TEACCH y la estimulación sensorial), razón por lo cual es imprescindible entrenar a los padres en habilidades que promuevan el desarrollo integral de sus niños ^(2, 3, 4, 5, 6, 7, 23).

En el Perú hay muy pocos centros especializados para atender al niño con TEA, como el Programa de Entrenamiento Grupal (ETG), creado por el Dr Hector Tovar ⁽²⁴⁾ y la mayoría están en Lima; tampoco se cuenta con la cantidad suficiente de especialistas en salud mental de niños. Por este motivo es muy importante que el personal de salud adquiera las habilidades necesarias para poder capacitar a los padres del niño con diagnóstico de TEA.

La capacitación adecuada del personal de salud requiere el uso de herramientas psicoeducativas validadas, que hayan probado ser: atractivas, entendibles, con las que se hayan podido identificar, aceptadas y que promuevan a la acción (según lo expuesto en la "Guía de validación de materiales educativos desarrollada por Ziemendorf & Craus " et al) ^(25, 26, 27, 28). Con la capacitación de profesionales de salud, se cumplirá Con la ley 30150, (Ley de Protección de las Personas con TEA), aprobada el 08 de enero del 2014 ⁽²⁹⁾. Debido a esto construimos, diseñamos y validamos el "Manual psicoeducativo para

profesionales de salud que atienden niños TEA. Programa de Entrenamiento Terapéutico Grupal (ETG)".

Fundamentación

Este estudio iniciará una serie de investigaciones sobre deterioro cognitivo a realizarse en poblaciones rurales adultas mayores, poco estudiadas anteriormente en el país; contribuyendo así a enriquecer la información nacional disponible sobre este tema.

Metodología

Esta investigación se desarrolló con un enfoque mixto, se integró los métodos cuantitativo y cualitativo en dos etapas; el diseño empleado fue explicativo secuencial ⁽⁸⁾.

Muestra

Para el presente estudio se requirieron 2 muestras. Una formada por expertos en TEA y otra por profesionales de salud sin experiencia en TEA; para la obtención de ambas se empleó el muestreo no probabilístico por conveniencia ⁽³⁰⁾. El primer grupo estuvo conformado por nueve expertos con más de 8 años de ejercicio profesional. El segundo por 22 profesionales de salud provenientes de las tres regiones del Perú., epidemiológico y transversal, que usó la base de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural realizado en el 2008.

Instrumento

1. Atracción: el material educativo resulta agradable o desagradable para las personas a las que está dirigido.
2. Comprensión: el material es asimilado, entendido y aprendido por el público al que va dirigido. Es la principal meta de la validación.
3. Afinidad o Compatibilidad: el grupo objetivo se identifica con el material, por sus personajes, paisajes, vestidos etc. Si el grupo objetivo no se siente reflejado en el material y piensa que va dirigido a otras personas, probablemente no se alcancen los objetivos propuestos.
4. Aceptación: la redacción de los conocimientos y mensajes del material educativo deben

ser acordes al público objetivo.

- Inducción a la acción: el material educativo puede ayudar a cambiar comportamientos de acuerdo a los objetivos.

Procedimiento

En la primera fase se invitó a participar a 9 expertos en TEA, se obtuvo su consentimiento informado y se evaluó la validez de contenido mediante la técnica de juicio de expertos. Se

TABLA 1.
RESPUESTA DE 9 JUECES EXPERTOS PARA PROCESO DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO

ITEMS	A	B	C	D	E	F	G	H	I	Sxi	Mx	CVC	PEI	CVCPI
1	5	5	4	5	5	3	4	4	4	39	7.8	0.86667	2.58117E-09	0.87
2	5	4	3	4	4	3	4	4	4	35	7	0.77778	2.58117E-09	0.78
3	5	4	2	4	4	3	4	3	4	33	6.6	0.73333	2.58117E-09	0.73
4	5	4	2	4	3	3	4	3	3	31	6.2	0.68889	2.58117E-09	0.69
5	5	4	3	4	3	4	4	4	5	36	7.2	0.8	2.58117E-09	0.80
6	5	5	5	4	5	4	4	4	4	40	8	0.88889	2.58117E-09	0.89
7	5	3	4	4	5	4	4	4	4	37	7.4	0.82222	2.58117E-09	0.82
8	5	4	4	4	5	4	4	4	5	39	7.8	0.86667	2.58117E-09	0.87
9	5	4	4	4	5	4	4	4	4	38	7.6	0.84444	2.58117E-09	0.84
10	5	4	2	4	3	4	4	4	4	34	6.8	0.75556	2.58117E-09	0.76
11	5	4	5	4	3	4	4	4	4	37	7.4	0.82222	2.58117E-09	0.82
12	5	5	5	4	3	3	5	4	5	39	7.8	0.86667	2.58117E-09	0.87
13	5	5	2	4	3	4	4	4	4	35	7	0.77778	2.58117E-09	0.78
14	5	5	5	5	5	4	4	4	5	42	8.4	0.93333	2.58117E-09	0.93
15	5	5	5	5	5	4	4	4	3	40	8	0.88889	2.58117E-09	0.89
16	5	4	5	5	5	4	4	4	5	41	8.2	0.91111	2.58117E-09	0.91
17	5	4	2	4	3	4	4	4	4	34	6.8	0.75556	2.58117E-09	0.76
18	5	5	5	4	5	5	5	5	5	44	8.8	0.97778	2.58117E-09	0.98
19	5	3	5	2	5	4	5	4	5	38	7.6	0.84444	2.58117E-09	0.84
20	5	4	4	5	4	4	4	4	5	39	7.8	0.86667	2.58117E-09	0.87
21	5	4	4	4	4	4	4	4	4	37	7.4	0.82222	2.58117E-09	0.82
22	5	5	5	4	4	4	4	4	5	40	8	0.88889	2.58117E-09	0.89
23	5	4	4	4	4	4	4	4	5	38	7.6	0.84444	2.58117E-09	0.84
VALIDEZ TOTAL PROMEDIO													0.84	

les solicitó que evaluaran el “Manual Psico-educativo para profesionales de salud que atienden niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Programa de Entrenamiento Terapéutico Grupal (ETG)” empleando el cuestionario de Ziemendorf & Craus ” et al ⁽²⁵⁾ . Las respuestas fueron analizadas estadísticamente mediante el coeficiente de validez de contenido (CVC) ⁽³¹⁾.

En la segunda fase, luego de levantar las observaciones dadas por los expertos, se invitó a participar en la investigación a 30 profesionales de salud provenientes de las tres regiones del Perú; se les envió el “Manual psicoeducativo para profesionales de salud que atienden niños TEA. Programa de Entrenamiento Terapéutico Grupal (ETG)” por correo electrónico y se obtuvo su consentimiento informado. Acudieron 22 (7 de la costa, 8 de la sierra y 7 de la selva), que fueron divididos en tres grupos. Se realizaron 3 entrevistas en días diferentes, empleando la técnica focus group, que fueron grabadas con el consentimiento de los participantes ^(9, 10, 11). Se

utilizó como guía de la entrevista el cuestionario de Ziemendorf & Craus ” et al) ⁽²⁵⁾. Se levantó la información y se realizó las transcripciones textuales de las entrevistas; finalmente la información fue codificada y analizada ⁽³²⁾.

Los encuestados participaron voluntariamente firmando un consentimiento informado antes de responder la encuesta. El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2008 se realizó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”.

Resultados

La validación de contenido realizada con los 9 expertos en TEA, empleando el coeficiente de validez de contenido (CVC) fue 0,84, lo que indica buena validez y concordancia (ver tabla1).

En la tabla 1 se puede observar que todos los ítems, a excepción del 4, fueron superiores a 0,7.

El Item 4 (puntuó 0,69) evaluó la forma, más no el contenido del manual (¿le agrado el tamaño y la forma de las letras?); que fue corregido con la diagramación realizada posteriormente, por este motivo consideramos que no fue relevante en la validación.

Los 22 profesionales de la salud entrevistados con la técnica del focus group 10, 11 refirieron que el "Manual psicoeducativo para profesionales de la salud que atienden niños con TEA. Programa de Entrenamiento Terapéutico Grupal (ETG)" era atractivo a la vista, comprensible y aceptado (de acuerdo a su cultura); además, se identificaron con su contenido porque consideraron que estaba dirigido a personas como ellos e invitaba a ser empleado en su trabajo con los padres de niños con TEA. Todos estuvieron de acuerdo en señalar la utilidad de este material para profesionales de salud de diferentes lugares del Perú. Las sugerencias que realizaron fueron: incrementar el tamaño y brillo de las ilustraciones colocar mayor número de ilustraciones con trajes típicos. Luego de hacer los cambios sugeridos, consideramos validado el "Manual psicoeducativo para profesionales de la salud que atienden niños con TEA. Programa de Entrenamiento Terapéutico Grupal (ETG)".

Discusión

La metodología empleada en la validación del "Manual psicoeducativo para profesionales de salud que atienden niños TEA. Programa de Entrenamiento Terapéutico Grupal (ETG)" (método explicativo secuencial) ha permitido obtener resultados más confiables; puesto que, el coeficiente de validez de contenido de 0.84, la opinión y la actitud favorable de los profesionales de salud a quienes va dirigido y el levantamiento de las observaciones de estos, nos permite concluir que este manual ha sido validado.

Consideramos que el "Manual psicoeducativo para profesionales de salud que atienden niños TEA. Programa de Entrenamiento Terapéutico Grupal (ETG)" favorecerá la atención de los niños con TEA en el Perú, al permitir mejorar la capacitación de los profesionales de salud encargados de atenderlos.

Conflicto de Intereses

Declaramos que no tener conflictos de interés.

Agradecimientos:

Agradecemos la cooperación de los expertos en TEA: Lucía Aldea Altamirano, Magda Aguilar Lagos, Verónica Álvarez Tinoco, Rosa Castro Vásquez, Luis Matos Retamozo, Lubeth Masias Arias, Lina Rebata Zabala, Milagros Unzueta Calderón, Mijail Yupanqui López

Referencias

1. American Psychiatric Association). El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, abreviado DSM-5). 5th ed. USA; 2013.
2. Kasari C, Gulsrud A, Paparella T, Hellemann G, Berry K. Randomized comparative efficacy study of parent-mediated interventions for toddlers with autism. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2015 [consultado en febrero del 2020]; 83(3):554-563. Disponible en: doi 10.1037/a0039080
3. Ministerio de Educación. Guía para la atención educativa de niños y jóvenes con Trastorno del Espectro Autista -TEA. Plataforma digital del Estado Peruano. [Internet]. Junio 2013 [consultado en abril del 2021]. 84. Disponible en: <http://www.disde.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/5342>
4. Zalaquett, Schönstedt M. Angeli et al. Fundamentos de la intervención temprana en niños con trastornos del espectro autista. *Rev Chil Pediatr* [Internet]. 2015 [consultado en abril del 2020]; 86 (2): 126-131. Disponible en: www.elsevier.es/RCHP
5. Ozonoff S, Cathcart K. Effectiveness of a home program intervention for Young children with Autism. *J Autism Dev Disord* [Internet]. 1998 [consultado en mayo del 2020]; 28 (1): 25-32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9546299/>
6. Manohar H, Kandasamy P, Chandrasekaran V, et al. Brief Parent-Mediated Intervention for Children with Autism Spectrum Disorder: A Feasibility Study from South India. *J Autism Dev Disord* [Internet]. 2019 [consultado en mayo del 2020]; 49, 3146-3158. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04032-x>
7. Manohar H, Kandasamy P, Chandrasekaran V, et al. Brief Parent-Mediated Intervention for Children with Autism Spectrum Disorder: A Feasibility Study from South India. *J Autism Dev Disord* [Internet]. 2019 Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04032-x>
8. Pereira Pérez, Zulay Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta *Revista Electrónica Educare*, vol. XV, núm. 1, enero-junio, 2011, pp. 15-29 Universidad Nacional Heredia, Costa Rica.
9. Mella O. Grupos focales (Focus groups) técnica de investigación cualitativa. *Rep Universidad Alberto Hurtado*, Chile [Internet]. 2000 [consultado 18 de mayo del 2021]. 27. Recuperado de: <https://repositorio.uahurtado.cl/handle/11242/8439>
10. García Calvente MM, Rodríguez M. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Aten Primaria*. [Internet]. 2000. [consultado 4 de abril del 2021]; 25 (3): 181-186. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/271033202_El_grupo_focal_como_tecnica

- de_investigacion_cualitativa_en_salud_diseno_y_puesta_en_practica
11. Vargas J, Ibáñez E. Grupos focales en la evaluación de materiales didácticos para la evaluación de materiales didácticos para la educación superior. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* [Internet]. 2008 [Consultado el 13 de Julio del 2020]. 11 (3): 68-82. Disponible en: <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol11num3/Vol11No3Art4.pdf>
 12. Maenner MJ, Shaw KA, Baio J, et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder among children aged 8 years-Autism and Developmental Disabilities monitoring Network, 11 sites, United States. *MMWR Surveill Summ* [Internet]. 2016 [consultado en abril del 2020]; 69 (SS-4): 1-12. Disponible en: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/ss/ss6904a1.htm?s_cid=ss6904a1_w
 13. CONADIS. Plan Nacional para las personas con espectro autista 2019-2021. Plataforma Digital única del estado peruano. [Internet]. 2019 [citado el 4 de enero del 2021]. 42. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/conadis/informes-publicaciones/265414-plan-nacional-para-las-personas-con-trastorno-del-espectro-autista-2019-2021>
 14. Hadjkacem I, Ayadi H, Turki M. et al. Prenatal, perinatal and postnatal factors associated with autism spectrum disorder. *J. Pediatr.* [Internet]. 2016 [consultado en enero del 2018]; 92 (6): 595-601. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27526988/>
 15. Elovitz, M., Brown, A., Breen, K. et al. Intrauterine inflammation, insufficient to induce parturition, still evokes fetal and neonatal brain injury. *INT J Dev Neurosci* [Internet]. 2011 [consultado en julio del 2020]; 29 (6): 663-671. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0736574811000268>
 16. Meltzer A, Van de Water J. The Role of the Immune System in Autism Spectrum Disorder. *Neuropsychopharmacology*. [Internet]. 2017 [consultado en mayo del 2020]; 42(1):284-298. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27534269/>
 17. Volkmar F, Siegel M, Woodbury-Smith M, King B et al. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescent with Autist Spectrum disorder. *Child & Adolescents Psychiatry*. [Internet]. 2014 [consultado en marzo del 2020]; 53 (2): 237-257. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.10.013>
 18. Miller M, Musser, ED, Young, GS, et al. Sibling Recurrence Risk and Cross-aggregation of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Autism Spectrum Disorder. *JAMA Pediatrics*. [Internet]. 2019 [consultado en mayo del 2020]; 173(2), 147-152. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.4076>
 19. Rico-Moreno J, Tarraga-Minguez R. Comorbilidad de TEA y TDHA: revisión sistemática de los avances en investigación. *Anal de Psicol* [Internet]. 2016 [consultado en julio del 2020]; 32 (3) 810-819. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282016000300022
 20. Thomas, S., Hovinga, M., Rai, D., & Lee, B. K. Brief Report: Prevalence of Co-occurring Epilepsy and Autism Spectrum Disorder: The U.S. National Survey of Children's Health 2011-2012. *J of Autism Dev Disord*. [Internet]. 2017 [consultado en junio del 2020]; 47(1), 224-229. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2938-7>
 21. Hazmin MA. Autism and mental retardation: The genetic relationships and contribution. *La Revue de Sante de la Mediterranée Orientale* [Internet]. 2001 [consultado en abril del 2020]; 7 (3): 536-542. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12690777/>
 22. Kirsch AC et al. Association of comorbid mood and anxiety disorders with autism spectrum Disorder. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2019 [consultado en Julio 2020];174 (1): 63-70. Disponible <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2755414>
 23. Behavior Analyst Certification Board ("BACB"). Plan Coverage of Applied Behavior Analysis Treatment for Autism Spectrum Disorder. BACB [Internet]. 2014 [consultado en diciembre del 2020]. Disponible en: https://www.asbg.org/wp-content/uploads/2014/01/ABA_Guidelines_for_ASD.pdf
 24. Tovar et al. Entrenamiento Terapéutico Grupal. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Departamento de psiquiatría infantil y del adolescente. Lima. 1986 [consultado en mayo del 2020]. 25. Disponible en Biblioteca del INSM "HD-HN"
 25. Ziemendorff S, Krause A. Programa de Agua y Saneamiento PROAGUA/GT: Guía de Validación de Materiales Educativos (con enfoque en materiales de educación sanitaria). Chiclayo: GTZ-OPS/CEPIS [Internet]. 2003 [consultado en marzo del 2020]. 35. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/33551746_Guia_de_validacion_de_materiales_educativos_con_enfoque_en_materiales_de_educacion_sanitaria
 26. Salazar A, Levy T, Escalante E, Aguilar A. Validación de material educativo: Estrategia sobre alimentación y actividad física en escuelas mexicanas. *Rev Esp Com Salud* [Internet]. 2020 [consultado en junio del 2020]; 3 (2): 96-109. Disponible en: http://www.aecs.es/3_2_2pdf
 27. Sierra K, Otero A. Validación del Programa Educativo "Jugando aprendo lo importante que son mis ojos." Universidad de Santo Tomás, Bucaramanga. [Tesis de pre grado]. 2017 [Citado el 24 de Agosto del 2020]. 82. Recuperado de: <http://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/10219/KennySierra-2017.pdf?sequence=1>
 28. UNICEF. Guía metodológica y video validación de materiales IEC. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. [Internet]. 2003 [consultado en abril del 2020]. 19. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/informes/guia-metodologica-video-validacion-de-materiales>
 29. CONADIS. Ley de protección de personas con trastorno del espectro autista (TEA). Ley 30150 D. S: Nro 001-2015-MIMP. [Internet]. 7 de enero del 2014. [Consultado en mayo del 2017]. 12. Disponible en: <http://www.conadisperu.gob.pe/web/documentos/NORMAS/Ley%2030150.pdf>
 30. Hernández Ávila C; Carpio N. (2019) Introducción a los tipos de muestreo. *Alerta; Vol 2, No 1 (Año 2019)*.
 31. Hernández-Nieto, R. A. (2002). Contributions to Statistical Analysis. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes.
 32. Cortés, Iglesias. (2004). Generalidades sobre Metodología. México: Ana Polkey Gómez

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE ZIEMENDORFF S & KRAUSE A

DIMENSIONES	CRITERIOS	ESCALA DE LICKER
ATRACCIÓN EL MATERIAL EDUCATIVO RESULTA MUY AGRADABLE O AGRADABLE PARA LAS PERSONAS A LAS QUE ESTÁ DIRIGIDO	1) ¿EL MANUAL CAUSA BUENA IMPRESIÓN A LA VISTA?	1: TOTALMENTE EN DESACUERDO. 2: EN DESACUERDO. 3: NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO. 4: DE ACUERDO. 5: TOTALMENTE DE ACUERDO
	2) ¿CONSIDERA QUE LAS ILUSTRACIONES PRODUCEN ALGUNA EMOCIÓN POSITIVA?	
	3) ¿LE AGRADO EL TAMAÑO Y LA PROPORCIÓN DE LAS ILUSTRACIONES?	
	4) ¿LE AGRADO EL TAMAÑO Y FORMA DE LAS LETRAS?	
	5) ¿LAS ILUSTRACIONES TRANSMITEN BIEN EL MENSAJE?	
	6) ¿PIENSA QUE A OTRAS PERSONAS LE AGRADARÍA EL MANUAL?	
	7) ¿LOS MENSAJES DE ESTE MANUAL SE TRANSMITEN CON CLARIDAD?	
	8) ¿USA LENGUAJE COMPRENSIBLE?	
	9) ¿LA REDACCIÓN DE LOS TEMAS ES APROPIADO AL PÚBLICO AL QUE VA DIRIGIDO?	
	10) ¿LA REDACCIÓN ES COHERENTE CON LAS ILUSTRACIONES?	
	11) ¿EL TAMAÑO DE LA LETRA FACILITA SU LECTURA?	
	12) ¿ALGUNA PALABRA O PALABRAS HAN SIDO DIFÍCILES DE ENTENDER? ¿CUÁLES?	
	13) ¿LAS ILUSTRACIONES ACLARAN O COMPLEMENTAN LO ESCRITO?	
	14) ¿PODRÍA UD EXPLICAR A OTRAS PERSONAS LOS MENSAJES DE ESTE MANUAL?	
COMPRESIÓN: EL MATERIAL ES ATENDIDO, ASIMILADO Y COMPRENDIDO POR EL PÚBLICO AL QUE VA DIRIGIDO	15) ¿LE PARECE QUE ESTE MANUAL ESTÁ DIRIGIDO A PERSONAS COMO UD?	1: TOTALMENTE EN DESACUERDO. 2: EN DESACUERDO. 3: NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO. 4: DE ACUERDO. 5: TOTALMENTE DE ACUERDO
	16) ¿CONSIDERA QUE ESTE MANUAL HA SIDO DESARROLLADO PARA AYUDARLO EN SU TRABAJO DE NIÑOS CON TEA	
IDENTIFICACIÓN: EL GRUPO OBJETIVO SE CONSIDERA SIMILAR A LOS PERSONAJES, POR SUS COSTUMBRES, TRAJES, CULTURA, LENGUAJE ETC. CONSIDERA QUE ESTÁ DIRIGIDO A PERSONAS COMO EL/ELLA	17) ¿PRESENTA IMÁGENES Y EJEMPLOS ADECUADOS CULTURALMENTE?	1: TOTALMENTE EN DESACUERDO. 2: EN DESACUERDO. 3: NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO. 4: DE ACUERDO. 5: TOTALMENTE DE ACUERDO
	18) ¿HAY ALGÚN CONTENIDO DEL MANUAL QUE LE OFENDA?	
	19) ¿CREE QUE ALGO PODRÍA SER RECHAZADO O MAL VISTO POR OTROS PROFESIONALES DE SALUD?	
	20) ¿APRUEBA UD EL CONTENIDO DE ESTE MANUAL?	
	21) ¿ESTA UD. DISPUESTO A HACER LO QUE RECOMIENDAN EN ESTE MANUAL?	
ACEPTACIÓN: LA REDACCIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS, Y MENSAJES DEL MATERIAL EDUCATIVO SON ACORDES AL PÚBLICO OBJETIVO. NO HAY PROPUESTAS QUE SEAN RECHAZADAS POR LA POBLACIÓN	22) ¿EN ALGÚN MOMENTO HA INTENTADO PONER EN PRÁCTICA LO QUE SUGIEREN EN EL MANUAL?	1: TOTALMENTE EN DESACUERDO. 2: EN DESACUERDO. 3: NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO. 4: DE ACUERDO. 5: TOTALMENTE DE ACUERDO
	23) ¿UD. LE RECOMENDARÍA A ALGUNA OTRA PERSONA LO QUE SUGIERE ESTE MANUAL?	
INDUCCIÓN A LA ACCIÓN: EL MATERIAL EDUCATIVO PUEDE AYUDAR A CAMBIAR COMPORTAMIENTOS DE ACUERDO A LOS OBJETIVOS		1: TOTALMENTE EN DESACUERDO. 2: EN DESACUERDO. 3: NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO. 4: DE ACUERDO. 5: TOTALMENTE DE ACUERDO

CORRUPCIÓN PERCIBIDA POR LOS ADULTOS DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ EN DIVERSAS AUTORIDADES DEL PAÍS EN EL 2017

CORRUPTION PERCEIVED BY THE ADULTS OF AYACUCHO, CAJAMARCA AND HUARAZ IN VARIOUS AUTHORITIES OF THE COUNTRY IN 2017

Vilma Paz¹

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La corrupción aumenta los costos de atención incluyendo los de salud y educación y disminuye las posibilidades de acceder a estos servicios.

OBJETIVO: Determinar la frecuencia percibida de actos de corrupción en diversas autoridades por los adultos que pensaban que la corrupción era en principal problema del país, residentes en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz y la relación con sus características sociodemográficas, en el 2017; estimar la frecuencia con que estos adultos alguna vez fueron solicitados, presionados, tentados o dieron voluntariamente un soborno a algún funcionario de la administración pública o lo hizo alguno de sus familiares y la proporción de adultos tolerantes con la corrupción.

MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal, con muestreo probabilístico y trietápico, que usó la base de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2017. Se estudiaron las características sociodemográficas de los adultos que señalaron a la corrupción como el principal problema del país. Se realizaron análisis bivariados, utilizando el chi cuadrado, entre la frecuencia percibida de los actos de corrupción en diversas autoridades del país y las características sociodemográficas de estos adultos. Procesamiento estadístico con el Spss V. 21 para muestras complejas.

MUESTRA: De 3983 adultos de 18 a más años, el 36,1% (n=1393) percibía a la corrupción como el principal problema del país

INSTRUMENTOS: Del Módulo de Salud Integral del Adulto, se incluyó la pregunta sobre el principal problema que percibían en el país y 4 preguntas para recabar información sobre percepción de la corrupción: "1. ¿Con qué frecuencia cree usted que algunos de las siguientes autoridades, funcionarios, directivos o servidores públicos realizan actos de corrupción?: a. policías femeninas, b. policías varones, c. militares, d. maestros (profesores), e. políticos, f. líderes de sindicatos, g. líderes de la comunidad o alcaldes, h. periodistas, i. jueces; 2. En los últimos 12 meses. ¿a usted le solicitaron, se sintió obligado o dio voluntariamente regalos, propinas, sobornos, coimas a un funcionario directivo o servidor de alguna institución pública?; 3. ¿Y a algún miembro de su familia, (en los últimos 12 meses) ¿le solicitaron, se sintió obligado o dio voluntariamente regalos, propinas, sobornos, coimas a algún funcionario directivo o servidor

SUMMARY

INTRODUCTION: Corruption increases the costs of care, including health and education, and reduces the possibilities of accessing these services.

OBJECTIVE: To determine the perceived frequency of acts of corruption in various authorities by adults who thought that corruption was the main problem in the country, residents in the cities of Ayacucho, Cajamarca and Huaraz and the relationships with their sociodemographic characteristics in 2017; to estimate the frequency with which these adults were ever solicited, pressured, tempted or voluntary gave a bribe to a public administration official or did it one of their family members and the proportion of tolerant adults with corruption.

METHODS: Descriptive, cross-sectional study with probabilistic and three-stage sampling, that used the database of the Epidemiological Study of Mental Health carried out in Ayacucho, Cajamarca and Huaraz in 2017. The sociodemographic characteristics of the adults who pointed too corruption as the main problem in the country, were studied. Bivariate analysis were performed using chi square between the perceived frequency of acts of corruption in various authorities in the country and the sociodemographic characteristics of these adults. The statistical processing was made with the Spss V21 for complex samples.

SAMPLE: Of 3983 adults, adults aged 18 and over, 36,1% (n=1393) perceived corruption as the main problem in the country.

INSTRUMENTS: From the Comprehensive Adult Health Module, one question about the main perceived problem in the country and four questions were included to collect information about the perception of corruption: 1. "How often do you think that some of the following authorities, officials, directors or public servants carry out acts of corruption: a. female police, b. male police, c. military, d. teachers, e. politicians, f. union leaders, g. community leaders or majors, h. journalists, i. judges"; 2. "In the last 12 months, did they asked you, did you feel compelled or voluntarily gave gifts, tips, bribes to a managerial official or servant of any public institution?"; 3. "Did any member of your family (in the last 12 months) be asked, or felt compelled or voluntarily gave gifts, tips, bribes to a managerial official or servant of any public institution?"; 4. How much do you agree or

¹. Médico psiquiatra. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", de Lima, Perú

de alguna institución pública)?; 4. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con respecto a la siguiente afirmación: en ciertas circunstancias considera usted que es necesario dar regalos, propinas, sobornos, coimas a un funcionario o servidor de alguna institución pública?". Del Módulo de Datos Generales se incluyeron los factores: sexo, edad, estado civil, nivel de instrucción, analfabetismo, lengua materna, situación laboral y nivel de pobreza.

RESULTADOS: 36,1% de los adultos (n=1393) respondió que la corrupción era el principal problema del país. La proporción de varones que lo percibió así fue significativamente mayor (60,1%) que la de mujeres (39,9%). La frecuencia percibida de los actos de corrupción varió según la autoridad estudiada. Así, los actos de corrupción en jueces, políticos, líderes de la comunidad o alcaldes y policías varones fueron percibidos por la mayoría como frecuentes o muy frecuentes. La percepción de estos actos en policías mujeres, profesores o maestros, militares y periodistas fue de rara vez u ocasionalmente. La mayoría no supo especificar la frecuencia de los actos de corrupción en líderes sindicales. Al 11,3% le habían solicitado, se había sentido presionado a dar un soborno o lo había dado voluntariamente, a algún funcionario público. El 10,6% de los adultos tenía un familiar a quien le habían solicitado, se había sentido presionado o había dado voluntariamente un soborno a algún funcionario público. Alta tolerancia a la corrupción se encontró en el 3,79% (n=40), tolerancia media en el 1,68% (n=19) y el 93,9% (n=1395) rechazaba la corrupción.

CONCLUSIONES: Para más de un tercio de los entrevistados, la corrupción era el principal problema del país. Independientemente de la frecuencia con que los hechos de corrupción ocurrieran en determinados lugares, en la percepción de los mismos influyeron diversos factores tales como las características sociodemográficas y el contexto cultural en el que se desarrollaron las encuestas.

RECOMENDACIONES: 1. Realizar estudios sobre corrupción en otras ciudades del país para conocer la percepción de los pobladores al respecto, 2. Elaborar y desarrollar programas intersectoriales y multidisciplinarios para combatirla que incluyan medidas de protección a la población que denuncie los actos de corrupción. 3. Transparentar la información sobre costos de servicios y gasto público, ubicándola en plataformas de actualización continua y de fácil acceso, para que el poblador esté bien informado al respecto.

PALABRAS CLAVE: Población adulta, Corrupción percibida, área urbana. Perú.

disagree with the following statement: in certain circumstances do you consider that it is necessary to give gifts, tips, bribes to an official or servant of a public institution?. From the General Data Module, age, sex, marital status, educational level, illiteracy, mother tongue, employment situation and poverty level.

RESULTS: 36.1% of adults (n = 1393) responded that corruption was the main problem in the country. The proportion of men who perceived it this way it was significantly higher (60.1%) than that of women (39.9%). The perceived frequency of acts of corruption varied according to the authority studied. Thus, acts of corruption in judges, politicians, community leaders or mayors, and male policemen were perceived by the majority as frequent or very frequent. The perception of these acts in female police officers, teachers, soldiers and journalists was rarely or occasionally. The majority did not know how to specify the frequency of acts of corruption in union leaders. The 11.3% had been asked, had felt pressured to give a bribe or had given it voluntarily, to a public official. High tolerance to corruption was found in 3,79% (n = 40), medium tolerance in 1,68% (n = 19) and 93,9% (n = 1395) rejected corruption.

CONCLUSIONS: For more than a third of those interviewed, corruption was the main problem in the country. Regardless of the frequency with which the acts of corruption occurred in certain places, their perception was influenced by various factors such as sociodemographic characteristics and the cultural context in which the surveys were conducted.

RECOMMENDATIONS: 1. Carry out studies on corruption in other cities of the country to know the perception of the inhabitants in this regard, 2. Prepare and develop inter-sectoral and multidisciplinary programs to combat it that include protection measures for the population that denounces acts of corruption. 3. Make the information on costs of services and public spending transparent, placing it on platforms that are continuously updated and easily accessible, so that the population is well informed in this regard.

KEY WORDS: Adult population, perceived corruption, urban area. Perú.

La corrupción es un problema complejo en el que inciden factores individuales, sociales, culturales, políticos y económicos. Infiltra todos los niveles de la administración pública y del sector privado, tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo. Restringe la inversión extranjera en el país, limita su desarrollo económico y contribuye al fracaso

de las pequeñas empresas al no poder pagar estas los costos elevados de la corrupción que inflan sus costos de producción. La corrupción genera mayor desconfianza en el Estado, menor crecimiento económico, peores obras de infraestructura, más pobreza, menos empleos y, peores instituciones y servicios públicos⁽¹⁾.

Aunque es difícil contar con información

precisa sobre la cuantía de los actos de corrupción, ya que estos suelen permanecer ocultos y generalmente salen a la luz cuando un medio de comunicación los denuncia públicamente, “la corrupción deja huellas que se registran en la opinión pública”⁽²⁾.

Estas “huellas” que sobre la corrupción quedan en la opinión pública, pueden ser registradas en encuestas que, además de recoger las características sociodemográfica de las personas que dan la información, exploran sus percepciones, actitudes, expectativas y experiencias, con la corrupción⁽³⁾. Es así, que las encuestas reportan diversas proporciones de adultos que perciben a la corrupción, como uno de los tres principales problemas del país, dependiendo del año y del lugar en que se recaba la información (42,5%, 49,5%, 52%, 53%)^(4,5,6).

La corrupción preocupa a una mayor proporción de varones que de mujeres, asimismo a los que tienen mayor nivel educativo (superior y posgrado) y a los que están entre 25 y 39 años (53%)⁽²⁾. Por otro lado, la frecuencia con que las personas perciben los actos de corrupción, no es igual. Los pobres y los que tienen menores niveles educativos tienden a percibir niveles altos de corrupción, en comparación con los ricos y con mejores niveles educativos, aunque esta relación se ha visto solo en los países con alto desarrollo económico; en los países de ingresos bajos y medianos, esta relación estadística es débil y a veces corre en dirección opuesta⁽⁷⁾.

Según la percepción de la población, los funcionarios de las instituciones públicas no cometen actos de corrupción con la misma frecuencia. Los pobladores identifican al Congreso de la República, al Poder Judicial y a los partidos políticos como las tres instituciones más corruptas del país. En cuarto lugar ubican a la Policía Nacional⁽⁸⁾.

La corrupción a pequeña escala se llama micro corrupción y ocurre cuando una persona que acude a solicitar un servicio, por ejemplo de salud, de educación, o tiene que realizar algún trámite en alguna dependencia pública, el funcionario que atiende le insinúa o le solicita directamente que le den una propina o “se porten con algo” “lo que sea su voluntad”, a fin de otorgar el servicio o acelerar sus trámites. Algunas personas acceden y a otras les genera un rotundo rechazo. En una encuesta realizada en 18 países de América Latina y el Caribe, en el 2019, se encontró que una de cada cinco personas

había pagado sobornos para acceder a servicios de salud o educación en el último año. Y en el Perú, 3 de cada 10 usuarios de servicios públicos habían pagado un soborno⁽⁹⁾.

Las personas van desarrollando diversos grados de tolerancia hacia la corrupción. En el estudio realizado por Transparencia Internacional, en el 2017 en Lima Metropolitana y en 17 ciudades al interior del país, sobre Percepciones de la Corrupción; 7 de cada 100 personas presentaban alta tolerancia a la corrupción. El 65% presentaba tolerancia media y el 27%, rechazaba totalmente a la corrupción⁽⁵⁾. En comparación con el 2015, en el 2017 la alta tolerancia aumentó en un punto porcentual, la tolerancia media bajó en 13 puntos porcentuales y el rechazo completo había aumentado en cinco puntos porcentuales⁽⁵⁾.

Las preguntas sobre corrupción, incluidas en el Estudio Epidemiológico de Salud Mental realizado en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (ISNM) y de cuya Base de Datos se ha tomado la información para realizar el presente estudio, fueron elaboradas por expertos del INSM en el tema, tomando como base otras encuestas, como las Encuestas Nacionales sobre Percepciones de la Corrupción que viene realizando desde el 2002 Ipsos-Perú, por encargo de Proética, el Capítulo Peruano de “Transparencia Internacional”^(10,3).

Este es el primer estudio en utilizar la base de datos de un estudio epidemiológico, para conocer la frecuencia percibida de actos de corrupción en diversos funcionarios del país; el grado de tolerancia a la corrupción, la proporción de adultos a quienes les fue solicitado, o dieron voluntariamente un soborno, así como la proporción de ellos a los que a algún familiar le fue solicitado lo mismo y las características sociodemográficas de los adultos de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz que percibieron actos de corrupción en diversas autoridades del país en el año 2017.

Objetivos del estudio

Objetivo general:

Conocer la frecuencia percibida de los actos de corrupción en diversas autoridades, por los adultos residentes en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, según características sociodemográficas, en el año 2017.

Objetivos específicos:

Conocer la frecuencia percibida de los actos de corrupción en los policías (varones y mujeres) y en los militares, según cada una de las variables sociodemográficas (sexo, grupo etario, estado civil, nivel educativo, lengua materna, situación laboral y nivel de pobreza) de los adultos residentes en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, en el 2017.

Conocer la frecuencia percibida de los actos de corrupción en los profesores y en los periodistas, según cada una de las variables sociodemográficas de los adultos residentes en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, en el 2017.

Conocer la frecuencia percibida de los actos de corrupción en jueces, políticos, líderes de la comunidad y en alcaldes, según cada una de las variables sociodemográficas de los adultos residentes en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, en el 2017.

Conocer la frecuencia percibida de los actos de corrupción en los líderes de sindicatos, según cada una de las variables sociodemográficas de los adultos residentes en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, en el 2017.

Conocer la proporción de adultos y de familiares de estos adultos de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz que se sintieron obligados o dieron voluntariamente algún tipo de soborno en el 2017

Conocer la proporción de adultos que está de acuerdo con que en ciertas circunstancias es necesario dar un soborno.

Material y métodos

Tipo de estudio

Estudio descriptivo, cuantitativo, epidemiológico y transversal, que usó la base de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, 2017

Población y muestra

La población del estudio epidemiológico original incluyó a los adultos de 18 años y más, residentes habituales de las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el 2017. La muestra de este estudio fue de 3983 adultos,

a quienes se les preguntó cuál era el principal problema que percibían en el país. Se extrajo una submuestra de 1393 adultos que habían contestado que el principal problema del país era la corrupción.

La muestra del estudio original fue probabilística y compleja. Para obtenerla se recurrió a un muestreo probabilístico desarrollado en tres etapas. En la primera etapa fueron seleccionados los conglomerados de viviendas tomando como referencia el marco muestral del Instituto Nacional de Estadística e Informática que fuera elaborado sobre la base del Pre Censo del 2007 y actualizado en el 2014. En la segunda etapa se seleccionaron las viviendas, según el registro de viviendas realizado por el personal de campo. Y en la tercera etapa, se eligieron a las personas de cada vivienda que cumplían los criterios de inclusión y que habían sido registradas como miembros del hogar por el mismo personal de campo encargado de realizar la encuesta.

La muestra del estudio original fue ponderada a fin de reproducir la estructura demográfica de las ciudades en estudio.

Criterios de inclusión

Adultos de 18 años y más, que respondieron que la corrupción era el principal problema que percibían en el país y que ya habían firmado el Consentimiento Informado para participar en el estudio epidemiológico original.

Instrumentos utilizados en este estudio:

- **Módulo de Datos Generales.** Incluyó las variables: Sexo, edad, estado civil, nivel de instrucción, analfabetismo, lengua materna, nivel de pobreza, haber tenido un trabajo remunerado la semana anterior a la encuesta.
- **Módulo de Salud Integral del Adulto del Estudio Epidemiológico de Salud Mental realizado en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz-Replicación 2017.** Que incluyó 01 pregunta sobre cuál era el principal problema que el adulto consideraba tenía el país, con las siguientes posibles respuestas: Desempleo?, Corrupción?, Violencia?, Pobreza?, Falta de confianza?, Falta de liderazgo?, Inestabilidad política?,

Delincuencia?, Terrorismo?, Narcotráfico?, Manejo económico?, Falta de valores?, Ninguno?, No sabe?, Otro? (Especifique). Y 06 preguntas para recabar información sobre percepción de la corrupción, de las cuales se incluyeron 4 en este estudio. 1. “¿Con qué frecuencia cree usted que algunos de las siguientes autoridades, funcionarios, directivos o servidores públicos realizan actos de corrupción?: a. policías femeninas, b. policías varones, c. militares, d. maestros (profesores), e. políticos, f. líderes de sindicatos, g. líderes de la comunidad o alcaldes, h. periodistas, i. jueces”. 2. En los últimos 12 meses, ¿a usted le solicitaron, se sintió obligado o dio voluntariamente regalos, propinas, sobornos, coimas a un funcionario directivo o servidor de alguna institución pública? 3. Y a algún miembro de su familia, (en los últimos 12 meses) ¿le solicitaron, se sintió obligado o dio voluntariamente regalos, propinas, sobornos, coimas a algún funcionario, directivo o servidor de alguna institución pública? 4. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con respecto a la siguiente afirmación: en ciertas circunstancias, considera usted que es necesario dar regalos, propinas, sobornos, coimas a un funcionario o servidor de alguna institución pública?”

Variables independientes:

Sociodemográficas:

- Edad: cuantitativa y continua. Se reagrupó en: 18 a 24 años
25 a 44
45 a 64
65 a más
- Sexo: masculino y femenino. Escala nominal.
- Estado civil: Escala nominal. Actualmente unidos: Casados y convivientes. Alguna vez unidos: Viudos, separados y divorciados. Nunca unidos: Solteros.
- Nivel de instrucción: se recodificó en 4 categorías: 1. Sin nivel/inicial, 2. Primaria (completa e incompleta), 3. secundaria (completa e incompleta, incluyendo bachillerato), 4. Superior universitaria (completa e incompleta, posgrado), 5. Superior no universitaria (completa e incompleta).

- Lengua materna: Castellano. Otra: quechua, aymara u otra.
- Analfabetismo: ¿Sabe leer y escribir? Sí (Letrado); No (Analfabeto)
- Situación laboral: ¿La semana anterior estuvo usted trabajando?-Sí; No.
- Nivel de pobreza: según el número de necesidades básicas insatisfechas (NBI) se clasifica a las personas o a las familias en: pobres extremos cuando tienen 2 o más NBI, cuando tienen una NBI se les considera como pobres y si tienen ninguna NBI son no pobres.

Variable dependiente:

Corrupción con sus categorías:

Frecuencias de actos de corrupción en diversas autoridades (policías femeninas y policías varones, militares, maestros (profesores), políticos, líderes de sindicatos, líderes de la comunidad o alcaldes, periodistas y jueces.

Solicitud, presión o donación voluntaria de coimas a un funcionario o público: proporción de adultos que recibió solicitud, fue presionado o dio voluntariamente coimas a algún funcionario o servidor de una institución pública.

Solicitud, presión o donación voluntaria de coimas del familiar del adulto a un funcionario o público: Proporción de adultos en los que algún familiar fue presionado, fue solicitado o dio voluntariamente coimas a algún funcionario o servidor de una institución pública.

Tolerancia a la corrupción: adultos que creen que en determinadas circunstancias es necesario dar regalos, propinas, sobornos, coimas a un funcionario o servidor de una institución pública. Según el grado de acuerdo o desacuerdo con este enunciado, la tolerancia fue clasificada como: -Alta tolerancia: los que estaban de acuerdo sumados a los que estaban totalmente de acuerdo; -Tolerancia media: los que estaban “ni de acuerdo ni en desacuerdo” con el enunciado y por último: -Rechazo definido: los que estaban en desacuerdo y totalmente en desacuerdo.

Análisis:

Todas las prevalencias han sido ponderadas. Los análisis estadísticos se realizaron en la sub muestra de adultos que percibían que la

corrupción era el principal problema del país en el 2017.

Se hicieron análisis univariados para calcular las frecuencias de las variables sociodemográficas de los adultos (grupo etario, sexo, estado civil, nivel educativo, lengua materna, analfabetismo, situación laboral y nivel de pobreza (según número de necesidades básicas insatisfechas). Se calculó la proporción de adultos que se habían sentido presionados, habían sido solicitados de dar o dieron voluntariamente un soborno a algún funcionario o servidor público. Y la proporción de aquellos que tenían un familiar que se había sentido presionado, había sido solicitado o lo había dado voluntariamente a algún funcionario o servidor público. Para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión. Y para las variables cualitativas, medidas de frecuencia con intervalos de confianza al 95% tomando en cuenta el diseño de muestras complejas.

Algunas variables sociodemográficas se recodificaron previamente en nuevas variables. Tal es el caso del estado civil, el cual se procesó reagrupándolo en: 1. Actualmente unidos (Casados o convivientes), 2. Alguna vez unidos (Viudos, divorciados y separados) y 3. Nunca unidos (Solteros). El nivel educativo también se reagrupó y recodificó en 1. Sin nivel, primaria o nunca asistió a la escuela; 2. Secundaria (incluyendo bachillerato); 3. Superior

no universitaria, completa e incompleta y 4. Superior universitaria completa e incompleta (incluyendo posgrado). La lengua materna en 2 grupos: castellano y, quechua/aymara u otra.

Se realizaron análisis bivariados, cruzando las variables sociodemográficas con la frecuencia percibida de actos de corrupción en diversas autoridades, mediante tablas de contingencia con la prueba Chi cuadrado ajustado de Rao-Scott, con un nivel de significancia menor a 0,05.

La información se procesó con el Spss V 21 para muestras complejas.

Resultados

Variables sociodemográficas

Una significativa mayor proporción de varones (60,1%) que de mujeres (39,9%) percibía a la corrupción como el principal problema del país. Una significativa mayor proporción de estos adultos estaba entre los 25 y 44 años (44,2%). La mayoría estaba unido en pareja (56,6%). La lengua materna de la mayoría era el castellano (75,2%). Tenía nivel educativo superior el 45,7%. Le seguía en frecuencia los que tenían instrucción secundaria (27,1%). La mayoría era no pobre (80,6%). Era pobre el 17,5% y el 1,8% restante, pobre extremo. El 99,2% había tenido trabajo remunerado la semana anterior a la encuesta (Tabla 1).

TABLA 1.
VARIABLES SOCIODEMGRÁFICAS DE LOS ADULTOS DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ QUE PERCIBÍAN QUE LA CORRUPCIÓN ERA EL PRINCIPAL PROBLEMA DEL PAÍS EN EL 2017

VARIABLES SOCIODEMGRÁFICAS	LA CORRUPCIÓN ES EL PRINCIPAL PROBLEMA PERCIBIDO EN EL PAÍS								PVALOR(*)
	No				Sí				
	%	IC (95)	N	%	IC (95)	N			
SEXO									
MASCULINO	40,2	37,6	42,8	818	60,1	56,9	63,1	733	0,00
FEMENINO	59,8	57,2	62,4	1682	39,9	36,9	43,1	660	
GRUPO ETARIO									
18 A 24	20,9	19,0	22,9	459	21,6	19,1	24,4	289	0,00
25 A 44	41,0	38,6	43,5	1172	44,2	40,9	47,6	642	
45 A 64	26,7	24,4	29,1	559	25,9	22,9	29,1	323	
65 O MÁS	11,4	9,9	13,1	310	8,3	6,7	10,1	139	
ESTADO CIVIL									
ACTUALMENTE UNIDOS	59,3	56,9	61,7	1452	5,6	53,5	59,7	767	0,00
ALGUNA VEZ UNIDO	14,9	13,4	16,6	484	1,6	9,9	13,6	228	
NUNCA UNIDO	25,8	23,6	28,1	564	3,7	28,9	34,8	398	
NIVEL EDUCATIVO									
SIN NIVEL A PRIMARIA (INCL INICIAL)	23,8	21,5	26,2	615	1,9	10,9	15,2	193	0,00
SECUNDARIA (INCL BACH)	30,3	28,3	32,5	787	27,1	24,3	30,1	386	
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA	14,6	13,1	16,2	379	14,4	12,4	16,6	215	
SUPERIOR UNIVERSITARIA (INCL POSTGRADO)	31,3	28,6	34,2	719	45,7	42,1	49,3	599	

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	LA CORRUPCIÓN ES EL PRINCIPAL PROBLEMA PERCIBIDO EN EL PAÍS								
	No				Sí				
	%	IC (95)	N	%	IC (95)	N	PVALOR(*)		
LENGUA MATERNA									
CASTELLANO	71,8	69,1	74,4	1778	75,2	71,9	78,2	1039	0,09
QUECHUA/AYMARA/OTRA	28,2	25,6	30,9	720	24,8	21,8	28,1	353	
SABE LEER Y ESCRIBIR									
No	9,4	8,0	11,0	241	3,1	2,2	4,3	46	0,00
Sí	90,6	89,0	92,0	2258	96,9	95,7	97,8	1347	
NIVEL DE POBREZA									
POBRE EXTREMO (DOS O MÁS NBI)	3,4	2,5	4,6	88	1,8	1,1	2,9	27	0,02
POBRE (UNA NBI)	20,4	18,1	22,9	537	1,5	14,8	20,7	238	
NO POBRE (NINGUNA NBI)	76,2	73,4	78,8	1875	8,6	77,4	83,5	1128	
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR (REMUNERADO)									
No	0,6	0,3	1,2	12	0,8	0,4	1,6	8	0,02
Sí	99,4	98,8	99,7	1418	99,2	98,4	99,6	883	

*Prueba F ajustada de independencia para muestras compleja

Frecuencia percibida de actos de corrupción en diversas autoridades

Un significativo 69,4% de estos adultos, percibió que las policías mujeres cometían actos de corrupción rara vez u ocasionalmente; en cambio, el 62,3% percibió como frecuentes o muy frecuentes los actos de corrupción en los policías varones.

La mayoría pensaba que militares, maestros (profesores) y periodistas cometían actos de corrupción rara vez u ocasionalmente (Tabla 2).

Los adultos percibían que los políticos, los líderes de la comunidad o alcaldes y los jueces cometían actos de corrupción frecuentemente o muy frecuentemente (Tabla 2).

La mayoría (56,7%), no sabía precisar la frecuencia de los actos de corrupción en los líderes de sindicatos.

Las diferencias en las frecuencias de percepción de la corrupción en las diversas autoridades fueron significativas, excepto para los líderes de sindicatos (p=0,17) (Tabla 2).

TABLA 2.

FRECUENCIA PERCIBIDA DE ACTOS DE CORRUPCIÓN EN LAS AUTORIDADES, POR LOS ADULTOS DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ, SEGÚN CREYERAN O NO QUE LA CORRUPCIÓN ERA EL PRINCIPAL PROBLEMA DEL PAÍS, EN EL 2017

CORRUPCIÓN PERCIBIDA EN AUTORIDADES O PERSONAS	LA CORRUPCIÓN ES EL PRINCIPAL PROBLEMA QUE SE PERCIBE EN EL PAÍS								
	No				Sí				
	%	IC (95)	N	%	IC (95)	N	PVALOR(*)		
POLICÍAS MUJERES									
NUNCA	10,6	9,1	12,3	262	7,6	6,1	9,6	114	0,00
RARA VEZ U OCASIONALMENTE	64,3	61,7	66,7	1598	69,4	66,1	72,5	932	
FRECUENTE Y MUY FRECUENTEMENTE	15,8	13,9	17,9	395	17,6	15,0	20,4	265	
NO SABE	9,4	7,9	11,1	245	5,4	4,1	7,1	82	
POLICÍAS VARONES									
NUNCA	1,9	1,3	2,7	47	1,1	0,6	1,8	19	0,00
RARA VEZ U OCASIONALMENTE	36,9	34,4	39,5	953	34,7	31,2	38,3	473	
FRECUENTE Y MUY FRECUENTEMENTE	55,7	53,1	58,3	1354	62,3	58,7	65,8	871	
NO SABE	5,5	4,2	7,0	146	1,9	1,3	2,9	30	
MILITARES									
NUNCA	12,5	11,0	14,2	325	10,8	8,7	13,3	154	0,00
RARA VEZ U OCASIONALMENTE	48,4	45,5	51,3	1200	56,9	53,4	60,3	785	
FRECUENTE Y MUY FRECUENTEMENTE	22,5	20,3	24,8	547	21,4	18,8	24,2	283	
NO SABE	16,6	14,5	18,9	427	11,0	9,3	13,0	171	
MAESTROS (PROFESORES)									
NUNCA	11,0	9,9	12,9	306	9,0	7,4	10,9	143	0,00
RARA VEZ U OCASIONALMENTE	68,3	65,8	70,8	1663	72,8	69,8	75,6	983	
FRECUENTE Y MUY FRECUENTEMENTE	13,5	11,9	15,4	342	14,7	12,6	17,2	212	
NO SABE	6,9	5,6	8,4	183	3,5	2,5	4,9	53	

Corrupción percibida por los adultos de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en diversas autoridades del país en el 2017

CORRUPCIÓN PERCIBIDA EN AUTORIDADES O PERSONAS	LA CORRUPCIÓN ES EL PRINCIPAL PROBLEMA QUE SE PERCIBE EN EL PAÍS								
	No				Sí			PVALOR(*)	
	%	IC (95)		N	%	IC (95)			N
POLÍTICOS									
NUNCA	2,0	1,4	2,9	43	0,6	0,3	1,1	10	0,00
RARA VEZ U OCASIONALMENTE	11,0	9,6	12,7	296	7,1	5,7	8,8	111	
FRECUENTE Y MUY FRECUENTEMENTE	82,0	79,9	84,0	2031	90,9	89,0	92,5	1242	
NO SABE	4,9	3,8	6,3	125	1,4	0,9	2,3	24	
LÍDERES DE SINDICATOS									
NUNCA	1,6	1,2	2,3	51	1,3	0,8	2,1	21	0,17
RARA VEZ U OCASIONALMENTE	17,9	15,9	20,1	433	16,2	13,9	18,8	228	
FRECUENTE Y MUY FRECUENTEMENTE	22,3	20,0	24,7	553	25,8	22,6	29,2	331	
NO SABE	58,2	54,8	61,6	1452	56,7	52,6	60,8	809	
LÍDERES DE LA COMUNIDAD O ALCALDES									
NUNCA	2,4	1,7	3,2	54	1,6	1,0	2,7	18	0,00
RARA VEZ U OCASIONALMENTE	24,4	22,2	26,8	602	22,2	19,2	25,4	298	
FRECUENTE Y MUY FRECUENTEMENTE	67,0	64,4	69,5	1679	73,3	69,9	76,4	1035	
NO SABE	6,2	4,9	7,8	163	2,9	2,0	4,1	42	
PERIODISTAS									
NUNCA	6,6	5,5	7,9	154	3,7	2,7	5,1	52	0,00
RARA VEZ U OCASIONALMENTE	53,0	50,4	55,6	1307	58,2	54,6	61,8	815	
FRECUENTE Y MUY FRECUENTEMENTE	30,8	28,4	33,3	795	33,6	30,3	37,1	457	
NO SABE	9,6	8,0	11,4	243	4,5	3,4	5,8	68	
JUECES									
NUNCA	2,9	2,2	3,9	70	1,2	0,7	2,3	17	0,00
RARA VEZ U OCASIONALMENTE	39,1	36,5	41,7	957	38,7	35,3	42,2	509	
FRECUENTE Y MUY FRECUENTEMENTE	51,0	48,2	53,7	1290	57,6	54,2	60,9	823	
NO SABE	7,0	5,7	8,6	183	2,5	1,8	3,5	44	

Analisis Bivariados

Características sociodemográficas y frecuencia percibida de corrupción en diversas autoridades por los adultos de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, en el 2017.

Frecuencia percibida de actos de corrupción en policías mujeres y en policías varones: En los análisis bivariados, la percepción de que las policías mujeres cometían actos de corrupción rara vez u ocasionalmente y que los varones los cometían frecuentemente o muy frecuentemente, estuvo significativamente relacionada con el nivel educativo y la situación de pobreza de los adultos (Tabla 3)

Frecuencia percibida de actos de corrupción en militares, maestros o profesores y en periodistas: La mayoría de adultos percibía que los militares, los maestros o profesores y los periodistas, cometían actos de corrupción rara vez u ocasionalmente. (Tabla 3.1).

Frecuencia percibida de actos de corrupción en los políticos y en líderes sindicales: En los análisis bivariados, la percepción de que

los políticos cometían actos de corrupción con frecuencia o muy frecuentemente estuvo asociada a la edad, saber leer y escribir y, a la lengua materna (Tabla 3.2).

Una significativa mayor proporción de mujeres (58,9%) que de varones (55,3%), no sabía con qué frecuencia los líderes de sindicatos cometían actos de corrupción ($p=0,03$). Igualmente significativas fueron las diferencias entre los que no sabían la frecuencia de los actos de corrupción en estos líderes, en cuanto a grupo etario, nivel educativo, lengua materna y situación laboral (Tabla 3.2).

Frecuencia percibida de actos de corrupción en los líderes de la comunidad o alcaldes y en los jueces: La mayoría de los adultos con nivel educativo superior universitario (75,9%), percibía que los líderes de la comunidad o alcaldes cometían frecuentemente o muy frecuentemente actos de corrupción (Tabla 3.3).

La mayoría de los adultos percibieron que los jueces cometían actos de corrupción frecuentemente o muy frecuentemente (Tabla 3.4).

TABLA 3.
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS ADULTOS DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ Y FRECUENCIA PERCIBIDA DE ACTOS DE CORRUPCIÓN EN LA POLICÍA EN EL 2017

SOCIO- DEMOGRÁFICOS	A. POLICÍAS MUJERES								PVALOR (*)	B. POLICÍAS VARONES								PVALOR (*)
	NUNCA		RARA VEZ U OCASIONAL- MENTE		FRECUENTE O MUY FRECUENTE- MENTE		NO SABE			NUNCA		RARA VEZ U OCASIONAL- MENTE		FRECUENTE O MUY FRECUENTE- MENTE		NO SABE		
	%	N	%	N	%	N	%	N		%	N	%	N	%	N	%	N	
NIVEL EDUCATIVO																		
SIN NIVEL A																		
PRIMARIA (INCL INICIAL)	11,0	21	51,4	99	27,2	50	10,4	23		3,7	8	32,8	60	53,8	104	9,7	21	
SECUNDARIA (INCL BACH)	6,8	26	71,6	260	14,6	70	7,0	30	0,00	1,3	6	34,3	128	63,9	249	0,6	3	0,00
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA	6,5	19	74,2	151	14,7	36	4,6	9		0,2	1	38,6	76	60,4	137	0,8	1	
SUPERIOR UNIVERSITARIA (INCL POSTGRADO)	7,6	48	71,7	422	17,4	109	3,3	20		0,5	4	34,2	209	64,4	381	0,9	5	
SABE LEER Y ESCRIBIR																		
No	10,6	6	44,2	19	30,3	11	14,8	10	0,01	9,9	5	30,4	14	45,7	18	14,0	9	0,00
Sí	7,5	108	70,2	913	17,1	254	5,1	72		0,8	14	34,8	459	62,8	853	1,5	21	
NIVEL DE POBREZA																		
POBRE EXTREMO (DOS O MÁS NBI)	10,0	3	59,9	15	19,3	6	10,8	3		0,0	0	16,8	4	71,2	20	12,0	3	
POBRE (UNA NBI)	10,3	26	63,7	140	21,9	59	4,1	13	0,17	1,3	5	29,2	73	66,7	152	2,7	8	0,01
NO POBRE (NINGUNA NBI)	7,0	85	70,9	777	16,6	200	5,6	66		1,0	14	36,3	396	61,1	699	1,5	19	

*Prueba F ajustada de independencia para muestras complejas.

TABLA 3.1.
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS ADULTOS DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ Y FRECUENCIA PERCIBIDA DE ACTOS DE CORRUPCIÓN EN MILITARES Y PROFESORES, 2017

SOCIO- DEMOGRÁFICOS	C. MILITARES								PVALOR (*)	D. MAESTROS(PROFESORES)								PVALOR (*)
	NUNCA		RARA VEZ U OCASIONAL- MENTE		FRECUENTE O MUY FRECUENTE- MENTE		NO SABE			NUNCA		RARA VEZ U OCASIONAL- MENTE		FRECUENTE O MUY FRECUENTE- MENTE		NO SABE		
	%	N	%	N	%	N	%	N		%	N	%	N	%	N	%	N	
SEXO																		
MASCULINO	11,3	81	58,8	435	21,0	148	8,8	69	0,05	8,8	73	76,2	544	12,0	95	2,9	20	
FEMENINO	9,9	73	53,9	350	21,8	135	14,3	102		9,2	70	67,7	439	18,8	117	4,3	33	0,01
GRUPO ETARIO																		
18 A 24	13,2	38	55,6	164	19,1	50	12,1	37		10,4	33	70,3	204	17,3	45	2,0	6	
25 A 44	12,6	80	60,9	380	17,2	108	9,2	74		8,4	67	72,9	450	15,2	101	3,5	24	
45 A 64	6,4	22	52,1	169	28,1	87	13,4	45	0,00	7,7	24	76,0	242	12,0	42	4,2	14	0,53
65 O MÁS	8,2	14	53,1	72	28,4	38	10,3	15		9,0	143	72,8	983	14,7	212	3,5	53	
NIVEL EDUCATIVO																		
SIN NIVEL A																		
PRIMARIA (INCL INICIAL)	10,1	24	51,4	92	22,2	41	16,3	36		9,5	23	67,9	120	13,6	29	8,9	21	
SECUNDARIA (INCL BACH)	12,5	44	57,0	212	15,6	69	14,9	61		9,3	36	72,1	269	14,1	60	4,5	19	
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA	10,0	23	62,4	133	18,5	39	9,2	20	0,00	12,0	29	74,5	152	10,9	28	2,6	6	0,01
SUPERIOR UNIVERSITARIA (INCL POSTGRADO)	10,2	63	56,6	348	25,5	134	7,7	54		7,7	55	74,1	442	16,7	95	1,6	7	
LENGUA MATERNA																		
CASTELLANO	11,8	122	56,9	598	21,7	211	9,7	108		8,7	102	73,9	751	14,8	159	2,5	26	
QUECHUA/ AYMARA/ OTRA	7,6	32	57,0	187	20,6	72	14,8	62	0,04	9,8	41	69,4	231	14,5	53	6,4	27	0,02

Corrupción percibida por los adultos de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en diversas autoridades del país en el 2017

SOCIO-DEMOGRÁFICOS	C. MILITARES									D. MAESTROS (PROFESORES)								
	NUNCA		RARA VEZ U OCASIONALMENTE		FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE		NO SABE		PVALOR (*)	NUNCA		RARA VEZ U OCASIONALMENTE		FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE		NO SABE		PVALOR (*)
	%	N	%	N	%	N	%	N		%	N	%	N	%	N	%	N	
SABE LEER Y ESCRIBIR																		
No	10,3	7	51,7	19	18,1	8	19,9	12	0,38	7,8	5	62,9	27	16,8	6	12,4	8	0,02
Sí	10,8	147	57,0	766	21,5	275	10,7	159		9,0	138	73,1	956	14,7	206	3,2	45	
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR (REMUNERADO)																		
No	31,1	2	50,7	4	4,3	1	13,9	1	0,26	25,0	2	57,7	4	0,0	0	17,3	2	0,04
Sí	11,8	93	56,5	508	21,1	179	10,6	103			9,0	83	75,9	651	12,0	116	3,2	

*Prueba F ajustada de independencia para muestras complejas.

TABLA 3.2.
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS ADULTOS DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ Y FRECUENCIA PERCIBIDA DE ACTOS DE CORRUPCIÓN EN POLÍTICOS Y LÍDERES SINDICALES, 2017

SOCIO-DEMOGRÁFICOS	E. POLÍTICOS									F. LÍDERES DE SINDICATOS									
	NUNCA		RARA VEZ U OCASIONALMENTE		FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE		NO SABE		PVALOR (*)	NUNCA		RARA VEZ U OCASIONALMENTE		FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE		NO SABE		PVALOR (*)	
	%	N	%	N	%	N	%	N		%	N	%	N	%	N	%	N		
SEXO																			
MASCULINO	0,7	7	5,9	44	92,5	670	0,9	8	0,05	1,0	10	15,0	110	28,7	191	55,3	419	0,03	
FEMENINO	0,5	3	8,9	67	88,4	572	2,2	16			1,7	11	18,1	118	21,3	140	58,9		390
GRUPO ETARIO																			
18 A 24	0,6	2	9,0	22	89,3	261	1,1	3	0,04	0,9	4	20,4	58	17,3	51	61,3	175	0,02	
25 A 44	0,6	6	5,6	50	93,2	576	0,6	5			1,2	8	13,6	95	27,8	157	57,5		382
45 A 64	0,7	2	6,2	21	90,6	292	2,5	8			1,2	5	18,4	56	29,2	87	51,2		173
65 O MÁS	0,0	0	12,8	18	83,6	113	3,6	8			3,3	4	12,6	19	25,8	36	58,3		79
NIVEL EDUCATIVO																			
SIN NIVEL A PRIMARIA (INCL INICIAL)	1,0	2	14,2	25	77,2	149	7,6	17	0,00	1,0	2	13,1	21	15,7	29	70,2	140	0,00	
SECUNDARIA (INCL BACH)	0,8	4	8,9	37	89,9	339	0,5	3			1,4	4	14,3	58	20,1	80	64,2		242
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA	0,8	2	6,8	15	90,6	195	1,9	2			0,9	2	21,4	44	24,3	51	53,4		118
SUPERIOR UNIVERSITARIA (INCL POSTGRADO)	0,3	2	4,1	34	95,4	559	0,1	2			1,4	13	16,6	105	32,3	171	49,6		309
LENGUA MATERNA																			
CASTELLANO	0,7	8	6,7	84	91,8	935	0,9	10	0,04	1,2	16	15,4	171	28,5	271	55,0	579	0,01	
QUECHUA/AYMARA/OTRA	0,4	2	8,3	27	88,2	306	3,1	14			1,7	5	18,8	57	17,6	60	61,9		229
SABE LEER Y ESCRIBIR																			
No	2,7	1	24,0	10	61,4	28	11,9	7	0,00	2,7	1	15,2	7	12,8	7	69,2	30	0,23	
Sí	0,5	9	6,6	101	91,8	1214	1,1	17			1,3	20	16,2	221	26,2	324	56,4		779
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR (REMUNERADO)																			
No	0,0	0	16,8	1	83,2	7	0,0	0	0,76	18,0	1	27,9	2	13,0	1	41,1	4	0,00	
Sí	0,7	7	6,5	63	91,5	797	1,3	11			1,3	13	16,7	148	27,2	221	54,8		498

*Prueba F ajustada de independencia para muestras complejas.

TABLA 3.3.
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS ADULTOS DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ Y FRECUENCIA PERCIBIDA DE ACTOS DE CORRUPCIÓN EN LÍDERES DE LA COMUNIDAD O ALCALDES Y EN PERIODISTAS DEL PAÍS, 2017

SOCIO-DEMOGRÁFICOS	G. LÍDERES DE LA COMUNIDAD O ALCALDES									H. PERIODISTAS								
	NUNCA		RARA VEZ U OCASIONALMENTE		FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE		NO SABE		PVALOR (*)	NUNCA		RARA VEZ U OCASIONALMENTE		FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE		NO SABE		PVALOR (*)
	%	N	%	N	%	N	%	N		%	N	%	N	%	N	%	N	
SEXO																		
MASCULINO	1,0	7	21,6	144	74,5	562	2,9	20	0,22	2,3	17	58,3	427	35,3	260	4,1	28	0,01
FEMENINO	2,6	11	23,1	154	71,5	473	2,8	22			5,9	35	58,1	388	31,0	197	5,1	

SOCIO- DEMOGRÁFICOS	G. LÍDERES DE LA COMUNIDAD O ALCALDES								H. PERIODISTAS								PVALOR (*)
	NUNCA		RARA VEZ U OCASIONAL- MENTE		FRECUENTE O MUY FRECUENTE- MENTE		NO SABE		NUNCA		RARA VEZ U OCASIONAL- MENTE		FRECUENTE O MUY FRECUENTE- MENTE		NO SABE		
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
NIVEL EDUCATIVO																	
SIN NIVEL A PRIMARIA (INCL INICIAL)	4,4	6	21,2	36	68,0	135	6,5	16	9,3	16	45,2	81	31,3	67	14,2	29	0,00
SECUNDARIA (INCL BACH)	1,5	5	21,4	79	73,7	290	3,4	12	5,6	21	61,7	235	27,3	105	5,4	24	
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA	2,2	3	26,1	54	69,3	154	2,3	4	1,4	4	62,2	129	32,4	74	4,0	8	
SUPERIOR UNIVERSITARIA (INCL POSTGRADO)	0,8	4	21,7	129	75,9	456	1,7	10	1,7	11	58,6	370	38,3	211	1,3	7	
LENGUA MATERNA																	
CASTELLANO	1,1	9	21,2	212	75,2	794	2,5	24	3,2	34	59,1	622	34,5	349	3,2	34	0,00
QUECHUA/ AYMARA/OTRA	3,3	9	25,2	86	67,6	240	3,9	18	5,4	18	55,4	192	30,8	108	8,4	34	
SABE LEER Y ESCRIBIR																	
NO	13,5	5	24,9	10	50,4	24	11,2	7	15,2	5	44,1	20	26,0	12	14,6	9	0,00
SÍ	1,3	13	22,1	288	74,0	1011	2,6	35	3,4	47	58,7	795	33,8	445	4,1	59	
NIVEL DE POBREZA																	
POBRE EXTREMO (DOS O MÁS NBI)	7,5	3	9,0	3	83,5	21	0,0	0	4,2	1	49,2	13	39,8	11	6,8	2	0,08
POBRE (UNA NBI)	2,3	5	29,3	56	64,9	167	3,6	10	3,8	12	65,6	144	24,4	64	6,2	18	
NO POBRE (NINGUNA NBI)	1,4	10	20,9	239	74,9	847	2,8	32	3,7	39	56,8	658	35,5	382	4,0	48	

*Prueba F ajustada de independencia para muestras complejas.

TABLA 3.4.
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS ADULTOS DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ Y FRECUENCIA PERCIBIDA DE ACTOS DE CORRUPCIÓN EN JUECES, 2017

SOCIODEMOGRÁFICOS	I. JUECES								PVALOR(*)
	NUNCA		RARA VEZ U OCASIONALMENTE		FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE		NO SABE		
	%	N	%	N	%	N	%	N	
NIVEL EDUCATIVO									
SIN NIVEL A PRIMARIA (INCL INICIAL)	2,6	5	39,2	63	49,2	106	8,9	19	0,00
SECUNDARIA (INCL BACH)	1,8	6	41,0	150	53,9	213	3,2	17	
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA	0,2	1	40,9	82	57,4	130	1,5	2	
SUPERIOR UNIVERSITARIA (INCL POSTGRADO)	0,8	5	36,5	214	62,2	374	0,5	6	
LENGUA MATERNA									
CASTELLANO	1,2	13	39,0	383	58,3	624	1,5	19	0,01
QUECHUA/ AYMARA/OTRA	1,2	4	37,9	126	55,6	199	5,3	24	
SABE LEER Y ESCRIBIR									
NO	7,7	3	41,9	17	40,3	20	10,1	6	0,00
SÍ	1,0	14	38,6	492	58,1	803	2,2	38	
NIVEL DE POBREZA									
POBRE EXTREMO (DOS O MÁS NBI)	0,0	0	36,7	10	59,3	16	3,9	1	0,03
POBRE (UNA NBI)	0,1	1	47,9	103	48,3	123	3,6	11	
NO POBRE (NINGUNA NBI)	1,5	16	36,7	396	59,6	684	2,2	32	

*Prueba F ajustada de independencia para muestras complejas.

“Victimización de la corrupción” en los adultos y en familiares de los adultos.

Al 11,3% (n=137), le fue solicitado, se sintió presionado o dio voluntariamente un soborno a

algún funcionario público (Tabla 4).

El 10,6% (n=148) tenía algún miembro de su familia a quien le habían solicitado, se había sentido presionado o había dado voluntariamente algún soborno a un funcionario público (Tabla 5).

TABLA 4.
PROPORCIÓN DE ADULTOS DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ QUE EN EL 2017, A QUIENES LES FUE SOLICITADO, SE SINTIERON OBLIGADOS O PRESIONADOS, O DIERON VOLUNTARIAMENTE ALGÚN TIPO DE SOBORNO.

EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. ¿A USTED LE SOLICITARON, SE SINTIÓ OBLIGADO O DIO VOLUNTARIAMENTE REGALOS, PROPINAS, SOBORNOS, COIMAS A UN FUNCIONARIO DIRECTIVO O SERVIDOR DE ALGUNA INSTITUCIÓN PÚBLICA?		
	%	N = 1393
Si	11,3	137
No	86,7	1229
NO HE HECHO USO DE SERVICIOS DE INSTITUCIONES PÚBLICAS	2,0	25

TABLA 5.
PROPORCIÓN DE ADULTOS DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ EN QUIENES EN EL 2017, A ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA LE FUE SOLICITADO, SE SINTIÓ OBLIGADO, PRESIONADO, O DIO VOLUNTARIAMENTE ALGÚN TIPO DE SOBORNO A ALGÚN FUNCIONARIO EN EL ÚLTIMO AÑO.

Y A ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA, EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. ¿LE SOLICITARON, SE SINTIÓ OBLIGADO O PRESIONADO, O DIO VOLUNTARIAMENTE REGALOS, PROPINAS, SOBORNOS, COIMAS A ALGÚN FUNCIONARIO DIRECTIVO O SERVIDOR DE ALGUNA INSTITUCIÓN PÚBLICA?		
	%	N = 1393
Si	10,6	148
No	80,5	1115
NO HE HECHO USO DE SERVICIOS DE INSTITUCIONES PÚBLICAS	0,3	7
NO SABE	8,6	122

Nivel de tolerancia a la corrupción.

Se halló alta tolerancia a la corrupción (“de acuerdo y totalmente de acuerdo” con que en ciertas circunstancias era necesario dar algún tipo de soborno a algún funcionario público) en el 3,7% (n=40). Tolerancia media (“ni de acuerdo ni en desacuerdo”) en el 1,6% (n=19) y rechazo (“en desacuerdo y totalmente en desacuerdo) en el 93,9% (n=1325) de los adultos (Tabla 6).

TABLA 6.
TOLERANCIA A LA CORRUPCIÓN EN ADULTOS DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ, SEGÚN NIVEL DE ACUERDO O DE DESACUERDO CON QUE EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS ES NECESARIO DAR ALGÚN TIPO DE SOBORNO A FUNCIONARIOS PÚBLICOS.

QUÉ TAN DE ACUERDO O EN DESACUERDO ESTA UD. CON RESPECTO A LA SIGUIENTE AFIRMACIÓN ¿EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS CONSIDERA UD. QUE ES NECESARIO DAR REGALOS, PROPINAS, SOBORNOS, COIMAS A UN FUNCIONARIO O SERVIDOR DE ALGUNA INSTITUCIÓN PÚBLICA?		
	%	N = 1393
RECHAZO: EN DESACUERDO Y TOTALMENTE EN DESACUERDO	93,9	1325
TOLERANCIA MEDIA: NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	1,6	19
ALTA TOLERANCIA: DE ACUERDO Y TOTALMENTE DE ACUERDO	3,7	40
NO SABE	0,5	9

Discusión

Este es el primer estudio sobre frecuencia de la corrupción, percibida por los pobladores adultos, residentes en áreas urbanas de las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, que utiliza la Base de Datos del Estudio Epidemiológico en Salud Mental realizado por el INSM en estas ciudades en el año 2017.

Percepción de la corrupción como el principal problema del país.

La corrupción, con mucha frecuencia, ha sido señalada entre los 3 principales problemas del país en diversas encuestas, en proporciones de adultos que difieren según el lugar y el año en que se realizan. En una encuesta realizada en Lima y en 16 ciudades principales del país, los adultos de Lima Metropolitana señalaban en primer lugar a la delincuencia y al interior del país, a la corrupción⁽⁵⁾. En Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, algo más del tercio de los adultos consideraba que el principal problema del país era la corrupción. Esta proporción ha sido menor que la encontrada en la encuesta realizada por Ipsos para Transparencia Internacional en el 2017 en la cual, a la pregunta sobre cuáles eran los tres principales problemas del país, el 53% de los adultos del interior señaló que era la corrupción, seguido de la delincuencia (50%)⁽⁵⁾. Estas diferencias en las proporciones podrían deberse por un lado, a los lugares de procedencia de las muestras y al momento en que estas fueron realizadas. Y, por otro lado, a diferencias en las características sociodemográficas de las muestras. Los adultos de las tres ciudades de la sierra peruana tenían un mayor nivel educativo (47,1% con superior universitario versus el 30% con nivel técnico o universitario en la encuesta de Ipsos). Las personas con niveles educativos altos tienden a percibir con menor frecuencia la corrupción. Aunque la influencia del nivel educativo en la percepción de la corrupción, no está muy clara. Maeda K y Ziegfeld A, reportaron que en los países de medianos y bajos ingresos, la relación entre nivel educativo y percepción de la corrupción es débil y a veces “corre en dirección opuesta”⁽⁷⁾. Esto nos lleva a pensar que sería conveniente realizar estudios comparativos en diversas ciudades del país que exploren mejor la relación entre nivel educativo de los encuestados y su percepción de la frecuencia de actos de corrupción.

Frecuencia percibida de actos de corrupción en diversas autoridades

En nuestro estudio una mayor proporción de adultos percibió que los policías varones cometían actos de corrupción frecuentemente o muy frecuentemente; y que las policías mujeres cometían actos de corrupción rara vez u ocasionalmente. Los hallazgos publicados sobre corrupción no han hecho referencia a estas diferencias de percepción en policías varones y en policías mujeres. En la mayoría de las encuestas, los resultados han incluido a la Policía entre las instituciones más corruptas del país, aunque ocupando diferentes puestos respecto a otras instituciones. En el estudio sobre Indicadores del grado de corrupción en el Perú en personajes políticos e instituciones, desarrollado por la Compañía Peruana de Estudios de Mercado y Opinión Pública (cpi) en enero del 2017, la Policía estuvo ubicada en el puesto 7 entre 18 instituciones⁽¹¹⁾. En la X Encuesta Nacional sobre Percepciones de la Corrupción desarrollada por Ipsos Perú en agosto del 2017, la Policía fue ubicada en el tercer lugar entre las tres instituciones más corruptas del país (36%), luego del Congreso de la República y el Poder Judicial (45% y 48% respectivamente)⁽⁵⁾.

La percepción de que los actos de corrupción en políticos, jueces, líderes comunitarios o alcaldes eran frecuentes o muy frecuentes, ha sido semejante a la reportada por cpi en su encuesta desarrollada en enero del 2017, en la cual en una escala de cero a 10 para evaluar el grado de corrupción en diversas instituciones, en donde cero es Nada corrupto, 5 es Medianamente corrupto y 10, Muy corrupto; el Poder Judicial obtuvo 7,3 habiéndose ubicado en segundo lugar como muy corrupto, seguido de las Municipalidades (7,0). En esta encuesta de cpi no se incluyeron a los líderes comunitarios, y, los alcaldes eran miembros y probablemente estaban incluidos junto con otro personal, en las Municipalidades, por lo cual resultan un tanto difíciles las comparaciones⁽¹¹⁾. Los instrumentos utilizados para medir la percepción de la corrupción fueron un tanto diferentes en ambos estudios.

No hemos encontrado publicaciones a nivel nacional sobre la percepción de actos de corrupción, en los últimos 10 años que haya incluido a los militares. La percepción de que los militares cometían actos de corrupción rara vez u

ocasionalmente, probablemente se haya debido a que los encuestados contaban con escasa información al respecto publicada en los medios, porque los actos de corrupción han permanecido ocultos dentro del medio militar y solo han sido conocidos por unos pocos mandos militares y no trascendió a los medios de comunicación.

Ocupar cargos de influencia y poder, en el Ejecutivo, el Legislativo, el Poder Judicial o en otros estamentos, ofrece la oportunidad para que se cometan actos de corrupción y que esta información se filtre a los medios de comunicación.

Igualmente, percibieron que los periodistas cometían actos de corrupción rara vez u ocasionalmente. En el estudio realizado por cpi en enero del 2017, para conocer el grado de corrupción percibido en 18 instituciones del país, ordenadas de mayor a menor grado de corrupción; la televisión como medio informativo ocupó el décimo lugar, la prensa escrita como medio informativo, el décimo tercer lugar y la radio como medio informativo, el décimo sexto lugar. Es difícil comparar nuestros resultados con los de cpi, ya que los instrumentos utilizados para medir la percepción de la corrupción fueron diferentes.

Pocas encuestas incluyen a los profesores o maestros como sujetos plausibles de actos de corrupción. En una encuesta realizada en el 2012, la población manifestó que existía un 32% de altas probabilidades de que los directores y profesores escolares fueran sobornados⁽¹²⁾. En nuestro estudio la mayoría de adultos refirió que los profesores (maestros) cometían actos de corrupción raras veces u ocasionalmente. Esta baja frecuencia percibida probablemente se deba a que la “pequeña corrupción” (la que no compromete grandes cantidades de dinero del erario público) no suele merecer la atención de los medios de comunicación ni del público en general⁽¹³⁾. Aún la gran corrupción en el sistema educativo es difícil de detectar, tal como lo ha referido el portal ETICO de la UNESCO⁽¹³⁾, que señaló que la corrupción se manifestaba en “escuelas que no existen, diplomas falsos, material educativo desaparecido, salarios ficticios por docentes inexistentes, manuales de educación faltantes y adjudicación incorrecta de las becas escolares”. Es posible que algunos miembros de la plana docente cometan actos de corrupción como el cobro al alumno y el

pedido de relaciones sexuales a cambio de otorgarle una calificación aprobatoria, pero estos actos permanecen sin conocerse ya que no son denunciados. Posiblemente los actos de pequeña corrupción en los profesores de estas tres ciudades de la sierra peruana, no hayan trascendido a los medios de comunicación y esto ha influido en la percepción de la rara u ocasional frecuencia. Otra posibilidad es que la baja frecuencia en la percepción de actos de corrupción haya estado reflejando la realidad de estas ciudades.

Victimización de la corrupción

En nuestro estudio, la victimización de la corrupción en los adultos fue del 11,3%; mucho mayor que la reportada por el INEI en un estudio realizado entre enero y junio del 2017 en el que la victimización encontrada fue de 2,6% a nivel nacional; en el área urbana fue algo mayor (3,0%) y en el área rural, mucho menor (1,3%)⁽¹⁴⁾. Estas diferencias pueden deberse a la procedencia de las muestras. La muestra de nuestro estudio procedía de las áreas urbanas de solo 3 ciudades de la sierra y la del INEI provenía de los 27 departamentos del Perú. La victimización de la corrupción encontrada en nuestro estudio fue menor que la reportada por Transparencia Internacional en la que la victimización llegó al 22% de los encuestados.

Estas diferencias en las frecuencias de victimización de la corrupción pueden deberse a los contextos culturales diferentes de donde se extrajeron las muestras.

Tolerancia a la corrupción.

El 3,7% de los adultos que señalaron a la corrupción como el principal problema del país, tenía alta tolerancia a la corrupción, el 1,6% presentaba tolerancia media y una gran mayoría (93,95%) la rechazaba. Comparando nuestros resultados con los de Ipsos⁽²⁾, ellos encontraron alta tolerancia en una mayor proporción (7%), la tolerancia media también fue mucho mayor (65%) y su "rechazo definido" fue mucho menor (27%). Estas diferencias pueden deberse a varias razones. Las características sociodemográficas entre ambas muestras difirieron en cuanto a niveles educativos y distribución por grupo etario. La sub muestra en la que se realizaron nuestros procedimientos estadísticos incluyó solo a los adultos que pensaban que el principal

problema del país era la corrupción. El instrumento utilizado para estudiar la tolerancia a la corrupción fue algo diferente. Nuestro estudio incluyó una sola pregunta: "¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo esta Ud. con respecto a la siguiente afirmación: en ciertas circunstancias considera Ud. que es necesario dar regalos, propinas, sobornos, coimas a un funcionario o servidor de alguna institución pública? El estudio de Ipsos incluyó la pregunta: "¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes situaciones?": - "Que una autoridad elegida coloque a simpatizantes poco calificados en puestos clave"; - "Pagar una 'propina' para que le perdonen una multa o para agilizar un trámite público" y - "Piratear servicios públicos (agua, luz, cable, Internet, etc.)".

En la percepción de los actos de corrupción parecen influir diversos factores, como algunas características sociodemográficas (nivel educativo, género, nivel de pobreza), el contexto cultural en el que se desarrolla la encuesta y también la mayor o menor difusión de los actos de corrupción en los medios masivos de comunicación.

Limitaciones

La deseabilidad social, esto es, el deseo de la persona encuestada de proyectar una imagen socialmente favorable, puede haber influido en las respuestas a algunas preguntas y no reflejar sus percepciones sobre los temas explorados.

Los resultados de esta investigación solo reflejan las percepciones, subjetivas, de la corrupción en el país en diversas autoridades, por parte de los adultos residentes en estas ciudades, en el 2017, por lo tanto son válidas solo para esta población y en ese año. No reflejan la cuantía de los actos de corrupción en estas ciudades de la sierra peruana.

Conflicto de Intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Conclusión

La corrupción es percibida como uno de los principales problemas del país por la tercera parte de los adultos encuestados. Hay características sociodemográficas en la población de adultos

que estarían relacionadas con la frecuencia percibida de actos de corrupción en diversas autoridades de la administración pública, que merecen investigarse más profundamente.

Recomendaciones

Se recomienda:

1. Realizar estudios sobre percepción de la corrupción en otras ciudades del país para conocer las frecuencias en que esta es percibida como el mayor problema del país.
2. Realizar estudios sobre percepción de la corrupción con enfoque de género situación de pobreza y nivel educativo, para conocer si hay diferencias significativas en las frecuencias de percepción.
3. Elaborar programas intersectoriales y multidisciplinarios para detectarla y combatirla.
4. Implementar políticas que incluyan medidas de protección a la población que denuncie los actos de corrupción.

Correspondencia

Vilma Paz
 Jr. Eloy Espinoza Saldaña N° 709
 Urb. Palao
 Lima, 31. Perú
 Teléfono fijo: (511) 6149201
 Email: zoilapaz11@yahoo.com
vilmazopa@gmail.com
vpaz@insm.gob.pe

Agradecimientos:

Al Lic. Est. Juan Carlos Díaz Gómez por su valiosa colaboración en la realización del procesamiento estadístico.

Referencias

1. Citado en: Noticias ONU. Organización de las Naciones Unidas. La corrupción le cuesta al mundo 2,6 billones de dólares al año. 10 Sep 2018. Derecho y prevención del delito. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2018/09/1441292>. Acceso: 09 de setiembre del 2019.
2. Reyes-Heróles F. Corrupción: de los ángeles a los índices. Cuadernos de transparencia 01. IFAL. Disponible en: http://www.resi.org.mx/icainew_f/images/Biblioteca/Cuaderno%20transparencia/cuadernillo1.pdf. Acceso: 10 de noviembre del 2020.
3. Proética. Capítulo Peruano de Transparencia Internacional. Encuesta nacional sobre percepciones de la corrupción en el Perú. Que opina la ciudadanía sobre corrupción. Años 2002-2019. Disponible en: <https://www.proetica.org.pe/contenido/encuesta-nacional-sobre-percepciones-de-la-corrupcion-en-el-peru/>. Acceso: 12 de noviembre del 2020.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Nota de Prensa. Setiembre 09, 2016. Delincuencia y corrupción son los principales problemas que afectan al país. Disponible en: <https://www1.inei.gov.pe/prensa/noticias/delincuencia-y-corrupcion-son-los-principales-problemas-que-afectan-al-pais-9294/>. Acceso: 10 de diciembre del 2020.
5. Décima encuesta nacional sobre percepciones de la corrupción 2017. Transparencia Internacional. Disponible en: <https://www.proetica.org.pe/wp-content/uploads/2018/08/Pro%3%A9tica-X-Encuesta-Nacional-sobre-Corrupci%C3%B3n-1-6.pdf>. Acceso: 30 de octubre de 2020.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Percepción ciudadana sobre gobernabilidad, democracia y confianza en las instituciones. Setiembre 2017 - Febrero 2018. Informe técnico N°2. Abril 2018. Disponible en: <https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin-percepcion-gobernabilidad-abril-2018.pdf>. Acceso: 16 de diciembre de 2020.
7. Maeda K, Ziegfeld A. Socioeconomic status and corruption perceptions around the world. *Research & Politics*. April-June 2015: 1-9. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2053168015580838>. Acceso: 15 de diciembre de 2020.
8. Proética. XI Encuesta Nacional sobre Percepciones de la Corrupción en el Perú. 2019. Disponible en: <https://www.proetica.org.pe/contenido/xi-encuesta-nacional-sobre-percepciones-de-la-corrupcion-en-el-peru-2019/>. Acceso: 16 de diciembre de 2020.
9. Transparency International. News. ¿Qué piensan las personas?: Corrupción en América Latina y el Caribe. Set 19, 2019. Disponible en: <https://www.transparency.org/es/news/what-people-think-corruption-in-latin-america-the-caribbean>. Acceso: 06 de agosto del 2020.
10. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio epidemiológico de salud mental en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz. 2017. Informe general. *Anales de Salud Mental*. 2019; XXXV (2): 1-270 (en prensa).
11. Compañía Peruana de Estudios de Mercados y Opinión Pública S.A.C. (cpi). Indicadores del grado de corrupción en el Perú. Personajes políticos e instituciones. A nivel Perú Urbano y Rural. 25 al 28 de enero del 2017. Disponible en: https://cpi.pe/images/upload/paginaweb/archivo/23/opnac201702_indicadores_corrupcion_peru_politica.pdf. Acceso: 21 de diciembre del 2020.
12. Proética. VII Encuesta Nacional sobre Percepciones de la Corrupción en el Perú. 2012. Disponible en: <https://www.proetica.org.pe/wp-content/uploads/2012/07/Pro%3%A9tica-VII-Encuesta-Nacional-sobre-percepciones-de-la-corrupci%C3%B3n-en-el-Per%C3%BA-2012.pdf>. Acceso: 24 de diciembre del 2020.
13. Ético. Unesco. Luchar contra la corrupción en el sector educativo. Disponible en: <https://es.unesco.org/news/etico-%E2%80%93-luchar-corrupci%C3%B3n-sector-educativo>. Acceso: 14 de noviembre del 2020.
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Percepción ciudadana sobre gobernabilidad, democracia y confianza en las instituciones. Enero a junio del 2017. Informe técnico N°2. Agosto 2017. Disponible en: http://m.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe_gobernabilidad_democracia_confianza_ene_jun2017.pdf. Acceso: 22 de diciembre del 2020.

DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA E INHABILIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE TRES CIUDADES DE LA SIERRA PERUANA 2003

PSYCHIATRIC DISABILITY AND INABILITY IN THE ADULT POPULATION OF THREE CITIES OF PERUVIAN ANDES 2003

Julio Huamán¹
Flor Alburquerque²
Rosario Guillen³
Ysela Aguero⁴

RESUMEN

ANTECEDENTES: La discapacidad psiquiátrica y la inhabilidad son limitaciones en el funcionamiento de personas con y sin trastornos mentales, respectivamente.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de discapacidad asociada con los trastornos mentales y de la inhabilidad, en la población adulta de la Sierra Peruana, representada por las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz.

MÉTODOS: Se encuestaron 3895 adultos de 18 a más años de edad, residentes de 4212 viviendas particulares de las ciudades de Ayacucho, Huaraz y Cajamarca.

Se utilizó una escala para evaluar la discapacidad e inhabilidad construida principalmente a partir de la Clasificación de la Discapacidad de la CIE-10-OMS (WHO-DAS Short versión) y por otro lado, la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), Versión Español CIE-10. Se evaluó la asociación entre la discapacidad y los trastornos mentales mediante el análisis de asociaciones bivariadas y multivariadas, a través de pruebas de independencia para variables categóricas y el análisis de regresión logística, respectivamente. Se utilizó el módulo de muestras complejas del SPSS V. 20.

RESULTADOS: La prevalencia actual de la discapacidad psiquiátrica fue 31.1% (IC 95%: 26.3-36.3). La prevalencia actual de la inhabilidad fue 19.2% (IC 95%:17.1 - 21.4). El análisis de regresión logística múltiple mostró que la discapacidad está significativamente asociada con los principales trastornos mentales.

CONCLUSIONES: Se evidencia una elevada prevalencia de discapacidad psiquiátrica y de inhabilidad, mostrándose así, la necesidad de servicios y programas de rehabilitación psiquiátrica, tanto como de salud mental y desarrollo humano en la población estudiada.

PALABRAS CLAVE: Prevalencia, discapacidad, inhabilidad, funcionamiento, psiquiatría, trastornos mentales.

SUMMARY

BACKGROUND: Psychiatric disability and inability are considered limitations in functioning in people with and without mental disorders, respectively.

OBJECTIVE: To determine the prevalence of disability associated with mental disorders and inability, in the adult population of the Peruvian Andes, represented by the cities of Ayacucho, Cajamarca and Huaraz.

METHODS: 3895 adults aged 18 and older, living in 4212 private households were surveyed.

A scale was used to assess disability and inability, constructed mainly from the ICD-10-WHO Disability Classification (WHO-DAS Short version) and on the other hand, the International Neuropsychiatric Interview (MINI), Spanish Version ICD-10. The association between disability and mental disorders was evaluated by analyzing bivariate and multivariate associations, through tests of independence for categorical variables and logistic regression analysis, respectively. The complex samples module of SPSS V. 20 was used.

RESULTS: The current prevalence of psychiatric disability was 31.1% (95% CI: 26.3-36.3). The current prevalence of disability was 19.2% (95% CI: 17.1 - 21.4). Multiple logistic regression analysis showed that disability is significantly associated with major mental disorders.

CONCLUSIONS: There is evidence of a high prevalence of psychiatric disability and inability, thus showing the need for psychiatric rehabilitation services and programs, as well as mental health and human development in the population studied.

KEY WORDS: Prevalence, disability, inability, functioning, psychiatry, mental disorders.

¹. Médico Psiquiatra; INSM "HD-HN".

². Enfermera; INSM "HD-HN".

³. Magister en Rehabilitación de la Salud; INSM "HD-HN".

⁴. Magister en Estadística; Docente principal, UNMSM.

Más de mil millones de personas viven en el mundo con alguna forma de discapacidad, de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. En los años futuros, la discapacidad será un motivo de

preocupación aun mayor, pues su prevalencia está aumentando ⁽¹⁾.

Dentro de las consecuencias de la enfermedad, el Manual de la Clasificación Internacional de

Deficiencias Discapacidades y Minusvalías de la OMS (CIDDM), ha definido la deficiencia como “toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica”, (alteración a nivel de órgano); a la discapacidad como “toda restricción o ausencia, debido a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad considerada normal para un ser humano” (alteración a nivel de la persona); y la minusvalía como “una situación desventajosa para un individuo, consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol” (desventaja social)^(2,3). La nueva versión del Manual, presentada como la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y de la Salud CIF⁽⁴⁾, plantea la evaluación del funcionamiento, como parte de la condición positiva de la salud y la discapacidad, como el aspecto negativo de la misma. Si bien la CIF propone la clasificación y evaluación del funcionamiento como parte de una condición positiva de la salud, no se le ha dado la debida importancia, ni se le ha implementado sistemáticamente, probablemente, porque todavía prevalece el enfoque de la enfermedad y sus consecuencias, en desmedro de la visión positiva de la salud asociada al funcionamiento y su evaluación, como eje central de todo sistema de salud.

A nivel internacional y de manera general se han venido usando indistintamente los términos y conceptos de deficiencia (“impairment”) y discapacidad (“disability”) como sinónimos, en especial, en el campo de la psiquiatría⁽⁵⁾. Esto ha contribuido a generar confusión en el concepto de discapacidad y en los métodos usados para medirla. Liberman⁽⁶⁾, definió la discapacidad como una limitada o total falta de habilidad para desempeñar tareas sociales y vocacionales ordinarias.

Esta última acepción parece ser más apropiada para la psiquiatría y la salud mental. Dentro de este enfoque, la discapacidad se refiere específicamente a las limitaciones en el funcionamiento o desempeño de la persona como tal. Vale decir, la disminución o pérdida de habilidades como consecuencia de las deficiencias generadas por un trastorno mental. Esta perspectiva permite afrontar la discapacidad a través del desarrollo de habilidades, y el afronte de las deficiencias a través de la rehabilitación cognitiva. Dentro de esta línea, la Inhabilidad sería una condición con insuficiente desarrollo o la falta de habilidades en personas supuestamente sanas, sin deficiencias o sin un trastorno mental;

entendida además como una limitación en el funcionamiento óptimo del individuo, en su capacidad humana y su salud mental.

Según la Organización Mundial de la Salud, la discapacidad psiquiátrica ocurre por encima de los dos quintos de toda la discapacidad en el mundo, afecta especialmente a gente joven, y muestra el más bajo porcentaje para la recuperación de la total capacidad social y del trabajo⁽⁷⁾. Los trastornos mentales han sido grandemente subestimados como causa de discapacidad, pero constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad y 47,2% de todos los años de vida asociados a discapacidad en países desarrollados⁽⁸⁾.

Se considera que los porcentajes de pérdida de años de vida asociados a discapacidad por problemas de salud mental ascienden al 8,1% en relación al total de las enfermedades, y que el porcentaje de pérdida de años de vida asociados a discapacidad derivada de los trastornos mentales corresponde a: Desorden depresivo 17,3%, lesiones auto infringidas 15,9%, enfermedad de Alzheimer 12,7%, dependencia al alcohol 12,1%, epilepsia 9,3%, psicosis 6,8%, dependencia a drogas 4,8%, desorden de estrés postraumático 4,7% y otros 16,4%⁽⁹⁾.

Se ha reportado que en la atención primaria, es común encontrar pacientes con más de un trastorno mental y que además están altamente discapacitados. Los pacientes con trastornos mentales individuales tienen distintos patrones de comorbilidad y discapacidad⁽¹⁰⁾. Se estima que la población de adultos mayores con demencia, depresión y otros trastornos mentales, demandará mayor atención de los clínicos e investigadores para minimizar sus efectos en la discapacidad y en su calidad de vida⁽¹¹⁾.

La epidemiología y la evaluación de la magnitud de la discapacidad deberían ser una parte integral del proceso de planeación y elaboración de políticas para dar soporte al desarrollo de servicios, sus procesos y la evaluación de los resultados, no solo para los especialistas de los servicios de salud mental, sino también en la atención primaria, las escuelas y los lugares de trabajo⁽¹²⁾.

La sociedad necesita reconocer el alto costo económico y humano asociado con los trastornos mentales. La evaluación de las necesidades de servicios y la toma de decisiones acerca de las prioridades, deberían considerar tanto los trastornos mentales como la discapacidad⁽¹³⁾,

pero más aún, los niveles de funcionamiento de una condición positiva de salud, o su limitación como la inhabilidad, cuando se trata de brindar servicios para el desarrollo de salud mental individual y poblacional.

El Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002 (EEMSM 2002), encontró que el 26.5% de la población adulta presentaba algún grado de discapacidad e inhabilidad, además de una prevalencia de discapacidad del 22.5% en la población adulta y adulta mayor con presencia actual de algún trastorno mental⁽¹⁴⁾. De la misma manera, es importante conocer estos indicadores a nivel nacional.

En base a lo expuesto, se hace necesario determinar la prevalencia y tipo de discapacidad generada por los trastornos mentales, tanto como la inhabilidad en la población adulta de la sierra peruana, representada por las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz.

Material y métodos

El estudio es epidemiológico, analítico, con diseño transversal. Se utilizó la base de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003⁽¹⁵⁾, llevado a cabo por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" (INSM "HD-HN"). El diseño muestral fue probabilístico y trietápico. Se obtuvo una muestra de 3895 adultos de 18 a más años, de las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz.

Instrumentos

- **Escala Breve de Funcionamiento Psicosocial (EBFPS).**- La escala (Ver Anexo A), mide las limitaciones en el nivel de funcionamiento (Discapacidad e inhabilidad). Se construyó a partir de la Clasificación de la Discapacidad de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE 10-OMS), World Health Organization Short Disability Assessment Schedule⁽¹⁶⁾ y, la Escala de Habilidades Psicosociales para la Rehabilitación en Salud Mental, utilizada en el Programa de Rehabilitación Psicosocial del INSM "HD-HN"⁽¹⁷⁾. Consta de cinco preguntas que cubren los tipos de discapacidad e inhabilidad: (1) cuidado personal; (2) funcionamiento ocupacional, (3) funcionamiento familiar, (4)

funcionamiento social y (5) funcionamiento organizativo. Se hizo una validación de facie entre el equipo de investigación del Estudio Epidemiológico de la Sierra Peruana, luego se hizo una validación cultural vía focus group con una muestra de personas que vivían en las ciudades representativas de la Sierra Peruana. La confiabilidad de la escala fue evaluada mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach (alfa = 0,732 - Lima 2002) y (alfa = 0,909 - Selva 2004); y la validez de constructo mediante un análisis factorial exploratorio, a través del cual se identificó una única dimensión⁽¹⁸⁾, lo que indica que los ítems miden adecuadamente el constructo. La varianza explicada por esta única dimensión fue 73,36 % y 86,09% para los estudios de Lima 2002⁽¹⁴⁾ y la Selva 2004⁽¹⁹⁾, respectivamente.

- **Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), Versión Español CIE-10**^(20,21).- Elaborado por Sheehan, Hergueta, Lecrubier y colaboradores. Es un instrumento diseñado de forma similar al CIDI⁽²²⁾, utilizando como criterios diagnósticos el DSM-IV y los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Este instrumento ha sido adaptado en varios países a nivel mundial^(23,24) ha mostrado adecuada concordancia con otros instrumentos similares y puede ser fácilmente incorporado en las entrevistas clínicas⁽²⁵⁾. Para la población peruana, fue validado, mediante juicio de expertos, saturación de ítems, focus group y análisis factorial, para la validez interna y estudios test-retest y consistencia interna con el alfa de Cronbach para la validez externa, en un estudio piloto previo realizado a nivel de Lima Metropolitana⁽¹⁸⁾.

Se consideró como variables del estudio: la discapacidad psiquiátrica, definida como la disminución o pérdida de las habilidades para funcionar como persona en el medio familiar, social y del trabajo, a consecuencia de un trastorno mental; la inhabilidad, como la condición de la persona que sin tener un trastorno mental no ha desarrollado las habilidades suficientes para funcionar como tal en el medio familiar, social y del trabajo. Adicionalmente hay que precisar que, dentro del marco de este estudio, ambas son limitaciones en el funcionamiento psicosocial, y que, cualquier limitación en el funcionamiento asociada a algún trastorno

mental es una discapacidad psiquiátrica, mientras que cualquier limitación en el funcionamiento en las personas sin algún trastorno mental es una inhabilidad y toda limitación en el funcionamiento se refiere a una pérdida o disminución de habilidades, medidas a través de la EBFPS.

Se decidió trabajar con las prevalencias de trastorno de ansiedad generalizada (pura sin depresión), episodio depresivo, la prevalencia a 12 meses del abuso y dependencia al alcohol y el episodio psicótico anual con la presencia de un síntoma psicótico con convencimiento durante por lo menos un mes. No se incluyeron otros trastornos mentales por presentar prevalencias muy bajas.

Se consideraron como tipos de discapacidad e inhabilidad las siguientes: Cuidado personal, funcionamiento ocupacional, funcionamiento familiar, funcionamiento social y funcionamiento organizativo.

Se construyeron dos variables dicotómicas, una que mide la prevalencia actual de cualquier trastorno mental (alguno vs. ninguno) y la otra que indica la prevalencia actual de cualquier tipo y grado de discapacidad o inhabilidad (alguna vs. ninguna). La discapacidad psiquiátrica se operacionalizó considerando algún grado y tipo de limitación en el funcionamiento entre los que reunieron criterios para la presencia de algún trastorno mental. Por otro lado, la inhabilidad se operacionalizó considerando algún tipo y grado de limitación para el funcionamiento dentro del grupo que no reunía criterios para algún trastorno mental. Se evaluó la prevalencia de discapacidad psiquiátrica para individuos que presentaron trastorno de ansiedad generalizada actual (pura sin depresión); episodio depresivo actual; dependencia y abuso de alcohol a doce meses y el síndrome psicótico con la prevalencia anual de la presencia de un síntoma psicótico con convencimiento de un mes. Se ajustó un modelo de regresión logística relacionando la presencia de algún tipo y grado de discapacidad e inhabilidad con los trastornos mentales antes mencionados, controlando el posible efecto confusor de las variables sociodemográficas. Para el análisis estadístico se utilizó el módulo de muestras complejas del programa estadístico SPSS V.20^[26].

Resultados

La muestra estuvo conformada por 3895 adultos, de los cuales 51,5% fueron de sexo femenino, las edades oscilaron entre 18 y 94 años, con una media de 36,1±14,9 años. La tercera parte de los adultos (32,7%) tenían instrucción secundaria y la cuarta parte tenía educación superior universitaria (25,5%). Más de la mitad de los individuos estaban casados (55,6%). La lengua materna predominante era el castellano (78,0%). También se observó que 54,7% de los adultos tenía un trabajo remunerado en el momento de la entrevista y menos del 10% tenía ingresos mayores de 1200 soles (Ver Tabla 1).

TABLA 1.
ADULTOS DE HUARAZ, CAJAMARCA Y AYACUCHO SEGÚN
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y ECONÓMICAS - 2003
(N=3865)

CARACTERÍSTICAS	PORCENTAJE	IC(95%)
GRUPO ETARIO		
18 A 24	28,7	(26,9 - 30,6)
25 A 44	46,3	(44,4 - 48,3)
45 A 59	16,7	(15,1 - 18,3)
60 AÑOS O MÁS	8,3	(7,3 - 9,4)
SEXO		
MASCULINO	48,5	(46,4 - 50,7)
FEMENINO	51,5	(49,3 - 53,6)
GRADO DE ESTUDIOS		
SIN INSTRUCCIÓN	5,8	(4,9 - 6,8)
PRIMARIA	17,8	(16,0 - 19,7)
SECUNDARIA	32,7	(30,7 - 34,7)
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	18,3	(16,8 - 19,9)
SUPERIOR UNIVERSITARIO	25,5	(23,0 - 28,2)
ESTADO CIVIL		
CASADO/CONVIVIENTE	55,6	(53,4 - 57,8)
SEPARADO/DIVORCIADO/VIUDO(A)	9,3	(8,2 - 10,4)
SOLTERO(A)	35,1	(33,1 - 37,3)
LENGUA MATERNA		
CASTELLANO	78,0	(76,1 - 79,9)
QUECHUA/AYMARA	22,0	(20,1 - 23,9)
TRABAJO REMUNERADO		
Si	57,4	(55,2 - 59,6)
No	42,6	(40,4 - 44,8)
INGRESO MENSUAL NETO PROMEDIO (SOLES ÚLTIMOS 6 MESES)		
MENOS DE 300	36,6	(34,0 - 39,3)
301 A 600	27,8	(25,5 - 30,2)
601 A 1,200	26,2	(23,8 - 28,6)
MÁS DE 1,200	9,4	(8,0 - 11,2)

En relación con las limitaciones del funcionamiento, la prevalencia de algún grado de discapacidad e inhabilidad juntas fue mayor en la ciudad de Ayacucho (37,5%), en contraste a la ciudad de Cajamarca (6,9%), que mostró la menor prevalencia (Tabla 2).

TABLA 2.
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGÚN TIPO Y GRADO DE DISCAPACIDAD E INHABILIDAD SEGÚN CIUDADES REPRESENTATIVAS DE LA SIERRA PERUANA 2003

CIUDADES	MUESTRA EXPANDIDA	MUESTRA (N)	DISCAPACIDAD É INHABILIDAD	
			PREVALENCIA	(IC95%)
AYACUCHO	76,327	494	37,5%	(32,7 - 42,6)
CAJAMARCA	99,378	86	6,9%	(5,0 - 9,4)
HUARAZ	52,765	330	24,7%	(21,3 - 28,4)
TOTAL	228,469	908	21,2%	(18,7 - 24,0)

La prevalencia de discapacidad psiquiátrica fue significativamente distinta en las tres ciudades de la sierra peruana ($p < 0,001$). La mayor prevalencia se observó en la ciudad de Ayacucho (45,7%) y la más baja en Cajamarca (1,7%) (Tabla 3).

TABLA 3.
PREVALENCIA ACTUAL DE DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA SEGÚN CIUDADES. SIERRA 2003

CIUDADES	N	DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA		SIGNIFICACIÓN (*)
		PREVALENCIA	(IC95%)	
AYACUCHO	244	45,7%	(36,8 - 54,9)	0.000
CAJAMARCA	166	1,7%	(6,9 - 19,3)	
HUARAZ	180	34,3%	(25,6 - 44,2)	
TOTAL	590	31,1%	(26,3 - 36,3)	

(*) Prueba estadística de homogeneidad

En relación con la inhabilidad, también se observaron diferencias significativas entre las tres ciudades ($p < 0,001$). La prevalencia más elevada se observó en la ciudad de Ayacucho (35,3%) y la más baja en Cajamarca (5,8%). (Tabla 4).

TABLA 4.
PREVALENCIA ACTUAL DE INHABILIDAD SEGÚN CIUDADES. SIERRA 2003

CIUDADES	N	INHABILIDAD		SIGNIFICACIÓN (*)
		PREVALENCIA	(IC95%)	
AYACUCHO	1055	35,3%	(30,3 - 40,6)	0.000
CAJAMARCA	1098	5,8%	(4,1 - 8,2)	
HUARAZ	1131	23,0%	(19,8 - 26,6)	
TOTAL	3284	19,2%	(17,1 - 21,4)	

(*) Prueba estadística de homogeneidad

De las Tablas 3 y 4 se puede concluir que, en las tres ciudades, la discapacidad psiquiátrica fue la limitación con mayor prevalencia comparada con la inhabilidad.

La Figura 1 muestra el funcionamiento de los individuos en relación con la discapacidad psiquiátrica y la inhabilidad. Se puede apreciar que los niveles de discapacidad fueron siempre

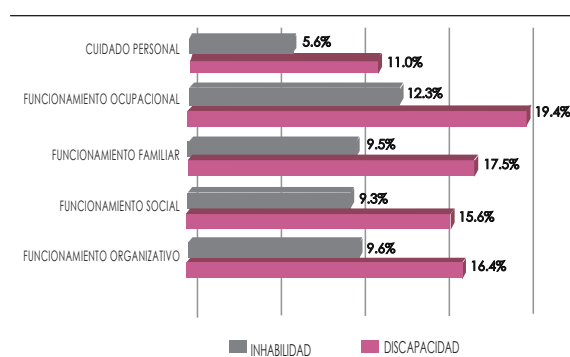
mayores en comparación a los de la inhabilidad, guardando una diferencia, de aproximadamente el doble, para la primera en relación con la segunda.

En la Figura 1 y Tabla 5, se puede observar que la mayor prevalencia de discapacidad psiquiátrica se dio en el funcionamiento ocupacional (19,4%), seguida de la discapacidad en el funcionamiento familiar (17,5%). En relación con la inhabilidad, se mostró la mayor prevalencia en el funcionamiento ocupacional, seguida del funcionamiento organizativo.

TABLA 5.
PREVALENCIA DE LOS TIPOS DE DISCAPACIDAD E INHABILIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE TRES CIUDADES DE LA SIERRA PERUANA 2003

FUNCIONAMIENTO	INHABILIDAD		DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA	
	N	PREVALENCIA (IC95%)	N	PREVALENCIA (IC95%)
CUIDADO PERSONAL	221	5,6 (4,7 - 6,8)	72	11,0 (8,3 - 14,4)
FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL	440	12,3 (10,8 - 14,0)	125	19,4 (15,5 - 24,0)
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	362	9,5 (8,1 - 11,1)	108	17,5 (13,8 - 21,9)
FUNCIONAMIENTO SOCIAL	325	9,3 (7,8 - 11,1)	98	15,6 (12,3 - 19,6)
FUNCIONAMIENTO ORGANIZATIVO	303	9,6 (8,1 - 11,3)	107	16,4 (12,8 - 20,7)

FIGURA 1.
PREVALENCIA ACTUAL DE DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA E INHABILIDAD. SIERRA 2003



Las prevalencias estimadas de TAG actual, episodio depresivo actual, abuso y dependencia a alcohol a 12 meses y del síndrome psicótico con presencia de un síntoma psicótico con convencimiento durante al menos un mes, en la población adulta de las tres ciudades de la Sierra Peruana en el año 2003, se puede apreciar en la Tabla 6.

TABLA 6.
PREVALENCIA ESTIMADA DE LOS PRINCIPALES
TRASTORNOS MENTALES ENCONTRADOS EN LA POBLACIÓN
ADULTA DE LA SIERRA PERUANA 2003

TRASTORNOS MENTALES	NÚMERO DE CASOS	PREVALENCIA	PREVALENCIA (IC95%)	
			SUPERIOR	INFERIOR
TAG PURA SIN DEPRESIÓN	153	3,5%	2,8	4,4
EPISODIO DEPRESIVO ACTUAL	147	3,5%	2,9	4,2
ABUSO DEPENDENCIA DEL ALCOHOL 12 MESES	322	10,0%	8,7	11,5
PREVALENCIA ANUAL DE PSICOSIS CON AL MENOS UN CRITERIO CORREGIDO POR CONVENCIMIENTO Y AL MENOS 1 MES	44	0,8%	0,6	1,2

La Tabla 7 nos muestra la prevalencia de la discapacidad psiquiatría asociada a los trastornos mentales estudiados. En orden decreciente podemos observar la mayor prevalencia de la discapacidad del síndrome psicótico con al menos un criterio, con convencimiento de un mes, seguido del TAG, episodio depresivo y abuso y dependencia a alcohol. Todas con significación estadística, excepto la última.

TABLA 7.
PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA DE LOS
PRINCIPALES TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN
ADULTA DE LA SIERRA PERUANA 2003

TRASTORNOS MENTALES	DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA				OR (IC95%)
	ALGUNA		NINGUNA		
	N	%	N	%	
TRASTORNO DE ANSIEDAD					
PRESENTE	64	42,8	89	57,2	2,9
AUSENTE	838	20,3	2869	79,7	(1,8 - 4,8)
EPISODIO DEPRESIVO ACTUAL					
PRESENTE	61	36,3	85	63,7	2,2
AUSENTE	841	20,6	2872	79,4	(1,5 - 3,3)
ABUSO DEPENDENCIA DEL ALCOHOL 12 MESES					
PRESENTE	88	25,6	234	74,4	1,3
AUSENTE	814	20,6	2720	79,4	(0,9 - 1,81)
PSICOSIS CON AL MENOS UN CRITERIO CON CONVENCIMIENTO DE 1 MES					
PRESENTE	19	49,4	24	50,6	3,7
AUSENTE	882	20,9	2932	79,1	(1,7 - 7,9)

La Tabla 8 muestra las prevalencias de los tipos de discapacidad en relación a los cuatro tipos de trastornos mentales en el grupo de adultos que presentaron algún tipo de discapacidad

psiquiátrica. En primer lugar, se relacionó el trastorno de ansiedad generalizada (pura sin depresión) con los tipos de discapacidad, encontrándose que la discapacidad para el funcionamiento ocupacional tuvo la mayor prevalencia (21,7%), seguida de la discapacidad para el funcionamiento social (19,0%). Aunque, no se observaron asociaciones significativas entre los tipos de discapacidad y el TAG.

Para el caso del episodio depresivo, se observó una mayor prevalencia de la discapacidad para el funcionamiento organizativo (26,0%), seguida del funcionamiento familiar (24,2%); solo ambas, mostraron una asociación significativa con el episodio depresivo actual, (OR:2,2; IC:1,3 - 3,8) y (OR:1,7; OR:1,1 - 2,8) respectivamente (Tabla 8).

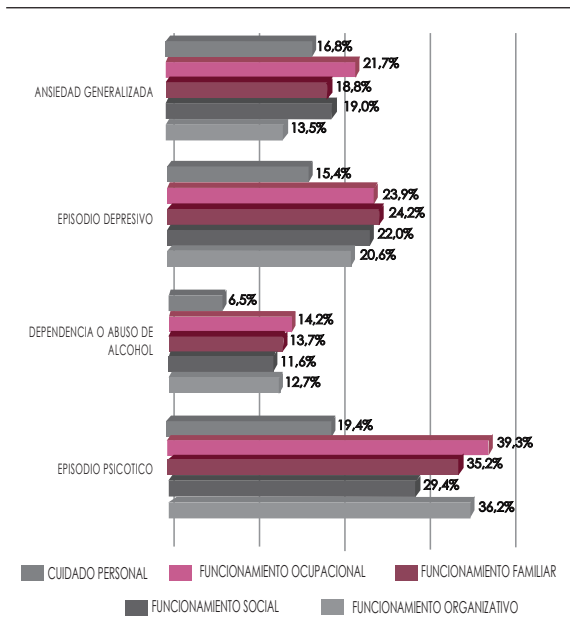
Relacionando el abuso y dependencia al alcohol con tipos de discapacidad, se observó mayor frecuencia de la discapacidad para el funcionamiento ocupacional, (14,2%), seguida de la discapacidad para el funcionamiento familiar (13,7%). Todos los tipos de discapacidad estuvieron asociados significativamente, pero como factores de protección. Finalmente, en el caso de la presencia anual de un síntoma psicótico con convencimiento de un mes, se mostró en primer lugar, la prevalencia de la discapacidad para el funcionamiento ocupacional (39,3%), seguida de la discapacidad para el funcionamiento organizativo (36,2%). Se observó una asociación significativa del síndrome psicótico con la discapacidad para el cuidado personal (OR: 3,5; IC:1,4 - 9,0), con el funcionamiento ocupacional (OR:4,2; IC:1,9 - 9,2), con el funcionamiento familiar (OR: 4,6; IC: 2,1 - 10,2), funcionamiento social (OR: 3,7; IC: 1,6 - 8,3), y con el funcionamiento organizativo (OR: 4,8; IC:2,3 - 10,4).

La Figura 2 muestra las prevalencias de los tipos de discapacidad asociados con los trastornos de ansiedad generalizada, episodio depresivo, abuso y dependencia al alcohol y la presencia de un síntoma psicótico con convicción durante un mes. Representa gráficamente las magnitudes de los tipos de la discapacidad configurando un perfil de estos, con relación a cada uno de los trastornos mentales, descritos en la Tabla 8.

TABLA 8.
PREVALENCIA DE LOS TIPOS DE DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA EN RELACIÓN A LOS PRINCIPALES TRASTORNOS MENTALES EN LA SIERRA PERUANA 2003

DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA		N	(IC95%)	OR (IC95%)
PREVALENCIA DE TAG PURA SIN DEPRESIÓN (N= 89)				
CUIDADO PERSONAL	ALGUNA	13	16,8 (8,0 - 31,8)	0,6 (0,2 - 1,4)
	NINGUNA	76	83,2 (68,2 - 92,0)	
FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL	ALGUNA	20	21,7 (13,7 - 32,6)	0,8 (0,5 - 1,5)
	NINGUNA	69	78,3 (67,4 - 86,3)	
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	ALGUNA	17	18,8 (10,9 - 30,5)	0,9 (0,5 - 1,8)
	NINGUNA	72	81,2 (69,5 - 89,1)	
FUNCIONAMIENTO SOCIAL	ALGUNA	32	19,0 (10,6-31,8)	0,8 (0,4 - 1,6)
	NINGUNA	121	81,0 (68,2-89,4)	
FUNCIONAMIENTO ORGANIZATIVO	ALGUNA	12	13,5 (7,4 - 23,3)	1,3 (0,7 - 2,5)
	NINGUNA	77	86,5 (76,8 -92,6)	
PREVALENCIA ACTUAL DE EPISODIO DEPRESIVO (N= 147)				
CUIDADO PERSONAL	ALGUNA	25	15,4 (9,8 - 23,3)	1,7 (0,9 - 3,1)
	NINGUNA	122	84,6 (76,7 -90,2)	
FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL	ALGUNA	39	23,9 (17,0 -32,5)	1,4 (0,9 - 2,3)
	NINGUNA	108	76,1 (67,5 -83,0)	
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	ALGUNA	38	24,2 (17,4 - 32,5)	1,7 (1,1 - 2,8)
	NINGUNA	108	75,8 (67,5 -82,6)	
FUNCIONAMIENTO SOCIAL	ALGUNA	32	22,0 (14,7 - 31,7)	1,8 (0,9 - 3,2)
	NINGUNA	115	78,0 (68,3, 85,3)	
FUNCIONAMIENTO ORGANIZATIVO	ALGUNA	41	26,0 (18,6 -35,1)	2,2 (1,3 -3,8)
	NINGUNA	106	74,0 (64,9 - 81,5)	
ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL 12 MESES (N= 322)				
CUIDADO PERSONAL	ALGUNA	26	6,5 (4,0 - 10,3)	0,3 (0,2- 0,6)
	NINGUNA	296	93,5 (89,7 - 96,0)	
FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL	ALGUNA	53	14,2 (10,2 - 19,5)	0,4 (0,3 - 0,7)
	NINGUNA	269	85,8 (80,5 - 89,8)	
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	ALGUNA	45	13,7 (9,4 - 19,4)	0,5 (0,3 - 0,9)
	NINGUNA	277	86,3 (80,6 -90,6)	
FUNCIONAMIENTO SOCIAL	ALGUNA	42	11,6 (8,1 - 16,4)	0,5 (0,3 - 0,8)
	NINGUNA	275	88,4 (83,6 - 92,0)	
FUNCIONAMIENTO ORGANIZATIVO	ALGUNA	47	12,7 (8,4 - 18,5)	0,5 (0,3 - 0,9)
	NINGUNA	275	87,3 (81,5 - 91,6)	
PREVALENCIA ANUAL DE PSICOSIS CON AL MENOS UN CRITERIO CORREGIDO POR CONVENCIMIENTO Y AL MENOS 1 MES (N= 44)				
CUIDADO PERSONAL	ALGUNA	7	19,4 (8,8 - 37,6)	3,5 (1,4 - 9,0)
	NINGUNA	37	80,6 (62,4 - 91,2)	
FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL	ALGUNA	14	39,3 (22,8 - 58,6)	4,2 (1,9 - 9,2)
	NINGUNA	29	60,7 (41,4 - 77,2)	
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	ALGUNA	13	35,2 (19,8 - 54,5)	4,6 (2,1 - 10,2)
	NINGUNA	31	64,8 (45,5 - 80,2)	
FUNCIONAMIENTO SOCIAL	ALGUNA	11	29,4 (15,7 - 48,2)	3,7 (1,6 - 8,3)
	NINGUNA	33	70,6 (51,8 - 84,3)	
FUNCIONAMIENTO ORGANIZATIVO	ALGUNA	13	36,2 (21,2 - 54,6)	4,8 (2,3 - 10,4)
	NINGUNA	31	63,8 (45,5 - 78,8)	

FIGURA 2.
PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA POR TIPOS SEGÚN LOS PRINCIPALES TRASTORNOS MENTALES



La Tabla 9 muestra los resultados del análisis de regresión logística entre la discapacidad e inhabilidad juntas, con las variables sociodemográficas y la prevalencia de los principales trastornos mentales estudiados en las tres ciudades de la Sierra Peruana, controlando el efecto de la edad, el sexo, el grado de estudios y la pobreza. Se reveló la asociación entre cada uno de cuatro trastornos mentales y la discapacidad e inhabilidad, así como su capacidad predictiva para generar discapacidad. Los adultos que reunieron criterios para alguno de los cuatro trastornos mentales estudiados, mostraron un riesgo estadísticamente significativo de presentar algún tipo y grado de discapacidad. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada tuvieron el riesgo de presentar 2,73 veces la posibilidad de tener algún tipo y grado de discapacidad, en comparación con los que no tuvieron este trastorno. Los adultos con episodio depresivo actual tuvieron 1,91 veces la posibilidad de tener algún tipo y grado de discapacidad, en comparación a los que no presentaron este trastorno mental. Los adultos que cumplieron los criterios para abuso y dependencia de alcohol, mostraron 1,58 veces la posibilidad de presentar algún tipo y grado de discapacidad, en relación con los que no reunieron estos criterios

diagnósticos. Los adultos con presencia de un síntoma psicótico con convencimiento durante un mes, mostraron 3,09 veces la posibilidad de presentar algún tipo y grado de discapacidad en comparación a los que no presentaron este síntoma.

Cuando se buscó la asociación de las limitaciones para el funcionamiento sin diferenciar, vale decir con discapacidad e inhabilidad juntos de las tres ciudades, se encontró que los adultos mayores de 60 años tuvieron 2,26 veces más la probabilidad de tener algún tipo y grado de limitación para el funcionamiento, comparado con los adultos de 18 a 24 años. Los adultos sin ningún grado de instrucción o con nivel preescolar tuvieron 1,74 veces la posibilidad de presentar algún grado de discapacidad o inhabilidad en relación con los que tenían nivel superior universitario. Adicionalmente, los adultos considerados pobres, tuvieron 1,35 veces más posibilidades de presentar algún tipo y grado de discapacidad o inhabilidad en comparación con los no pobres (Tabla 9).

TABLA 9.
DISCAPACIDAD E INHABILIDAD EN RELACIÓN A LOS FACTORES DEMOGRÁFICOS Y LOS TRASTORNOS MENTALES EN LAS CIUDADES DE CAJAMARCA, HUARAZ Y AYACUCHO 2003

FACTORES	MUESTRA (N=3853)	DISCAPACIDAD (IC95%)		
		OR AJUSTADO	LI	LS
EDAD (AÑOS)				
DE 60 O MÁS	325	2,265	1,542	3,327
DE 45 A 59	574	0,897	0,646	1,247
DE 25 A 44	1974	0,743	0,581	0,951
DE 18 A 24	980	1,00	-	-
SEXO				
MASCULINO	1589	0,868	0,692	1,089
FEMENINO	2264	1,00	-	-
GRADO DE ESTUDIOS				
NINGUNO/PREESCOLAR	237	1,747	1,047	2,915
PRIMARIA	753	1,187	0,769	1,832
SECUNDARIA/BACHILLERATO	1227	0,962	0,669	1,383
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	733	1,111	0,767	1,607
SUPERIOR UNIVERSITARIA	903	1,00	-	-
POBREZA				
POBRE EXTREMO	75	1,277	0,871	1,873
POBRE	159	1,359	1,064	1,736
NO POBRE	356	1,00	-	-
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA				
PRESENTE	153	2,736	1,659	4,512
AUSENTE	3700	1,00	-	-

FACTORES	MUESTRA (N=3853)	DISCAPACIDAD		
		OR AJUSTADO	(IC95%)	
			LI	LS
EPISODIO DEPRESIVO				
PRESENTE	146	1,916	1,214	3,022
AUSENTE	3707	1,00	-	-
ABUSO / DEPENDENCIA DE ALCOHOL				
PRESENTE	322	1,586	1,128	2,23
AUSENTE	3531	1,00	-	-
UN SÍNTOMA PSICÓTICO CON CONVENCIMIENTO				
PRESENTE	43	3,097	1,322	7,256
AUSENTE	3810	1,00	-	-

Discusión

El presente es un estudio a profundidad sobre la discapacidad e inhabilidad dentro del Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003⁽¹⁵⁾. Es parte de la línea de estudios epidemiológicos desarrollados por el INSM "HD-HN"^(14,15,19). Se ha desarrollado a partir de una muestra poblacional en la que se identificó a través del MINI a personas con uno o más trastornos mentales, así como a personas supuestamente sanas y que a su vez respondieron a las preguntas sobre discapacidad e inhabilidad, desde la perspectiva de la autopercepción del encuestado. En este sentido, se hace posible la evaluación del funcionamiento, todavía desde una perspectiva negativa (limitaciones en el funcionamiento), tanto en las personas con uno o más trastornos mentales como sin estos.

Este estudio revela la magnitud de la discapacidad e inhabilidad como un problema de salud pública en la población estudiada, información inédita y útil que debe ser conocida al margen del tiempo de su publicación, no solo por su valor histórico, sino como una línea base para posteriores investigaciones.

En relación a las limitaciones, es importante precisar que la discapacidad psiquiátrica e inhabilidad no derivan de la evaluación directa del funcionamiento de las personas con o sin algún trastorno mental, sino que es inferida a través de una metodología epidemiológica. La discapacidad encontrada, podría involucrar la inhabilidad previa que podría haber tenido una persona antes de enfermar psiquiátricamente, además de la discapacidad derivada de una o más enfermedades físicas concomitantes o resueltas que no se han identificado, así como algún trastorno mental previo y que pudiera haber remitido. De forma similar, las personas con inhabilidad, podrían tener limitaciones por la falta de desarrollo de habilidades relacionadas

a su entorno físico y cultural, tanto como a consecuencia de pródromos de algún trastorno mental o como secuelas de algún trastorno mental previo que pudiera haber remitido, tanto como por alguna enfermedad física.

La prevalencia de la discapacidad psiquiátrica e inhabilidad (21,2%), fue ligeramente menor, en comparación con la de Lima Metropolitana y Callao (26,5%) en el año 2002⁽¹⁴⁾, lo que podría explicarse porque Lima tenía una mayor prevalencia de trastornos mentales, propio de un área urbana y capitalina.

Al comparar la prevalencia de la discapacidad psiquiátrica e inhabilidad en las ciudades representativas de la Sierra Peruana, se encontró que la ciudad de Ayacucho presentaba los índices más altos (37,5%), debido probablemente a la alta prevalencia de trastornos mentales asociados con su exposición a la violencia política, a lo largo de dos décadas. Llama la atención la baja prevalencia de la discapacidad psiquiátrica e inhabilidad en la ciudad de Cajamarca (6,9%), a pesar de ser uno de los departamentos más pobres del país. Esta podría relacionarse con una baja prevalencia de los trastornos mentales y problemas de salud mental encontrados en esta ciudad⁽¹⁵⁾.

La prevalencia de la discapacidad psiquiátrica (31,1%) y la de la inhabilidad (19,2%) en la población adulta de las tres ciudades de la Sierra Peruana, difieren en casi un tercio más a favor de la primera, sin embargo, la prevalencia de la inhabilidad afecta aproximadamente a la quinta parte de la población en estudio. También llama la atención, que la relación de la discapacidad e inhabilidad entre sus diferentes tipos, mantiene una diferencia en casi un tercio a la mitad (Figura 1). Esto podría sugerir que el desarrollo de habilidades podría guardar un patrón cultural en la población, y que la aparición de la discapacidad psiquiátrica en las personas afectadas, limitaría el desempeño de las habilidades adquiridas siguiendo el mismo patrón.

Por otro lado, la prevalencia de los tipos de discapacidad psiquiátrica afecta el funcionamiento en el siguiente orden: el funcionamiento ocupacional, funcionamiento familiar, funcionamiento organizativo, funcionamiento social y el cuidado personal. Para el caso de la inhabilidad, siguen casi el mismo orden, salvo que la inhabilidad para el funcionamiento organizativo está en el segundo

lugar, seguido del funcionamiento familiar, social y del cuidado personal.

En cuanto a la prevalencia de la discapacidad asociada a los principales trastornos mentales, sin tener en cuenta la prevalencia actual y anual de los mismos, se muestra el primer lugar para la presencia de un síntoma psicótico con convencimiento (49,8%), seguida del TAG (42,8%), el episodio depresivo (36,3%) y finalmente, la dependencia y abuso de alcohol (25,6%). En un artículo derivado de una encuesta de salud mental y bienestar llevada a cabo en Australia, utilizando una metodología similar, pero con instrumentos diferentes, mostraron la prevalencia actual de la discapacidad psiquiátrica asociada a los principales trastornos mentales con valores más o menos similares⁽²⁷⁾, siendo los del estudio de las tres ciudades de la sierra peruana un poco más altos, con excepción de la dependencia y abuso a alcohol. Si bien los resultados de psicosis se refieren a la presencia de por lo menos un síntoma psicótico con convencimiento y duración de por lo menos un mes, se ha reportado que el nivel más alto de discapacidad está asociado a esquizofrenia, trastorno esquizotípico y delusional⁽²⁸⁾.

Sanne, et al. han señalado que los trastornos de ansiedad están asociados a altos niveles de discapacidad y dentro de ellos, el TAG ocupa el tercer lugar, después del trastorno de ansiedad múltiple y el trastorno de ansiedad social⁽²⁹⁾. En el estudio de la sierra peruana, el TAG tiene el segundo lugar en comparación con los demás trastornos mentales estudiados, lo que evidencia la importancia del impacto negativo en el funcionamiento de las personas que lo padecen. En un estudio publicado en el año 2007, utilizando un instrumento diferente para medir la discapacidad, se encontró que la discapacidad estaba asociada significativamente a la dependencia al alcohol⁽³⁰⁾; sin embargo, nuestros resultados, en el análisis bivariado con el abuso y dependencia al alcohol (25,6%), no mostraron una asociación significativa con la discapacidad psiquiátrica; sin embargo, esto cambia cuando se somete a una regresión logística controlada por las variables sociodemográficas como veremos más adelante.

La distribución de la prevalencia de la discapacidad psiquiátrica por tipos, asociada a cada uno de los trastornos mentales estudiados (Tabla 8), muestra un perfil de la discapacidad que puede tener utilidad en el desarrollo

de programas de rehabilitación psiquiátrica (Figura 2). En el caso del TAG, cuando se evaluó por separado su relación con los tipos de discapacidad, no se encontraron asociaciones significativas. El episodio depresivo, solo se asoció significativamente con la presencia de alguna discapacidad en el funcionamiento familiar y organizativo. La presencia de un síntoma psicótico con convencimiento de un mes se asoció significativamente con cada uno de los cinco tipos discapacidad.

Con relación al abuso y dependencia del alcohol, cuando la discapacidad psiquiátrica se desagrega por tipos, se encontraron asociaciones significativas con cada uno de los tipos de discapacidad, pero en sentido protector, lo cual, llama la atención. Sin embargo, este efecto parece corregirse cuando se evalúa la asociación a través de la regresión logística, como veremos más adelante.

No se han encontrado estudios que evalúen la inhabilidad, debido a que este concepto lo estamos introduciendo en el campo de la salud mental, como una condición negativa del funcionamiento, en personas sin trastornos mentales y supuestamente sanas.

La evaluación de la relación entre las limitaciones del funcionamiento (discapacidad e inhabilidad juntas) y cada uno de los trastornos mentales estudiados (TAG, episodio depresivo, abuso y dependencia del alcohol y la presencia de síntomas psicóticos con convencimiento), mediante un análisis estratificado, en todos los casos mostraron asociaciones significativas entre la discapacidad psiquiátrica y cada uno de los cuatro trastornos mentales, controlando los posibles efectos confusores de las características demográficas, edad, sexo, grado de estudios y pobreza (Tabla 9).

Se observa, que la presencia de un síntoma psicótico con convencimiento de un mes estuvo fuertemente asociado con la discapacidad, lo cual es concordante con los reportes de discapacidad en la esquizofrenia, en los que se señala que está entre las diez principales causas de discapacidad en el mundo⁽³¹⁾, además, junto al trastorno esquizoafectivo, generan una significativa discapacidad⁽³²⁾. Se observa también que el TAG esté en el segundo lugar en generar discapacidad o inhabilidad, seguido de la depresión. En los Estados Unidos se ha descrito que los trastornos de ansiedad son los más frecuentes e incapacitantes⁽³³⁾. Se ha señalado que el TAG produce la discapacidad

más grave, en comparación con el trastorno de ansiedad no generalizado y la fobia social⁽³⁴⁾. Respecto a la depresión, se ha reconocido que el trastorno depresivo mayor es la causa principal de discapacidad en todo el mundo y que a lo largo de la vida afecta a una de cada cinco personas⁽³⁵⁾. Estos resultados muestran que la discapacidad psiquiátrica, no solo es potestad de los trastornos mentales mayores.

En el caso de la asociación entre discapacidad y abuso y dependencia al alcohol a 12 meses, se reveló una asociación significativa entre ambas. En este caso, al parecer, el control del posible efecto confusor por las variables sociodemográficas, mostró una asociación significativa, más acorde con la realidad, en comparación al análisis bivariado previo. En este sentido, se ha reportado que el alcoholismo genera disfunción cognitiva y deterioro de la memoria a largo plazo tanto como una sustancial discapacidad⁽³⁶⁾. Por otro lado, las personas que consumen alcohol tienen comorbilidades con ansiedad y depresión, a veces inducidos o agravados por el consumo de alcohol y otras veces, con trastornos mentales que requieren tratamiento independiente⁽³⁷⁾, incluyendo los trastornos del espectro de la esquizofrenia⁽³²⁾, lo que a su vez puede contribuir a incrementar la discapacidad generada por el alcoholismo.

En relación a la asociación de las limitaciones del funcionamiento como discapacidad e inhabilidad juntas, en las tres ciudades de la Sierra peruana, con las variables sociodemográficas, resultó comprensible, que el tener 60 a más años de edad, ningún grado o grado precolar de estudios y tener el nivel de pobre, tengan 1,54; 1,04 y 1,35 veces la posibilidad de tener discapacidad o inhabilidad en la población de las tres ciudades, en comparación con quienes no tienen esa condición (Tabla 9). Para el caso de la discapacidad, estas condiciones sociodemográficas forman parte de la problemática con la discapacidad en general⁽¹⁾. Para el caso de la inhabilidad, se desconoce la aplicación previa de este concepto.

Conflicto de Intereses

No existen conflictos de interés.

Conclusiones

Los resultados de esta investigación contribuyen a poner en evidencia la magnitud de la discapacidad psiquiátrica y la inhabilidad, en tres de las principales ciudades de la

Sierra Peruana en el año 2003. Revelan que la discapacidad está asociada significativamente a los trastornos mentales estudiados y que los tipos de discapacidad varían según estos, sugiriendo perfiles específicos por patología con utilidad para los programas de rehabilitación psiquiátrica.

El estudio revela además, desde un punto de vista poblacional, que la discapacidad e inhabilidad son condiciones de salud prevalentes en la población estudiada y requieren de un adecuado afronte a través de la recuperación o desarrollo de habilidades y competencias, con políticas, programas y servicios de rehabilitación psiquiátrica, así como de desarrollo humano y salud mental. En este sentido, se hace necesario que la evaluación del funcionamiento sea una condición indispensable en los servicios de salud mental del sistema de atención de la salud, no solo en los aspectos negativos (discapacidad e inhabilidad) si no de manera especial en el aspecto positivo (Funcionamiento - Salud), como parte de la evaluación de la condición salud mental propiamente dicha, lo cual permitirá confirmar o correlacionar los datos poblacionales con los datos de la práctica clínica, en apoyo a la solución de la problemática implícita, mejorar los índices de calidad de vida de las personas afectadas y en consecuencia, las condiciones de salud y desarrollo del país.

Anexo

A. Escala de discapacidad/ inhabilidad.

Correspondencia

Julio Huamán Pineda
Jr. Eloy Espinoza Saldaña N° 709
Urb. Palao
Lima, 31. Perú
Teléfono fijo: (511) 6149201
Email: jhuaman@insm.gob.pe

Referencias

1. Banco Mundial [Internet]. Informe Mundial sobre la Discapacidad. Organización Mundial de la Salud, 2011. [Citado el 12 de enero del 2015]. Disponible en : http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
2. OMS. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Clasificación Internacional de las consecuencias de la enfermedad. Madrid: Argraf, 1986.
3. MINSA, OPS/OMS, CONAIL. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS. Manual de Clasificación de las Consecuencias de la Enfermedad. Revisión Española. Primera Revisión en el Perú. Lima, 1990.

4. OMS/OPS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF. Organización Mundial de la Salud, 2001
5. Leon AC, Olfson M, Portera L, Farber L, Sheehan DV. Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *Int J Psychiatry Med.* 1997; 27(2):93-105.
6. Liberman RP. Psychosocial Interventions in the Management of Schizophrenia: Overcoming Disability and Handicap. Symposium Current Problems and Strategies for the Treatment of Schizophrenia. 140th Annual Meeting, American Psychiatric Association. Chicago, Illinois. May 12, 1987.
7. Jablensky A, Schwartz R, Tomov T. WHO collaborative study on impairments in the disabilities associated with schizophrenic disorders. *Acta Psychiatr Scand* 62 (suppl 285): 152-159, 1980. In: Sartorius N, Girolamo G, Andrews G, Allen German G, Eisenberg L. Treatment of Mental Disorders. A Review of Effectiveness. Published on behalf of The World Health Organization by American Psychiatric Press, Inc., Washington, DC. London, England, 1993.
8. Bland RC. Psychiatry and the burden of mental illness. *Can J Psychiatry.* 1998; 43(8):801-10.
9. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. [Internet]. World Mental Health; problems and priorities in low income countries. Oxford: Oxford University Press, 1995. [Citado el 14 de abril del 2014]. Disponible en: http://books.google.com.pe/books?id=6AkE52aoFv0C&pg=PA15&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false
10. Olfson M, Fireman B, Weissman M, Leon A, Sheehan D, et al. Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1734-1740.
11. Gallo JJ, Lebowitz BD. The epidemiology of common late-life mental disorders in the community: themes for the new century. *Psychiatr Serv.* 1999 Sep; 50(9): 1158-66.
12. Jenkins R. Linking epidemiology and disability measurement with mental health service policy and planning. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 1998;7(2):120-6.
13. Goering P, Lin E, Campbell D, Boyle MH, Offord D. Psychiatric disability in Ontario. *Can J Psychiatry* 1996; 41(9):564-71.
14. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideoy Noguchi". Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002, Informe General. *Revista Anales de Salud Mental.* 2002; XVIII(1-2):1-200.
15. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado Hideoy Noguchi". Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. *Anales de Salud Mental.* 2003; XIX(1-2). Lima.
16. Janca A, Kastrup M, Katschnig H, López-Ibor JJ Jr, Mezzich J E, Sartorius N. The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule (WHO DAS-S): a toll for the assessment of difficulties in selected areas of functioning of patients with mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1996; 31:349 -354.
17. Huamán J, Alburquerque F, Guillén R. Manual de Terapia Multifamiliar: Una guía para que la familia contribuya a la rehabilitación de las personas con discapacidad derivadas de un trastorno mental. Primera edición. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideoy Noguchi". 2011.
18. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideoy Noguchi". "Confiable y Validez de los Cuestionarios de los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental de Lima y la Selva Peruana. *Anales de Salud Mental.* 2009; XXV Supl: S1-S260.
19. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado Hideoy Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Informe General. *Anales de Salud Mental.* 2005; XXI(1-2):1-214.
20. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora L, Lépine J, Baker R, Sheehan K, Knapp, Sheehan (2001). Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.
21. 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:S22-S33.
22. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor FF, Burke J, et al. The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry,* 1998;45(12):1069-1077.
23. Patricia Amorim. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(3):106-15.
24. Kadri N, Agoub M, El Gnaoui S, Mchichi Alami Kh, Hergueta T, Moussaoui D. Moroccan colloquial Arabic version of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): qualitative and quantitative validation. *Eur Psychiatry.* 2005; 20: 193-195.
25. Pinninti N, Madison H, Musser E, Rissmiller D. MINI International Neuropsychiatric Schedule: clinical utility and patient acceptance. *Eur Psychiatry.* 2023;Nov; 18: 361-364.
26. SPSS. Versión 1.0. Copyright 2004. SPSS inc.
27. Sanderson, Kristy; Andrews, Gavin. Prevalence and Severity of Mental Health-Related Disability and Relationship to Diagnosis. *Psychiatr Serv.* 2002 Jan; 53(1).
28. Ning Li, Gong Chen, Wei Du, Xinming Song, Lei Zhang, Xiaoying Zheng. Population-level prevalence estimate and characteristics of psychiatric disability among Chinese adults. *J Psychiatr R.* 2011; 45:1530 - 1534.
29. Hendriks SM, Spijker J, Licht CM, Beekman AT, Hardeveld F, de Graaf R, et al. Disability in anxiety disorders. *J Affect Disord.* 2014 Sept; 166:227-233.
30. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry.* 2007 Jul; 64(7):830-42.
31. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. *Lancet.* 2004;363(9426):2063-2072. doi:10.1016/S0140-6736(04)16458-1
32. Archibald L, Brunette MF, Wallin DJ, Green AI. Alcohol Use Disorder and Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. *Alcohol Res.* 2019;40(1):arcr.v40.1.06. Published 2019 Dec 20. doi:10.35946/arcr.v40.1.06.
33. Murrrough JW, Yaqubi S, Sayed S, Charney DS. Emerging drugs for the treatment of anxiety. *Expert Opin Emerg Drugs.* 2015;20(3):393-406. doi:10.1517/14728214.2015.1049996
34. Westenberg HG. The nature of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry.* 1998;59 Suppl 17:S20-S26.
35. Ménard C, Hodes GE, Russo SJ. Pathogenesis of depression: Insights from human and rodent studies. *Neuroscience.* 2016; 321:138-162. doi:10.1016/j.neuroscience.2015.05.053
36. Zorumski CF, Mennerick S, Izumi Y. Acute and chronic effects of ethanol on learning-related synaptic plasticity. *Alcohol.* 2014; 48(1):1-17. doi:10.1016/j.alcohol.2013.09.045
37. Casas M, Guardia J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones;* 14 Supl 1. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/524/519> 28.02.122

ANEXO A. ESCALA DE DISCAPACIDAD/INHABILIDAD

AHORA TE HARÉ ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE TUS ACTIVIDADES DIARIAS

	NINGUNA	LEVE	MODERADO	SEVERO	NO RESPONDE
A. ¿TIENES DIFICULTADES PARA MANTENER REGULARMENTE EL ASEO DE TU CUERPO, SU ALIÑO O ARREGLO PERSONAL?	1	2	3	4	5
B. ¿TIENES DIFICULTADES PARA DESEMPEÑAR EFICIENTEMENTE TUS OCUPACIONES (ESTUDIOS, TRABAJOS, O CASA)?	1	2	3	4	5
C. ¿TIENES DIFICULTADES PARA ASUMIR Y DESEMPEÑAR SATISFACTORIAMENTE TUS FUNCIONES COMO MADRE, PADRE, ESPOSO(A) O HIJO(A)?	1	2	3	4	5
D. ¿TIENES DIFICULTADES PARA RELACIONARTE CON TUS FAMILIARES, AMIGOS, VECINOS Y PERSONAS EN GENERAL?	1	2	3	4	5
E. ¿TIENES DIFICULTADES PARA ORGANIZAR Y EJECUTAR TUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA?	1	2	3	4	5

ANALES DE SALUD MENTAL

ÓRGANO OFICIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

EDITORIAL/EDITORIAL.....	7
ARTICULOS ORIGINALES / RESEARCH PAPERS	9
I. EXPERIENCIAS TEMPRANAS E IDEACIÓN HETEROAGRESIVA EN LA POBLACION ADULTA DE HUÁNUCO Y CERRO DE PASCO ADVERSE EARLY EXPERIENCES AND HETEROAGGRESSIVE IDEATION IN THE ADULT POPULATION OF HUANUCO AND CERRO DE PASCO VILMA PAZ	9
II. 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. SAAVEDRA	25
III. CONSTRUCCIÓN, DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL “MANUAL PSICO-EDUCATIVO PARA PROFESIONALES DE SALUD QUE ATIENDEN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTROAUTISTA (TEA)” PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO GRUPAL (ETG) CONSTRUCTION, DESIGN AN VALIDATION OF THE PSYCHO-EDUCATION AL MANUAL FOR HEALTH PROFESSIONALS WHO CARE FOR CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER (ASD)” GROUP THERAPEUTIC TRAINING PROGRAM (ETG) ROXANA VIVAR, SILVIA SALAZAR, ERIKA CONTRERAS.....	45
IV. CORRUPCIÓN PERCIBIDA POR LOS ADULTOS DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ EN DIVERSAS AUTORIDADES DEL PAÍS EN EL 2017 CORRUPTION PERCEIVED BY THE ADULTS OF AYACUCHO, CAJAMARCA AND HUARAZ IN VARIOUS AUTHORITIES OF THE COUNTRY IN 2017 VILMA PAZ	51
V. DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA E INHABILIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE TRES CIUDADES DE LA SIERRA PERUANA 2003 PSYCHIATRIC DISABILITY AND INABILITY IN THE ADULT POPULATION OF THREE CITIES OF PERUVIAN ANDES 2003 JULIO HUAMÁN PINEDA.....	66



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
"HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI"