



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA Y SERVICIOS DE SALUD

Pobreza asociada a los trastornos de ansiedad, de personalidad y depresión en adultos del centro de salud mental comunitario “Sarita colonia”, Callao.

TESIS

Para optar el grado académico de Maestro en Salud Pública con Mención en
Administración Hospitalaria y Servicios de Salud

AUTOR

Bachiller Martinez Valera, Pedro Enrique

(ORCID: 0000.0002.2869.5663)

ASESOR

Doctor Ayala Mendivil, Ronald Espíritu

(ORCID: 0000.0002.9471.7162)

Lima, Perú

2022

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Martinez Valera, Pedro Enrique

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR: 08197653

Datos de asesor

Doctor Ayala Mendivil, Ronald Espíritu

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 09861941

Datos del jurado

JURADO 1: Magister Jáuregui Miranda, Jorge, DNI N°10007431, ORCID 0000.0003.0850.2550

JURADO 2: Magister Lama Morales, Ricardo Aldo, DNI N°25610762, ORCID 0000.0003.1342.9204

JURADO 3: Magister Mormontoy Laurel, Wilfredo, DNI N°08562493, ORCID 0000.0002.7461.9493

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 919427

Código del Programa: 3.03.05

DEDICATORIA

**Detrás de toda pasión, se esconde una emoción,
un motivo sentimental.**

A mi adorada madre Gloria Valera.

Hay deudas del corazón, que nunca se acabarán de pagar.

A mi querido padre Ángel Martínez.

AGRADECIMIENTO

**Agradezco a todas las personas
que influenciaron en mí y en mi obra.**

A mi asesor, el Dr. Ronald Ayala Mendivil.

A mi mujer Patricia Paz y a nuestros hijos Rodrigo y Diego.

A mis hermanos Gloria Cristina y Miguel Ángel.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
PÁGINAS PRELIMINARES	
Metadatos complementarios	ii
Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Índice de contenido	vi
Listado de tablas	viii
Listado de figuras	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción del problema	3
1.2 Formulación del problema	8
1.2.1 Problema general	8
1.2.2 Problemas específicos	8
1.3 Importancia y justificación del estudio	9
1.4 Delimitación del estudio	10
1.5 Objetivos de la investigación	12
1.5.1 Objetivo general	12
1.5.2 Objetivos específicos	12
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	13
2.1 Marco histórico	13
2.2 Investigaciones relacionadas con el tema	15
2.2.1 Antecedentes internacionales	15
2.2.2 Antecedentes nacionales	21
2.3 Estructura teórica y científica que sustenta el estudio	27
2.4 Definición de términos básicos	34

	Página
2.5 Fundamentos teóricos que sustentan el estudio	39
2.6 Hipótesis	44
2.6.1 Hipótesis general	44
2.6.2 Hipótesis específicas	45
2.7 Variables de estudio	45
2.7.1 Matriz de operacionalización de variables	48
2.7.2 Continuación de la matriz de operacionalización de variables	49
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	50
3.1 Tipo, método y diseño de la investigación	50
3.2 Población y muestra	51
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	52
3.4 Descripción de procedimientos de análisis de datos	53
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	55
4.1 Resultados	55
4.2 Análisis y discusión de resultados	68
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	78
5.1 Conclusiones	78
5.2 Recomendaciones	
82	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
ANEXOS	91
Anexo A: Declaración de autenticidad	91
Anexo B: Constancia del Comité de Ética de Investigación de la Dirección Regional de Salud del Callao- DIRESA CALLAO Autorización para realizar la investigación	92
Anexo C: Matriz de consistencia	95
C.1 Continuación de la Matriz de consistencia	97
Anexo D: Protocolos e instrumentos utilizados	99
D.1 Expresión de consentimiento informado	100
D.2 Declaración de compromiso de confidencialidad y no divulgación	101

LISTADO DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de la distribución de la variable pobreza	55
Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de la variable trastornos de depresión	56
Tabla 3. Frecuencias y porcentajes de la variable trastornos de ansiedad	57
Tabla 4. Frecuencias y porcentajes de la variable trastornos de la personalidad	58
Tabla 5. Prueba de normalidad de las variables de estudio	59
Tabla 6. Correlación múltiple entre pobreza, ansiedad, trastornos de la personalidad y depresión	60
Tabla 7. Anova del modelo de regresión entre pobreza, ansiedad, trastornos de la personalidad y depresión	61
Tabla 8. Correlación múltiple entre depresión y la ansiedad, trastornos de la personalidad, pobreza	61
Tabla 9. Anova del modelo de regresión entre la depresión y los trastornos de ansiedad, los trastornos de la personalidad, pobreza	62
Tabla 10. Correlación múltiple entre trastornos de ansiedad y los trastornos de la personalidad, pobreza, depresión	62
Tabla 11. Anova del modelo de regresión entre los trastornos de ansiedad y los trastornos de la personalidad, pobreza, depresión	63
Tabla 12. Correlación múltiple entre trastornos de la personalidad y pobreza, depresión y trastornos de ansiedad	63
Tabla 13. Anova del modelo de regresión entre trastornos de la personalidad y pobreza, depresión, ansiedad	64
Tabla 14. Relación entre pobreza y trastornos de ansiedad	64
Tabla 15. Relación entre pobreza y trastornos de la personalidad	65

	Página
Tabla 16. Relación entre pobreza y depresión	65
Tabla 17. Correlación múltiple entre trastornos de ansiedad y los trastornos de la personalidad, depresión	66
Tabla 18. Anova del modelo de regresión entre los trastornos de ansiedad y los trastornos de la personalidad, depresión	67
Tabla 19. Correlación múltiple entre depresión y trastornos de la personalidad, trastornos de ansiedad	67
Tabla 20. Anova del modelo de regresión entre la depresión y los trastornos de ansiedad, con los trastornos de la personalidad	68

LISTADO DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Evolución de las Teorías y Modelos Biologista, Ecológico y de Campo	29
Figura 2. Modelo de Campo de la Salud y sus Determinantes	31
Figura 3. Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)	32
Figura 4. Modelo de Atención Integral en Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC)	33
Figura 5. Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)	34
Figura 6. Relaciones entre la vulnerabilidad, los problemas de salud mental y los resultados adversos del desarrollo	42
Figura 7. Delimitación de la Atención Primaria en Salud Renovada en relación al Primer Nivel de Atención de Salud	44

RESUMEN

¿La pobreza genera trastornos mentales o son los trastornos mentales los que generan la pobreza? El vínculo entre salud mental y condiciones de pobreza, se ha convertido en un círculo vicioso. El objetivo de nuestra investigación, es determinar la asociación existente entre la pobreza y los trastornos de ansiedad, de personalidad y depresión. Para lograrlo, recurrimos a los reportes estadísticos e historias clínicas de 2,399 pacientes, hombres y mujeres de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao, a lo largo de un período de cinco años y medio, comprendido desde enero del 2017 a julio del 2022. Bajo el paradigma del Positivismo, mediante un diseño de investigación no experimental, de tipo correlacional, transversal, con un método cuantitativo y haciendo uso de técnicas de análisis documental, se llegó a determinar el grado de asociación entre las cuatro variables de estudio. Es así que se encontró, que no existe una asociación estadísticamente significativa ($p = .052$; $F = 2.640$), entre la pobreza (variable predictora) con los trastornos de ansiedad, de personalidad y depresión (variables consecuentes), observándose que el valor obtenido de $.054 [R^2]$, significa que el 5.4% de la variabilidad de las tres variables consecuentes, no determinan o no se relacionan con la pobreza de los adultos evaluados. Aplicando un análisis de varianza (ANOVA), se halló que las variables predictoras de pobreza, serían la ansiedad ($p = .020$; $F = 3.378$) y la depresión ($p = .026$; $F = 3.177$), más no los trastornos de personalidad ($p = .399$; $F = .992$). Se recomienda la pronta medición de la pobreza bajo indicadores multidimensionales y no exclusivamente monetarios.

Palabras clave: Pobreza. Ansiedad. Trastornos de la personalidad. Depresión. CSMC

ABSTRACT

Does poverty cause mental disorders or do mental disorders cause poverty? The link between mental health and poverty conditions has become a vicious circle. The objective of this research is to determine the association between poverty and anxiety, personality and depression disorders. To achieve this, we resorted to the statistical reports and medical records of 2399 patients, comprised of men and women between the ages of 30 and 59, treated at the "Sarita Colonia" Community Mental Health Center in Callao, over a period of five years and a half, from January 2017 to July 2022. Under the paradigm of Positivism, through a non-experimental, correlational, cross-sectional research design, with a quantitative method and using documentary analysis techniques, the degree of association was determined among the four study variables. Thus, it was found that there is no statistically significant association ($p = .052$; $F = 2.640$), between poverty (predictive variable) and anxiety, personality and depression disorders (consequent variables), observing that the value obtained of $.054 [R^2]$, means that the 5.4% of the variability of the three consequent variables, do not determine or are not related to the poverty of the adults evaluated. Applying an analysis of variance (ANOVA), it was found that the predictive variables of poverty would be anxiety ($p = .020$; $F = 3.378$) and depression ($p = .026$; $F = 3.177$), but not disorders of personality ($p = .399$; $F = .992$). The prompt measurement of poverty not only using monetary indicators, but also multidimensional ones is suggested.

Keywords: Poverty. Anxiety. Personality disorders. Depression. CSM

INTRODUCCIÓN

Muchas son las investigaciones, que han relacionado los niveles de pobreza con la salud mental. Pero muy pocas, son las que se han detenido en precisar, y menos aún en absolver, dos vitales interrogantes: ¿De qué pobreza estamos hablando? ¿De qué trastornos mentales estamos tratando? Lo cierto, es que nuestro país, es uno de los pocos de la región, que aún continúa midiendo la pobreza en términos económicos. Si una persona gana 409 soles mensuales o más, no es considerada pobre. Así de simple, las estadísticas gubernamentales, ocultan millones de pobres de carne y hueso. Esta medición exclusivamente monetaria, basada en el ingreso de dinero individual o en la suma familiar, distorsiona la realidad. A esta medición, no le interesa las malas condiciones de la vivienda, si ésta carece de agua, alcantarillado o energía eléctrica; tampoco si es un trabajador informal sin derechos sociales y con ingresos esporádicos. Menos aún, las limitaciones de acceso a la educación pública gratuita, al acceso a los servicios de salud, al buen transporte público, entre tantas otras variables. En definitiva, esta medición de pobreza multidimensional, que sí reflejaría los verdaderos niveles de exclusión social, es hoy en día ignorada, a favor de una medición de pobreza sólo económica.

La segunda interrogante, ha tenido en los últimos años, un mejor tratamiento. Han transcurrido cerca de siete años y medio, desde que en el 2015, el gobierno de turno, tuvo el acierto de poner en marcha un ambicioso plan, para crear los denominados Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC). Ya son, cerca de 203, que vienen funcionando a nivel nacional, algunos con grandes limitaciones presupuestarias, de personal e infraestructura. En la Provincia Constitucional del Callao, ya son cinco, siendo el más antiguo el CSMC “Sarita Colonia”, fundado en el 2017 en el distrito de El Callao. Sólo basta mencionar, que, al mes, atiende un promedio que oscila entre las 1,800 y 2,000 consultas, para darnos cuenta, que es muy cierto algo que muchas veces no valoramos: que, sin salud mental, no hay salud. Que nuestra mente, es similar al disco duro de una computadora, que, si éste falla, repercutirá negativamente en todos los sistemas, por más buena salud física que se tenga.

La denominada, biblia de las enfermedades y de los trastornos mentales, más conocida como el DSM 10, nos presenta cientos de posibilidades, para “etiquetar” a una persona que padece alteraciones y sufrimiento psíquico. Muchos estudiosos han afirmado que se está “patologizando la vida”, que cualquier comportamiento disfuncional es ya

sinónimo de trastorno mental. Aunque hay mucho de cierto, nuestra investigación optó apostar, por tres de los grandes trastornos mentales: Ansiedad, de personalidad y depresión. El primero definido como un miedo a algo indeterminado, a un temor por algo difuso, a una preocupación por todo y por nada. A un vivir en la incertidumbre y en la intranquilidad mental. Algo mucho más serio e incapacitante, son los trastornos de la personalidad, conceptualizados como el no saber quiénes somos, o como ser muchas personas a la vez. Y ni hablar de la depresión, que carcome lentamente las ganas de vivir, que conduce al aislamiento social, y a tener una vida en blanco y negro, carente de motivación e interés, cuya única escapatoria muchas veces es el suicidio, o los repetidos intentos de lograrlo.

Habiendo esbozado nuestras cuatro variables de estudio, la presente investigación, sustentada en el paradigma del Positivismo y empleando el método hipotético-deductivo, se trazó como principal objetivo, determinar la asociación existente entre pobreza, trastornos de ansiedad, de personalidad y depresión. La muestra estuvo conformada por 2,399 adultos, hombres y mujeres de 30 a 59 años que acudieron a consulta externa en el CSMC “Sarita Colonia” en el distrito del Callao, durante el período de enero del 2017 a julio del 2022. Son cinco años y medio, puestos bajo la lupa de nuestra investigación, a través de un minucioso análisis documental, que incluyó principalmente reportes estadísticos oficiales y protocolos de historias clínicas.

Estamos seguros que los resultados estadísticos, y lo que es más valioso, su interpretación dentro de nuestro contexto peruano, dejará a más de uno asombrado, y a muchos, perplejos, inconformes y porque no decirlo, sin entender lo que está pasando, o, mejor dicho, lo que está leyendo. Lo cierto, es que cuando un gobierno intenta ocultar una desbordante pobreza, haciendo uso de indicadores monetarios excluyentes de otras carencias, lo único que logra, es no sólo distorsionar una realidad; sino también, desvirtuar y crear espejismos en investigaciones, que le muestran su tan equivocado accionar. A modo de confesión, si el viejo Sigmund Freud resucitará, sólo atinaría a con asombro decir, que “el secreto de familia” de 1,890, paso a convertirse en nuestro país, en “el secreto de la pobreza”, en pleno año 2022.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

Los trastornos mentales, tales como la ansiedad, de personalidad, depresión y otros, son por desgracia, no sólo “invisibles” para gran parte de nuestra sociedad, sino también por lo general, ignorados por nuestras autoridades, cuando se habla de salud pública. Mientras que las enfermedades médicas consumen de por sí, un anoréxico presupuesto del gobierno, la salud mental a lo largo de su historia, ha sido por los sucesivos gobiernos, dejada al azar con sus carencias y limitaciones. La mal llamada “locura”, no ha estado presente en el pensamiento de nuestros gobernantes “cuerdos”.

Durante las dos últimas décadas, principalmente la Defensoría del Pueblo (1), viene señalando las actuales condiciones de postergación que padece la salud mental en nuestras políticas públicas y en la agenda nacional. Sus informes defensoriales mencionan las precarias condiciones en cuanto a la atención y al tratamiento que reciben las personas que padecen trastorno mental. Concluyendo que esto constituye una afectación del derecho a la salud de la persona, consagrado en nuestra Constitución Política y un incumplimiento de sus obligaciones de parte del Estado peruano (2).

En nuestro país, la presencia de trastornos mentales o enfermedades neuropsiquiátricas, se sitúa en el primer lugar con el 17,5% de prevalencia. Muy superior a la concurrencia de accidentes de tránsito, enfermedades cardiovasculares, cáncer, infecciones respiratorias, deficiencias nutricionales, diabetes mellitus tipo 2 y otras (3). Estudios epidemiológicos señalan que el 20,7% de la población peruana menor de 12 años de edad, padece de algún tipo de trastorno mental. Siendo los más comunes los trastornos de ansiedad, depresión, consumo excesivo de alcohol, abuso y dependencia de sustancias tóxicas y trastornos psicóticos (4).

En cuanto al acceso a los servicios de salud mental, éstos no sólo se reducen a su disponibilidad y capacidad de ser utilizados por la persona que recurre a ellos. También, dos de sus principales dimensiones y que muchas autoridades de salud mental no desean ver, se refieren a las barreras para su aprovechamiento y lo que es más relevante, los resultados en cuanto a eficacia y eficiencia, que se obtienen en materia de salud mental. Es así que, en nuestro país, tan sólo dos de cada 10 personas con trastorno mental, logran algún tipo de atención médica oportuna (5).

Existe pues una gran brecha en el acceso a una atención primaria de calidad, lo cual es parte esencial del actual problema de nuestra salud pública. Este padecimiento mental no solo lo sufre la persona sino también su familia y porque no decirlo, sus vecinos, amigos, y todos aquellos de su entorno social y laboral. Situación que se ve reflejada en el impedimento de trabajar, baja productividad por inasistencia o conflictividad laboral, menores ingresos y en el mantenimiento del ciclo de la pobreza.

Como principales razones que imposibilitan a nuestros habitantes a acceder a una atención en salud mental, se encuentran la insuficiente inversión gubernamental en términos de infraestructura y personal médico. Asimismo, los aspectos y creencias culturales, la centralización de los hospitales y su ubicación muy distante de nuestras comunidades, originan que la persona no recurra a éstos. O lo que es peor, asista a consultas de forma tardía, cuando el trastorno mental se ha activado, se ha vuelto crónico o ha desencadenado otros trastornos mentales, que actúan de forma conjunta, con mayor daño psíquico para la persona que los sufre. Situación de comorbilidad que prolonga y hace más complejo el tratamiento.

Tan solo el 14,07% de establecimientos de primer nivel de atención en todo nuestro país (generalmente de nivel I-3, I-4), disponen de los servicios de salud mental, a cargo de un psicólogo. Comprobándose que el personal profesional a cargo, no posee las competencias requeridas y que las restricciones normativas (como los indicadores de gestión) le impiden una adecuada atención en cuanto a salud mental. En medio de estas carencias, habría que remarcar que es justamente en el primer nivel de atención, donde se registra la mayor afluencia de personas con problemas de salud mental (6).

Hay que tener en cuenta también, que el acceso a los servicios de salud mental, se ve limitado por la pobreza y la carencia económica para asumir los gastos de atención, tratamiento, movilidad y psicofármacos. La falta de un seguro de salud, o el hecho de que éstos no cubran todo lo que demanda la intervención psicoterapéutica, limita enormemente el acceso a la población de menores recursos, propiciando mayor discapacidad, marginalidad, exclusión y cronicidad.

Un aspecto de suma importancia, es la denominada búsqueda tardía, que consiste en la conducta que tiene una persona con problemas, a fin de recurrir a los servicios públicos de salud mental., en busca de consulta, ayuda o tratamiento. Al respecto, el 47.1% de las personas, no percibe o no reconoce que tiene un trastorno mental.

Simplemente no busca ayuda, menos aún recibe un tratamiento. Esto tiende a agravarse cuando se trata de alguna adicción, sea por alcohol, marihuana, cocaína u otras sustancias perjudiciales a la salud. Ocho de cada diez adictos no los consideran un trastorno mental, menos un problema (5).

Asimismo, el 50% de personas con problemas de salud mental, que sí lo reconocen, sostienen que no necesitan ayuda profesional y que solos lo pueden resolver. Muchos otros no saben a dónde ir en busca de ayuda, desconfían de los psicólogos y médicos, no tienen información sobre el tema, sienten vergüenza y hasta no creen que el tratamiento sanitario les ayude (5).

Definitivamente, nuestra cultura y el estigma social explican muchas de estas actitudes y creencias de miedo, rechazo, evitación y negación que tienen las personas que sufren un trastorno mental. Ser excluidos, rechazados, marginados, denigrados y hasta abusados, es también parte del trato que reciben de otros miembros de su comunidad. Mejor es mantenerlos bien lejos, no verlos, e internarlos en algún hospital psiquiátrico. Convirtiéndolos en lo que al inicio señalamos, en tristes seres ‘invisibles’. Portadores de todo lo que no queremos ver, portadores de nuestra miseria humana.

En términos de inversión gubernamental en salud pública, ésta, es clamorosamente insuficiente. El actual presupuesto anual para el sector salud, es el 2.3% del PBI. Si lo comparamos con el de Bolivia o Ecuador (4,5%) o el de Colombia (5,5%), ni hablar con el de Uruguay y Costa Rica (6,5%) o Cuba (10%), constatamos que aún nos falta mucho camino por recorrer. Está demás decir, que nuestro presupuesto sanitario no sólo es insuficiente, sino que tiene el agravante, que por lo general es mal utilizado o dilapidado por autoridades incompetentes o corruptas. De este exiguo 2.3% del presupuesto nacional en salud, tan solo un ínfimo 1,5% se destinó hasta el 2015, para la atención en salud mental. Y lo más alarmante, es que alrededor del 80% de éste, estuvo destinado a hospitales psiquiátricos. El primer nivel de atención en salud, brilló por su escaso interés de nuestras autoridades del gobierno central (7).

A este panorama de limitaciones y carencias, se suma una contradicción: Siendo nuestro país catalogado como una economía de ingresos medios, destina como inversión per cápita anual en atención de salud mental, como un país de bajos ingresos. En vez de un poco más de S/.30.00, invierte escasos S/.12.60 por persona. Inclusive, la diferencia y la desigualdad es abismal dentro de nuestro territorio nacional: Mientras que en Lima

Metropolitana son S/37.90 de inversión por persona, en 8 regiones (Puno, Junín, Cajamarca, Huánuco, Piura, Ancash, Ucayali y Cuzco), la inversión en salud mental en el 2015, fluctuaba entre los S/ 2.10 y S/ 3.20 por persona (8).

Este desinterés del gobierno central por la inversión en salud mental, se amplifica cuando se comprueba la enorme falta de capacidad de gestión de muchos alcaldes distritales, provinciales y autoridades regionales. En sus agendas no están la promoción y prevención en salud mental. Menos aún la atención, el tratamiento y la rehabilitación. Son autoridades que conciben los problemas de salud mental de manera aislada, individual y de forma subjetiva. Es más, me atrevería a afirmar, que la salud mental no es un tema sensible para muchas autoridades, un problema que le rinda votos y una mayor exposición política ante su comunidad.

No es extraño comprobar, que la participación de nuestra comunidad en programas de promoción y prevención de la salud mental, es casi inexistente. Su movilización organizada en cuanto al diseño, gestión y control de las políticas públicas en torno a la salud mental, es insuficiente en nuestro país. Son muy escasos los grupos de usuarios de los servicios de salud mental o sus familiares, que pueden incidir ante una política pública que los involucre.

La salud mental es un asunto de todos y a su vez, por desgracia, de nadie. Sin salud mental no hay salud y sin participación de nuestra comunidad organizada no hay salud mental. Diversos estudios evidencian que las intervenciones de promoción y prevención en salud mental, para ser exitosas y sostenibles, deben lograr lo que se ha denominado el diagnóstico comunitario (9). Este consiste en la priorización, entendimiento y estrecha colaboración de nuestra comunidad, en todo plan, programa y acción en pro de la salud mental comunitaria.

Bajo esta óptica, la salud mental es el resultado de la interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales o ambientales. Tanto las condiciones económicas, materiales y psicosociales en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, repercuten en los niveles y factores de riesgo o vulnerabilidad. También, en los factores de protección o afrontamiento, ante los problemas de la vida diaria. Es justamente aquí, en donde el barrio, el vecindario, la comunidad y la sociedad en general, juegan un papel importante en la génesis o no de la salud mental. Las tasas más altas de trastornos mentales, no siempre se asocian con pobreza, hacinamiento,

promiscuidad y bajos ingresos. Tampoco con desventajas sociales, estado ocupacional, desempleo, marginalidad y desigualdad.

En el año 2018, la pobreza afectó al 20.5% de la población de nuestro país, es decir 6'593 mil peruanos eran pobres. Su gasto per cápita era por debajo de la línea de pobreza y el dinero no les alcanzaba para adquirir una canasta básica de consumo; compuesta por alimentos y no alimentos, tales como vivienda, vestido, salud, educación, transporte y otros (9) Nuestros compatriotas son los que conforman lo que el gobierno llama eufemísticamente “pobreza monetaria”. El 55% vivía en un área urbana, mientras que el 45% en zona rural. De cada 100 pobres, 83 acceden al Seguro Integral de Salud (10). Un seguro universal de salud, cuyo presupuesto anual cada año se reduce, mientras la población a ser atendida aumenta.

El norte hacia donde nuestra salud pública debe apuntar, a un sistema de salud basado en la atención primaria, que posibilite acercar los recursos a la comunidad, poner la salud mental al alcance de la persona y su familia, logrando la accesibilidad sin limitaciones. Esto actualmente no sucede, ya que existe una brecha de atención y tratamiento, estimada en un 76.3% de personas con trastorno mental, que no reciben tratamiento alguno. Es más, el modelo de atención en salud mental que primó durante el último decenio, estuvo centrado en el hospital psiquiátrico, situación que representa una respuesta inapropiada. Crea aislamiento y origina un estigma en la persona que padece problemas de salud mental (11).

Referirse a la pobreza en nuestro país, es hablar de pobreza monetaria, ya que este es el concepto con que el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), maneja a nivel de todos los censos nacionales y estudios que publica. Por desgracia, este indicador de pobreza monetaria, sólo mide los ingresos y gastos, más no, las demás privaciones que de forma simultánea padecen las personas dentro de sus familias. Es así que tener sólo un enfoque netamente monetario, podría resultar limitante cuando se sabe que existen otras carencias que contribuyen definitivamente en la salud mental de las personas. Éstas principalmente están referidas al acceso del agua, saneamiento, salud, vivienda, educación, movilidad e información (12).

La pobreza en nuestro país debe ser entendida, más que en términos monetarios, como una pobreza multidimensional. Es decir, una situación donde las personas están expuestas a múltiples desventajas y carencias, donde se dan distintos niveles de

privaciones, que se interrelacionan y entrecruzan entre sí. En definitiva, a un conjunto de privaciones que se dan de manera simultánea en determinados momentos. Y justamente estos niveles de pobreza multidimensional, son aquellos que influyen sobre la salud mental de las personas. Y que, por desgracia, no son considerados cuando el gobierno se refiere a los niveles de pobreza (monetaria) en nuestro país. Situación que se debe transparentar (12).

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

PG. ¿Existe asociación entre pobreza y trastornos de ansiedad, de personalidad y depresión en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022?

1.2.2 Problemas específicos

P1. ¿Cuál es el nivel de pobreza en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022?

P2. ¿Cuál es la característica de los trastornos de ansiedad, de personalidad y depresión en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022?

P3. ¿Existe asociación entre pobreza y trastornos de ansiedad en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022?

P4. ¿Existe asociación entre pobreza y trastornos de personalidad en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022?

P5. ¿Existe asociación entre pobreza y depresión en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022?

1.3 Importancia y justificación del estudio

El Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental 2018-2021, señala como su principal objetivo, el incrementar progresivamente el acceso de la población a los servicios de salud mental. Para lograrlo, prevé el fortalecimiento del primer y segundo nivel de atención en salud, mediante servicios de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación psicosocial y recuperación en salud mental (14).

1.3.3 Justificación teórica. En el primer nivel, que corresponde a nuestros puestos y centros de salud (I-1, I-2, I-3 y I-4), es donde se registra el mayor número de casos con problemas de salud mental. Personas que requieren principalmente de consulta y tratamiento psicoterapéutico. Bajo esta lógica, el gobierno a fin de garantizar los derechos de las personas con problemas de salud mental (15), dispuso el funcionamiento de los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC). Su principal objetivo es brindar servicios especializados de salud mental durante 12 horas continuas. Incorporados al primer nivel de salud, son el eje articulador y de trabajo en red, de los servicios de salud mental a nivel nacional (15).

A la fecha a nivel nacional existen 203 CSMC, de éstos, cinco pertenecen a la Provincia Constitucional del Callao que alberga una población al 2021 de 1,104,377 habitantes (16). Justamente, una de estas cinco instituciones, es el CSMC “Sarita Colonia”, ubicado en el distrito del Callao. Con una población de 460,132 habitantes, conformada en un 49.6% por hombres y un 50.4% por mujeres. De este total, un 45.9% son personas jóvenes entre cero y 25 años, seguida de un 37.53% de hombres y mujeres entre los 26 y 50 años de edad. Encontrándose en estos dos grandes grupos poblacionales, un 17.2% de personas en estado de vulnerabilidad psicosocial y económica; niños, niñas y adolescentes que trabajan, madres solteras o menores de 18 años, jóvenes y adultos desempleados y personas con discapacidad (17).

En medio de este panorama poblacional, habría también que destacar, que el CSMC “Sarita Colonia”, se ubica en un distrito de los siete que conforman la Provincia Constitucional del Callao, que ocupa el puesto 7 de 56 distritos de Lima Metropolitana y el Callao, con mayores carencias socio-económicas. Teniendo un alarmante 30.9% de pobreza monetaria. Es decir, uno de cada tres habitantes es pobre, vive sin tener un ingreso que le alcance para adquirir una canasta básica de alimentos (18).

1.3.2. Justificación metodológica. El diseño correlacional, permitió asociar y relacionar la pobreza, con la activación y/o mantenimiento de los trastornos mentales de ansiedad, de personalidad y depresión, cumpliendo así, un alto nivel de significación y aporte académico, ya que se contribuyó, a clarificar y verificar sus prevalencias, permitiendo a todo nivel de autoridad de gobierno, tomar decisiones y diseñar políticas de salud pública, específicamente a nivel de salud mental,

El nivel de trascendencia del presente estudio, radica en su replicabilidad en cuanto a proceso metodológico. Hallazgos que definitivamente van a ser de suma utilidad para la gestión no solo de los cinco CSMC existentes en la Provincia Constitucional del Callao, sino también en cerca de los 200 CSMC que vienen operando en nuestras 24 regiones a nivel nacional, los cuales presenten características socio-económicas y servicios de salud mental, a los existentes en el distrito de el Callao.

1.3.3 Justificación práctica. Nuestra investigación fue factible y sobre todo viable, por contar el autor con los conocimientos especializados en psicología clínica, y con el acceso directo a las fuentes de información primaria y secundaria existentes. A su vez, los recursos tanto logísticos como económicos, fueron previamente considerados en su cobertura.

1.4 Delimitación del estudio

La presente investigación se llevó a cabo dentro de las instalaciones del Centro de Salud Mental Comunitario Sarita Colonia (CSMC Sarita Colonia), ubicado en el distrito del Callao, perteneciente a la Provincia Constitucional del Callao. El periodo de tiempo que demandó el trabajo de campo, en cuanto a la selección y análisis de reportes estadísticos e historias clínicas, fue de siete semanas. Dejando constancia, que esta delimitación temporal fue parte de un periodo mucho mayor, que demandó la investigación en su conjunto. Posteriormente se tuvo un período dos meses, antes de su presentación.

En lo concerniente a la delimitación temporal, y en vista de la disponibilidad de los datos, nuestro estudio por tratarse de una investigación cuantitativa y descriptiva correlacional retrospectiva, consideró un período de cinco años y medio, comprendidos a partir de enero del 2017 a julio del 2022. Involucrando de manera retrospectiva a todos los adultos diagnosticados, y no necesariamente tratados, con trastornos de ansiedad, o de personalidad o depresión, incluyendo comorbilidades o pacientes duales. Para tal

propósito se hizo uso de forma exclusiva y excluyente, de reportes de morbilidad oficiales y de historias clínicas que fueron debidamente realizadas, que consignaban datos de adultos, hombres y mujeres, comprendidos desde los 30 hasta los 59 años, 11 meses y 30 días de edad.

En cuanto a la delimitación teórica, nuestra investigación analizó la asociación o relación existente entre la pobreza y los trastornos de ansiedad, de personalidad y depresión en adultos. Para tal propósito, se estudió la pobreza según indicadores económicos o monetarios, debido a la inexistencia de datos oficiales a nivel de pobreza multidimensional. Abordándose la pobreza tal como la concibe el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Aquella que está referida a los ingresos y gastos y a la capacidad familiar de adquirir una canasta básica de alimentos para el consumo. Asimismo, se tuvo en cuenta, investigaciones e indicadores de la pobreza multidimensional, que nos sirvieron como cifras de contraste y referencia no oficial. Es decir, aquella que involucra de manera simultánea, otras carencias en dimensiones no monetarias, tales como, el nivel educativo, acceso a servicios básicos, transporte, vivienda, salud, empleo y medio ambiente.

Sobre el diagnóstico de los trastornos mentales, se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (ICD-10, por sus siglas en inglés). Siendo esta clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y de uso obligatorio en todos los establecimientos públicos de salud en nuestro país, cuyo ente rector es el Ministerio de Salud (MINSA). Esta decisión no excluye, el cotejo referencial que paralelamente se puede realizar, del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (MDE 5, por sus siglas en inglés). Instrumento de uso paralelo y complementario, elaborado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA).

Como principal limitación encontramos que los resultados obtenidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Sarita Colonia, no pueden ser directamente generalizados en otros contextos sociales, correspondientes a distritos de Lima Metropolitana, más aún si sus habitantes, no poseen similar nivel socioeconómico. Situación parecida en otros CSMC u otras instituciones de salud mental ubicadas en el interior de nuestro país. Asimismo, por ser esta investigación pionera en nuestro país, en

cuanto a instituciones de salud mental de nivel de atención primaria, fueron escasos los referentes en cuanto a la replicabilidad y validez de sus resultados.

1.5 Objetivos de la investigación

1.5.1 Objetivo general

OG. Determinar la asociación entre pobreza y trastornos de ansiedad, de personalidad y depresión en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022

1.5.2 Objetivos específicos

O1. Describir el nivel de pobreza en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022

O2. Describir la característica de los trastornos de ansiedad, de personalidad y depresión en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022

O3. Analizar la asociación entre pobreza y trastornos de ansiedad en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022

O4. Analizar la asociación entre pobreza y trastornos de la personalidad en adulto de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022

O5. Analizar la asociación entre pobreza y depresión en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco histórico

El Informe Beveridge publicado en 1942, es el primer documento que reconoce el derecho a la salud y la obligación del Estado a protegerlo. Este plan, podríamos afirmar, marcó el nacimiento de la Seguridad Social en el mundo. Al acentuarse la crisis económica mundial iniciada en 1973, crecieron exponencialmente los estudios sobre el desarrollo económico y las condiciones de salud. El Informe Lalonde en 1974, remarcó que uno de los factores sociales que determinan la salud (hoy denominados determinantes sociales de la salud), es la desigualdad socio-económica. Mientras esto sucedía en Inglaterra y Canadá respectivamente, en 1982 se publicó el ahora famoso Reporte Black, que confirmó, que los sectores socio-económicos más pobres, tenían una mortalidad dos y media veces más alta, que los niveles superiores y de mayores ingresos (19).

El Reporte Black promovió diversas investigaciones sobre la medición de las desigualdades en salud, utilizándose como indicadores el nivel de pobreza (económica y multidimensional), el Índice de Gini o la Curva de Lorenz. También se tuvo en consideración las diferencias en educación, ocupación, ingresos y estratificación social. Es recién con la publicación en 1980, del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III (MDE por sus siglas en inglés), donde diversas investigaciones coincidieron en la existencia, de una relación negativa entre el estatus socio-económico y los trastornos mentales (20).

Mientras tanto en Europa y los EE.UU., la investigación científica en América Latina se debatía entre dos grandes hipótesis, a fin de dar respuesta y explicar las causas y la distribución de los trastornos mentales: Mientras la hipótesis socio-cultural enfatizaba que era el estrés cultural, la migración, aculturización y la modernización galopante, las que generaban trastornos mentales; otros estudiosos, apostaban por la hipótesis de la exclusión económica. Según ésta, los trastornos mentales son el resultado del desempleo, una expresión de la exclusión social y de la pobreza. En definitiva, ellos sostenían que los trastornos mentales eran resultado de las características estructurales del sistema económico capitalista vigente en ese entonces.

Este círculo vicioso entre pobreza, carencias socio-económicas y trastornos en la salud mental, fue remarcado en el Informe Anual del 2001 elaborado por la Organización

Mundial de la Salud (OMS). En él se encontraron relaciones significativas en cuanto al episodio depresivo. Esto tuvo efectos en nuestro país, ya que diversos estudios realizados desde el 2003, confirmaron que la pobreza también estaba íntimamente ligada, a los estilos de crianza negativos. Coincidieron que el maltrato infantil, el castigo y diversos eventos traumáticos en el niño y adolescente, incrementaban la prevalencia de los trastornos psiquiátricos. Observando también diferencias entre ciudades de la costa y la sierra de nuestro país (5).

Si bien es cierto en el Perú desde el 2000, se dio un descenso de la pobreza, esto no ha ocurrido de forma sustancial, con la desigualdad en la distribución del ingreso. Hecho que se agrava aún más en la sierra y la selva, donde los niveles de pobreza y las extremas condiciones de vida, son detonante de todo tipo de trastornos mentales en esas poblaciones principalmente. Inclusive, algunos estudiosos señalan, que el desarrollo económico de nuestro país antes de la pandemia Covid-19, no necesariamente estuvo acompañado, de una mejora en la salud mental de las personas. Sugiriendo incluso, que la existencia de marcadas desigualdades socio-económicas, son la posible explicación del deterioro de la salud mental en la población peruana.

Recientes estudios nacionales (16), concordantes con investigaciones internacionales, confirman que uno de cada tres peruanos mayores de 12 años, y uno de cada cinco niños, presentarán un problema de salud o trastorno mental en el transcurso de su vida. Si a esto le sumamos que la brecha de atención es de casi el 90% en nuestros hospitales psiquiátricos que cuentan con estos servicios especializados, entendemos en lo acertado en el accionar del Ministerio de Salud. Es así que, surgen importantes normas que son producto de la reciente Reforma de la Atención de la Salud Mental en nuestro país. Para hacerla efectiva, en el 2017, se crearon los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC), de categoría I-3 o I-4, ubicados principalmente en los distritos más poblados o carentes de servicios de salud, a lo largo de todo nuestro territorio nacional.

Este transcurrir histórico, lleva al actual modelo de atención de salud mental comunitario, como la estrategia más viable para reducir la desigualdad socio-económica, y superar la enorme brecha en el acceso y tratamiento de los trastornos mentales. Para cumplir tal propósito, los CSMC cuentan con servicios para niños y adolescentes. También para adultos y adultos mayores, servicios para adicciones, participación social y comunitaria y servicio de farmacia. Es pues de sumo interés, enmarcar el desempeño y

la proyección de un CSMC, dentro del actual Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI), con el objetivo de determinar la asociación o relación entre la pobreza y los trastornos mentales en nuestro país (21).

2.2. Investigaciones relacionadas con el tema

2.2.1 Antecedentes internacionales

Si bien es cierto que la Organización Mundial de la Salud enfatiza, que no sólo la variable económica, sino también otras se relacionan para la correcta comprensión de la pobreza, y que éstas a su vez tienen un rol importante para explicar la prevalencia de los trastornos mentales; los estudios al respecto, vienen progresivamente dirigiendo sus esfuerzos en este sentido (22). Valiosas investigaciones internacionales, han señalado la necesidad de incorporar a los estudios sobre la pobreza, otras privaciones, tales como la vivienda, acceso a servicios básicos, empleo, nutrición, nivel educativo, acceso a servicios de salud y otros. Cada vez más, los estudios realizados en otros países latinoamericanos, vienen desarrollándose bajo este enfoque de pobreza multidimensional. A continuación, presentamos estudios e investigaciones realizadas en los últimos años.

Un documento de suma trascendencia, es la publicación titulada Invertir en salud mental (23), que señala de forma explícita, que hablar de los trastornos mentales significa hablar de la pobreza, ya que ambos están interrelacionados en un círculo vicioso. Dicho estudio detalla cómo la inseguridad, el bajo nivel educativo, la vivienda inadecuada y la subnutrición, son elementos que están relacionados con los trastornos mentales más usuales. Este informe internacional destaca la evidencia científica de que las tasas de depresión son 1.5 a 2 veces más altas entre los sujetos de bajos ingresos económicos con empleos temporales. De esta manera, la pobreza puede estimarse como un determinante social importante de los trastornos mentales y viceversa, de manera tal que ambos se encuentran formando parte de un círculo vicioso. A su vez este documento señala, que los problemas depresivos aparecen más frecuentemente en personas desempleadas. Existiendo una asociación significativa entre la prevalencia de los trastornos mentales comunes, el bajo nivel educativo y el empleo precario e informal.

Este círculo vicioso que bien afirma el informe de la OMS, señala que entre el 35% al 45% del ausentismo laboral, tiene como causa problemas de salud mental. Esto origina escasa permanencia en el trabajo, baja productividad, rendimiento y desempleo. Lo que

tendrá impacto en el ingreso y la economía familiar, perpetuando el ciclo de la pobreza. Finalmente concluye, en que una de las características más importantes de los trastornos mentales, radica en que debido a que su nivel de mortalidad es bajo, sumado a que el inicio de estas enfermedades, ocurre por lo general a partir de los 16 años en adelante, los costos y gastos de atención afectan aún más la economía familiar, haciendo más pobre al pobre, originando la desatención en educación y del empleo formal permanente.

Una investigación de meta análisis sobre trabajos publicados en México (19), tuvo como objetivo, revisar la literatura latinoamericana referida a la desigualdad socioeconómica y su relación con la salud mental. Esta reportó importantes hallazgos, basados en la revisión de bases de datos internacionales y regionales (Medline, Scielo, Imbiomed, Unam, Medic Latina y otras), encontró asociaciones directas, entre el impacto de la condición socioeconómica de las personas sobre los trastornos mentales y las adicciones.

Un alto porcentaje de los estudios consultados, concluyeron que los adultos al pertenecer a estratos socioeconómicos bajos, tenían mayor riesgo de sintomatología depresiva, intento de suicidio y ansiedad. Contrariamente, el bajo o nulo nivel de escolaridad o de vivienda precaria, no tuvo una asociación significativa en casi todos los estudios consultados. Los trastornos de la personalidad antisocial, sí obtuvieron relación estrecha con el nivel de escolaridad y de ingresos económicos. El desempleo sí obtuvo fuerte relación, con el mayor riesgo de presentar síntomas depresivos. Sin embargo, muchos estudios revisados, también muestran que la carencia de ingresos no es la causa directa de los trastornos mentales.

Los autores para entender esta disparidad en los resultados encontrados, señalaron que, si bien es cierto que cada año se producen nuevos tipos o sub categorías en las formas de clasificación de los trastornos mentales, esto no sucede en cuanto a la medición de la desigualdad. Alegando los investigadores, que no solo debería existir un solo indicador para medir la desigualdad, y que inclusive, al día de hoy, no existe un consenso para su empleo. En definitiva, en términos de pobreza y desigualdades socioeconómicas, según estos autores, aún no se conoce con exactitud qué se está midiendo (19).

En México (24), se realizó una investigación cualitativa, referida a la salud mental en un contexto de pobreza urbana. Dentro de sus conclusiones, se halló que el funcionamiento mental y el estado psíquico de los investigados -incluyendo aspectos de

su personalidad-, no eran totalmente independientes de ciertas características de la familia y del entorno en que tuvo lugar su crianza. Las investigaciones también muestran que las condiciones más favorables para el desarrollo y fortalecimiento de la salud mental son las situaciones en el hogar donde los padres pueden brindar a sus hijos los materiales emocionales, físicos y oportunos y necesarios. Finalmente, mediante agudas observaciones directas y entrevistas a profundidad con los integrantes de 20 familias de bajo nivel de ingreso, se pudo constatar la baja cobertura de los servicios públicos, en cuanto a la prevención y tratamiento de los trastornos mentales.

Un análisis de otra investigación de tipo de revisión sistemática, giró alrededor de la pobreza y los trastornos mentales comunes en países de bajos y medianos ingresos (25). Para lograr tal objetivo, los autores analizaron 115 estudios que abordaron dicha relación entre estas dos variables de estudio. En un rango entre el 73% y 79% de los estudios, encontraron asociaciones positivas entre una variedad de medidas de pobreza y trastornos mentales comunes (depresión, ansiedad y otros). Asimismo, entre el 15% y el 19% arrojaron asociaciones nulas, y entre el 6% y el 8%, detectaron asociaciones negativas, utilizando análisis multivariados y bivariados respectivamente.

Lo destacable de esta revisión sistemática, es que los autores señalaron que al examinar de manera detallada las dimensiones específicas de la pobreza, encontraron variaciones sustanciales. Hallaron que variables como educación, inseguridad, vivienda, nivel socioeconómico, alimentación y estrés financiero, tenían una asociación relativamente consistente y fuerte con los trastornos mentales comunes, como la depresión y ansiedad principalmente. En cambio, las variables ingresos, empleo y consumo, no presentaban esta característica, siendo su nivel de asociación débil.

Bajo esta perspectiva, los autores recomendaron que se debería replantear la interrogante de que si existe relación o asociación entre pobreza y salud mental. Proponiendo su modificación a la pregunta de investigación, referida a cuál de los indicadores de pobreza, tales como empleo, ingresos, educación y otros generan mayor impacto en los trastornos mentales en una población. Situación que sólo podría ser factible, en la medida que las mediciones nacionales de pobreza, hagan uso del Índice de pobreza multidimensional (25).

Un estudio descriptivo realizado en Canadá (26), evidenció una mayor presencia de problemas de salud mental y trastornos de ansiedad y depresión en la población pobre.

Entre sus resultados, los autores encontraron que las personas con menores ingresos tenían en un 28.5% estrés y problemas psicológicos; el 6.51% padecía de trastorno depresivo, el 2.13% trastorno de pánico, el 1.64% manía y el 1.3% sufría de agorafobia. Todos estos hallazgos fueron estadísticamente significativos, más aún si se tiene en cuenta que la población de estudio, incluyó a personas mayores de 15 años. Inclusive, otras investigaciones realizadas en el mismo país, coincidieron en afirmar, que los adolescentes que vivían en hogares con menores ingresos y en condiciones de exclusión, tenían mayor riesgo de sufrir trastornos afectivos y del comportamiento.

Una profunda investigación a nivel nacional, fue realizada en torno a la pobreza y los trastornos mentales en la población de Colombia (27). Su principal objetivo fue describir la asociación existente en ese país, entre los problemas psicológicos y los trastornos mentales en relación a la condición de pobreza, según el Índice de Pobreza Multidimensional. Empleando una muestra de la Encuesta Nacional de Salud Mental, se entrevistó a los miembros de 13,200 hogares, encontrando tan solo el 13.5% de hogares en condición de pobreza multidimensional.

Como principales conclusiones, los autores encontraron que el 6.2% de los adolescentes tuvo algún trastorno mental a lo largo de su vida, y que el 4.6% en los últimos 12 meses. Estos hallazgos, contrastan con el 7.2% y el 3.3% respectivamente, correspondientes al mismo grupo de edad, pero referidos a hogares que no tienen condición de pobreza multidimensional. En cuanto a los trastornos de ansiedad, se encontró un 2.47% en adultos y un 4.41% en adolescentes que vivían en hogares en condición de pobreza. Siendo estas cifras inferiores de un punto porcentual, con sus similares no pobres. En hogares con diversas carencias, se halló trastornos depresivos en el 1.87% de los adultos y un 0.78% de los adolescentes. Inclusive, estos porcentajes resultaron más altos en los hogares no pobres (27).

Tal como lo remarcan los autores, varios hallazgos encontrados en este estudio nacional a nivel de toda la población colombiana, contrastan con los obtenidos en otros países, posiblemente por la medida de pobreza utilizada, la cual no se limita únicamente a los ingresos, sino que también considera una gran proporción de los elementos determinantes de la condición de ser pobre, como educación, empleo, vivienda, servicios de agua, alcantarillado, electricidad, entre otros. Esto explica porque son tan leves las diferencias existentes en cuanto a la prevalencia de trastornos mentales en adultos: 9.2%

a lo largo de la vida y 4.3% en el último año, en hogares pobres. Mientras que en hogares no pobres es de 9.1% y 3.9% respectivamente.

Como conclusiones finales de este revelador estudio (27), los investigadores señalaron, que existe una estrecha relación entre las limitaciones en el acceso de forma permanente a la canasta familiar con bienes básicos, y la presencia de problemas psicológicos y trastornos mentales en la población colombiana. No obstante, no parece que haya asociación entre el incremento de la pobreza y un mayor deterioro de la salud mental de las personas. En definitiva y en términos generales, los autores concluyeron, en que la brecha y distancia entre la población pobre y la no pobre, en relación a la existencia de problemas y trastornos mentales, como ansiedad y depresión principalmente, no son grandes ni significativos.

Otro interesante estudio realizado en Chile (28), abordó las prevalencias y brechas de la salud mental en la actualidad y en el futuro. Como principal conclusión, afirmó que, para lograr la salud mental en la población chilena, no sólo hay que identificar las brechas en el tratamiento de los trastornos mentales, a fin de reducir el retraso en el acceso a la atención (el denominado, retraso en el tratamiento). Sino que también -y sobre todo en los trastornos de ansiedad, de personalidad, depresión-, urge identificar la llamada brecha en la prevención, así como la brecha en la intervención. Todo esto con la finalidad de que la persona reciba un tratamiento oportuno y eficaz.

En esta línea de pensamiento, los autores también concluyeron, que la pobreza, las carencias sociales y los bajos niveles educativos, son posibles consecuencias derivadas de la falta de tratamiento oportuno de algunos trastornos mentales. La desatención en las brechas de salud mental, tendrían serias implicancias en la salud pública. Un tratamiento insuficiente o tardío, no solo puede llevar a un deterioro en el funcionamiento familiar, incapacidad para trabajar, violencia en el hogar o agudizar la pobreza. Lo que se ha venido subestimando es la importancia de la llamada carga de enfermedad mental, sucesos de trastorno mental, que llevan a la pobreza a muchas familias o hace más pobre a los pobres, debido a su incapacidad para tener un empleo, trabajar de forma continua y poder sostener económicamente a su familia. Sin descartar los gastos en psicofármacos, que genera el o los trastornos mentales.

Como indicadores que precisa el estudio reseñado (28), Chile está considerado como uno de los primeros países a nivel mundial, con un 23.2% de carga de morbilidad

debido a enfermedades psiquiátricas. Siendo la depresión la segunda causa de discapacidad en adultos, ya que la primera es debido al consumo adictivo de sustancias. Lo lamentable, es que tan solo el 38.5% de las personas diagnosticadas, reciben tratamiento psicológico especializado, siendo un 27%, la comorbilidad con la ansiedad y con otros trastornos disruptivos.

Un equipo de ocho investigadores de diferentes países (29), -teniendo en cuenta que la salud mental contribuye en gran medida a la carga mundial de morbilidad, y siendo conscientes que es la depresión el trastorno mental más prevalente en América Latina y el Caribe-, decidieron abordar estas dimensiones. En tal sentido, dicho estudio investigó la asociación entre el empleo informal y los principales síntomas depresivos en ciudadanos de 11 países de América Latina y el Caribe. Los datos fueron recopilados por el proyecto SALURBAL, Salud Urbana en América Latina, así como en informes y encuestas desarrolladas por el Banco Mundial (BM) y la Corporación Andina de Fomento (CAF), referidas a las ciudades de Bogotá, Buenos Aires, Caracas, Fortaleza, La Paz, Lima, México DF, Montevideo, Panamá, Quito y Sao Paulo.

Como principales hallazgos, encontraron que las personas dedicadas a trabajos informales, obtuvieron un 27 % más de prevalencia de síntomas de depresión mayor (razón de prevalencia [RP]: 1,27; intervalo de confianza [IC] del 95 %: 1,00, 1,62) en comparación con las personas que tenían empleos formales. La prevalencia de síntomas depresivos entre las personas del sector informal, fue mayor en comparación con aquellas que vivían de trabajos formales, permanentes y estables tanto en mujeres (RP: 1,36, IC 95%: 1,06, 1,74) como en hombres (RP: 1,22; IC 95%: 0,90, 1,65). Es así que los autores concluyeron, que el empleo informal en América Latina y el Caribe, está directamente asociado con una mayor prevalencia de síntomas depresivos mayores. En tal sentido, recomendaron desarrollar políticas públicas destinadas a reducir los empleos informales y aumentar la protección social, tanto en salud, vivienda y educación, para los trabajadores que se desempeñan en el sector informal percibiendo ingresos temporales (29)

Miranda-Ruche (30), realizó un estudio referido a las consideraciones estructurales para la intervención en salud mental, para lograrlo, analizó las correlaciones entre pobreza, desigualdad y cohesión social. Entre sus conclusiones señaló, que a nivel mundial las personas en riesgo de pobreza o exclusión social han aumentado de manera generalizada, como consecuencia del desempleo, la informalidad y los salarios cada vez

menores. Sólo en España, la pobreza ha pasado de un 3.8% anual a más de un 7%. Esto se ha reflejado en q la prevalencia de los trastornos por depresión sea entre 1,5 y 2 veces mayor en los grupos de población con ingresos más bajos. Personas carentes no sólo de empleo, sino también de vivienda, educación, salud, transporte y de servicios básicos de calefacción, energía eléctrica, agua, alcantarillado, entre otros.

Si bien es cierto que la pobreza no es sinónimo de enfermedad mental, el autor señala que, es una condición a partir de la cual se activan una serie de situaciones, que afectan la capacidad de las personas para hacer frente a los problemas de la vida cotidiana. Inclusive, no sólo genera exclusión social y depresión, también adicciones, ansiedad, esquizofrenia y suicidio. Asimismo, algo revelador del estudio, es que la pobreza en el ámbito familiar, aumenta los riesgos de salud mental en los niños. Es decir, los hijos de padres pobres, tienen más posibilidades de desarrollar un trastorno mental, ya que la pobreza disminuye las capacidades y eficacia en la crianza, dificultándoles la posibilidad de ejercer su función protectora y de control emocional infantil, por encontrarse más expuestos a conflictos, tensiones y desconocimientos producto de una vida dedicada a ganar dinero para subsistir (30).

2.2.2 Antecedentes nacionales

A pesar que la eliminación de la pobreza, el acortamiento de la desigualdad y la promoción, prevención y tratamiento de los trastornos mentales, son parte de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (31), las investigaciones que abordan la relación entre pobreza y salud mental, todavía son incipientes en nuestro país. Más aún si los estudios existentes, abordan tan sólo la pobreza económica y no como debería ser, la pobreza en todas sus dimensiones. Por lo general las investigaciones, se reducen a relacionar algunos trastornos mentales con ingresos económicos de las personas, limitando a no más de dos variables, el constructo multidimensional de la pobreza. A continuación, reseñaremos investigaciones que si bien es cierto presentan cifras estadísticas referidas a la pobreza monetaria, también se refieren a otras variables, tales como la vivienda, el empleo, los servicios básicos, el transporte y otros indicadores de la pobreza multidimensional.

Rosa Chávez Yacila (32), publicó recientemente una reveladora investigación periodística, donde luego de revisar diversos artículos científicos y llevar a cabo entrevistas semi estructuradas a profesionales de larga experiencia, se propuso como objetivo, encontrar la existencia o no en cuanto a la asociación entre pobreza, trabajo

informal y salud mental. Una de sus principales interrogantes fue, ¿hasta qué punto la prevalencia de la depresión es mayor entre las personas con trabajos informales en comparación con los trabajadores formales? Un primer dato llamó la atención: entre abril de 2021 y marzo de 2022, el 76.10% correspondía a la tasa de empleo informal. Es decir, tres de cada cuatro personas económicamente activas, no tenían empleo fijo, eran informales y se ganaban la vida cada día en oficios y trabajos carentes de seguridad y beneficios sociales.

Esta investigación (32) remarcó la importancia, de los cerca de 203 Centros de Salud Mental Comunitaria existentes en nuestro país, y, sobre todo, dio luces en torno a la falacia de que los pobres no tienen tiempo para deprimirse. Como muestra, reseñó que en una zona de Lima (muy parecida a Sarita Colonia en el Callao) denominada San Gabriel Alto en el distrito de Villa María del Triunfo, acudieron a su CSMC, alrededor de 1,000 a 1,500 pacientes al mes, que presentaban cuadros psiquiátricos de ansiedad y depresión. Siendo las causas de sus síntomas, no sólo la falta de trabajo permanente, sino también, la carencia de mínimas condiciones de vida, referidas principalmente a educación, vivienda, transporte y recreación.

La autora, confirmó la existencia, de que pobreza está directamente asociada a los trastornos de ansiedad y depresión y viceversa. Inclusive, luego de que una persona es diagnosticada con alguno de estos u otros trastornos mentales, su posibilidad de ser empleada en determinado trabajo, disminuye, es más, sus ingresos pueden reducirse a la mitad de lo que percibía antes de ser diagnosticada. La investigación también concluyó, que el 12.7% de trabajadores -es decir, uno de cada ocho-, sufrían de trastorno depresivo moderado o severo. Siendo lo más revelador, la existencia de una considerable diferencia entre los trabajadores informales y los formales. Mientras éstos presentaban síntomas de trastornos de ansiedad y depresión en un 10.9%, los informales obtenían un 14.4%. Cifras que confirmaron, que si bien es cierto el tener un empleo informal no es sinónimo de vivir en situación de pobreza, recientes investigaciones reseñadas por la autora, sostienen que sí se ha corroborado, la existencia de mayor depresión y ansiedad, entre los trabajadores que se desempeñan de manera informal, situación no sólo que se da en nuestro país, sino también a nivel latinoamericano (32).

Un interesante estudio que fue la realizado por Saavedra (33), se propuso investigar la relación entre el nivel socioeconómico, manifestado en términos de pobreza,

y la presencia de enfermedades psiquiátricas y otros problemas de salud mental, en adultos de la ciudad de Lima Metropolitana. Utilizando un marco poblacional proporcionado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la muestra estuvo conformada por 4,445 adultos, correspondiendo el 48,0% a hombres y el 52,0% a mujeres, con una edad media de 42,6 años. En cuanto al estado civil de las personas entrevistadas, el 56.6% estaba casada o se encontraban conviviendo y respecto a educación básica, tenía un nivel de instrucción secundario (44,8%), presentando una tasa de analfabetismo de 3,1%. Un dato muy importante a destacar, es que el 39,8% perteneciente a la muestra, se ubicaba dentro de algún índice de pobreza.

Es así que, dentro de sus hallazgos, confirmó la existencia de una relación directa entre la presencia de trastornos psiquiátricos y el nivel de pobreza de las personas. Los pobres enfrentan muchos factores ambientales nada positivos, como viviendas inapropiadas, hacinamiento, desocupación o subempleo, los cuales desenvuelven una atmósfera que influye negativamente en su bienestar mental, dando lugar a la activación, desarrollo y permanencia de trastornos mentales. Esto se refleja principalmente, en los altos niveles de distrés, ansiedad, depresión y cuadros de desesperación. Aunque algunos autores consideran que la relación que se da entre pobreza y salud mental depende de los efectos indirectos de un entorno de pobre; la investigación que reseñamos, señala que los trastornos mentales, sociales y del comportamiento asociados a las condiciones de pobreza, tienen una prevalencia de vida a nivel mundial, que fluctúa entre el 20 y el 25% (32). Estas cifras coinciden con las publicadas, en el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental llevado a cabo en las ciudades de Lima y Callao en el 2012 (34), en el cual se encontró un notable predominio de vida de trastornos mentales, de 26,1% en poblaciones que presentan algún nivel de pobreza. Comprobándose una asociación directa entre los índices de pobreza y las tasas de trastornos de ansiedad y depresión principalmente.

Asimismo, en el análisis psicométrico de los signos respectivos de cada trastorno estudiado, el autor (33) encontró en términos del coeficiente de confiabilidad de alfa de Cronbach, los siguientes estadísticos: Agorafobia 0,794; trastorno de pánico 0,835; ansiedad o fobia social 0,874; trastorno de ansiedad generalizada 0,888; trastorno de estrés postraumático 0,842. En lo que respecta a los episodios depresivos, halló un 0,665; distimia 0,874; episodio psicótico 0,735 y dependencia de alcohol 0,748 y para estresores cotidianos un 0,757. Igualmente, confirmó que los trastornos de salud mental y los

problemas psiquiátricos, suelen presentarse dentro del rango de 25 y 44 años de edad, en su mayoría, y que afectan principalmente a la población trabajadora. El estudio también encontró que la ansiedad y los trastornos afectivos tienen un impacto de índole económico superior al causado por la esquizofrenia. Mientras que, entre la población no pobre, la prevalencia anual de algún trastorno mental fue del 8,0%; y respecto a los individuos ubicados en situación de pobreza extrema, la prevalencia se situó en un 18,8%, por lo que el autor destaca la necesidad y significancia de considerar la pobreza y todos sus componentes socioeconómicos, en todo estudio referido a la salud mental.

Un estudio pionero desarrollado al interior de nuestro país, tuvo como objeto principal el analizar las variables socioeconómicas, políticas y culturales, que repercuten en la salud mental en el Perú (35). Aunque luego décadas de su publicación, si bien es cierto los porcentajes de pobreza crítica y extrema han variado, sus bases conceptuales aún continúan vigentes. Es así que el autor menciona, que, desde una mirada objetiva de la salud mental, la pobreza no es sólo un estado de carencia de ingresos económicos, sino también, un conjunto de otras situaciones. Entre las que destaca la precaria vivienda en los asentamientos humanos y denominadas urbanizaciones populares, la ausencia de servicios sanitarios básicos, escaso nivel de educación formal, transporte de pésima calidad, empleo informal, entre otras.

Una investigación (36) en torno a 11 poblados del Perú, se propuso encontrar la asociación entre la altura de residencia y la depresión. Dentro de sus hallazgos concluyó, que la pobreza es un elemento de riesgo relevante para desarrollar diversos niveles de depresión. Dentro de sus fuentes consultadas, el investigador señala que según estudios realizados en Norteamérica, los más pobres tienen dos veces más el riesgo de sufrir este trastorno mental. Esto fue corroborado, con otros estudios que señalaban que las personas incapaces de tener ingresos económicos, especialmente las mujeres, sufrían de depresión. En lo que se refiere al objetivo central de la investigación, se halló una asociación negativa entre la depresión y la altitud de residencia. Resultado que difiere con estudios anteriores realizados en los Estados Unidos, donde hallaron correlación directa entre la altitud de residencia y la depresión, así como entre la altitud y la tasa de suicidio, concluyó la autora.

Morán, Alarcón y Alva (37), realizaron en el distrito de Villa María del Triunfo, una profunda investigación cuyo objetivo general, fue el determinar el estado de pobreza

y su influencia en el riesgo y daño familiar. También se propusieron evaluar, el riesgo familiar y el nivel socioeconómico de 450 familias. La muestra incluyó datos de siete distintos sectores de dicho distrito, los cuales fueron seleccionados por conveniencia del personal sanitario. Esta base representó una población de familias, divididas en los sectores: A-B con 50 familias en el año 2015, C-D correspondiéndole 150 familias en el año 2016 y E-F-G con cerca de 250 familias en junio del 2017.

Como resultados obtenidos, los autores encontraron que el 77,9% de las familias se hallaban en estado de pobreza. De las 450 familias que se evaluaron, el nivel socioeconómico de mayor prevalencia fue el de pobreza (64,4%), seguido de no pobreza (22%) y pobreza extrema (13,5%). El principal riesgo para los hogares evaluados fue el riesgo bajo (66,4%), seguido del riesgo medio (27,1%). Además, se encontró que 186 familias presentaban algún factor de riesgo (41,3%), siendo la violencia familiar el más frecuente (23,6%), seguido de un 20.4% para gestación adolescente o añosa. Siendo los daños más prevalentes, la malnutrición con un 46.3% y los trastornos mentales con un 31.5%.

Los investigadores (37), para el análisis bivariado, emplearon la prueba Chi cuadrado con la finalidad de evaluar si las variables de estudio se encontraban asociadas; para realizar el cálculo de la medida de riesgo se utilizó el odds ratio (OR), utilizando un nivel de significación del 5% y un intervalo de confianza del 95%. Es bueno precisar, que esta investigación hizo uso del análisis bivariado -basado en un diseño ecológico, por grupos y prospectivo-, evidenciando que los hogares pobres arrojaron un 84% más de probabilidades, de presentar algún riesgo familiar ($p = 0,019$; OR: 1,84; IC 95%: 1,07-3,23), y un mayor riesgo de contraer algún tipo de daño psicosocial ($p < 0,001$; OR: 2,29; IC 95%: 1,32-3,92) si las comparamos con las familias que no se encuentran en situación de pobreza.

Finalmente, recomendaron llevar a cabo intervenciones en las familias, sobre todo en las de mayor nivel de pobreza, tomando medidas que ayuden a modificar los determinantes sociales de su mala salud. También determinaron, que el nivel de pobreza está directamente asociado a un número incrementado de enfermedades, tales como la malnutrición y todo tipo de trastornos mentales (principalmente ansiedad y depresión). Siendo la violencia familiar y el embarazo en adolescentes, los principales factores de riesgo, a que se encuentra expuesta toda familia con algún nivel de pobreza (37).

Un estudio por destacar, es la reciente investigación efectuada por Barrantes (12), cuyo objetivo central fue buscar la relación entre la pobreza multidimensional y el padecimiento de síntomas asociados a la ansiedad y la depresión en personas mayores de 15 años. Consideramos que esta investigación es un gran aporte, para la correcta comprensión de estas tres variables de estudio, más aún si proviene de la especialidad de la economía. Para lograr su objetivo, el autor utilizó los datos existentes de la Encuesta Demográfica y de Salud, ENDES-2018, en el módulo de salud mental. Asimismo, utilizó el Índice de la Pobreza Multidimensional Global de Alkire y Jahan, el cual considera privaciones a nivel familiar, en las dimensiones relacionadas a salud, educación y estándar de vida.

Tal como concluye el autor, los resultados señalan que los individuos que residen en hogares con privaciones en una mayor cantidad de dimensiones, tienden a padecer más síntomas relacionados con la depresión y la ansiedad. Esta asociación es sólida para el empleo de un indicador alternativo de pobreza multidimensional, que incluye información sobre la privación en las dimensiones de salud, educación y empleo a nivel individual, además de privaciones en vivienda y servicios de agua, alcantarillado y energía eléctrica en los hogares. A su vez, que sufrir privaciones en una dimensión de pobreza multidimensional adicional se relaciona con un incremento de 42,9% a 52,7% de los síntomas padecidos al menos 12 días. Con un aumento de 38,1% a 46,2% al menos siete días y de 22,9% a 26,3% en el caso de síntomas padecidos al menos un día. Estas cifras confirman, que existe una asociación directa y significativa entre pobreza multidimensional y los trastornos mentales más frecuentes, como lo son la ansiedad y la depresión, tanto en jóvenes, como adultos y adultos mayores.

La investigación (12) también concluye, en que son las mujeres y los adultos mayores, quienes tienen una inclinación más fuerte de sufrir una mayor cantidad de síntomas asociados a trastornos mentales. Finalmente, el autor propone -como un gran aporte para la real comprensión y medición de la pobreza asociada a los trastornos mentales-, una medida alternativa de pobreza multidimensional, en la cual los indicadores reconozcan privaciones a nivel del individuo en aquellas dimensiones en las que la disponibilidad de información lo permite. Esta medida alternativa de pobreza multidimensional, incorporaría las dimensiones de salud, educación y empleo, que corresponderían a las privaciones a nivel personal; mientras que las dimensiones de vivienda, agua, saneamiento, energía, identificarían las privaciones que se dan a nivel del

hogar familiar. Esta propuesta tendría gran repercusión, en tanto que carecer de más de una dimensión y de manera simultánea, podría tener un impacto sobre la salud mental de los individuos, realidad que actualmente no estaría teniéndose en cuenta, debido al análisis de las dimensiones de manera separada y no de forma integral, concluye Barrantes (12).

Una reciente investigación realizada por Anteporta, Cutipe y Mendoza (38), se propuso identificar y describir la aparición de síntomas depresivos en la población peruana, durante los meses de confinamiento, identificando a su vez, la magnitud de los factores asociados. Mediante una encuesta virtual, se registraron 64,493 respuestas de mayores de 18 años, de este total la muestra definitiva quedo conformada por 57,446 personas. Un 72% lo integraban adultos jóvenes, un 66% mujeres, siendo un 53% residentes en Lima y un 47% poseía estudios universitarios.

El estudio reveló que tres de cada diez participantes reportaron síntomas depresivos moderados a severos. Asimismo, se halló una prevalencia de síntomas depresivos cinco veces mayor (34.9%) que la existente a nivel nacional en el 2018 (6,4 %). Esto indicó que la carga de síntomas depresivos y alteraciones psicosociales, aumentó durante la pandemia y el confinamiento obligatorio. Un aspecto a resaltar, es que la carga de salud mental afectó desproporcionalmente, a los individuos con ingresos bajos o desempleados y con escasa educación. Situación que también se evidencio en mujeres y en la población adulta joven. Personas de 30 a 45 años mostraron una mayor prevalencia de tener síntomas ansiosos y depresivos que sus contrapartes masculinas o femeninas de mayor edad.

Otros resultados del estudio que reseñamos (38), mostraron que la prevalencia de síntomas depresivos fue del 59% (IC 95% 56,7, 61,4%), en encuestados que afirmaron tener un diagnóstico previo de trastorno mental. Casi el 35% de los encuestados, tenía indicadores relacionados a episodios depresivos mayores. Otros factores críticos asociados con una mayor carga de síntomas depresivos, fueron el menor nivel educativo, la soltería, el desempleo y la comorbilidad crónica.

2.3. Estructura teórica y científica que sustenta el estudio

No hay salud sin salud mental. Desde inicios de la humanidad, siempre ha sido más fácil tratar de entender la enfermedad, que comprender la salud. El dolor, limitaciones y muerte que produce la primera, ha llevado a muchos estudiosos a buscar remedios y

recetas para enfrentarla. Las creencias, el pensamiento mágico, lo sobrenatural y los espíritus intentaron dar respuesta al “porque enfermamos”. Mientras esto sucedía en occidente, en la antigua China se creía que la luz, el cielo, el frío, la fuerza, la humedad y otros elementos de la naturaleza, eran los que influían en la salud de sus habitantes. Así surgieron diversas teorías que trataron de explicar y describir la enfermedad y la cura. Éstas dieron paso a diversos modelos teóricos, cuyo objetivo era el de transformar la realidad en una representación, a fin de poder estudiarla de manera simple y comprensible.

A mediados del siglo XIX, el descubrimiento de los gérmenes, dio lugar al surgimiento de la “Teoría Microbiana”. Ésta alentó la causa única por la que una persona enfermaba. Su repercusión fue tal, que se intentó asociar un agente causal contagioso específico, a prácticamente todas las enfermedades conocidas hasta ese momento. Esta concepción facilitó el desarrollo de antibióticos y vacunas. Con los años, esta teoría resultó insuficiente, surgiendo otros modelos de representación de la enfermedad, que apostaban por la multicausalidad, todo lo opuesto a la causa única imperante.

La salud pública, entendida en los años 50 por la OMS, como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad, en la década de los 80 amplió su concepción, e introdujo la idea de que la persona, para tener salud, también debía desarrollar su máximo potencial. Mientras estudios epidemiológicos remarcaban, sobre todo, que la enfermedad era ausencia de salud, surgieron cuestionamientos que apuntaban a cuestionar e interrogarse en torno a, *¿por qué las personas enferman?* Para dar respuesta, a lo largo de décadas pasadas, surgieron teorías y modelos que trataron de explicar por qué enfermamos, tanto física como mentalmente.

Es a fines del siglo XIX, que el padre de la medicina en nuestro país, Hipólito Unánue, en su tratado “Observaciones sobre el clima de Lima y sus influencias”, intentó explicar el proceso de salud-enfermedad, desde un “Modelo Biologista”, también denominado “Modelo Medio-Huesped”. Unánue postulaba que el clima de Lima determinaba la salud de sus pobladores. Sostenía que, por eso en los valles de nuestra sierra, era más salubre vivir, comparándolo con otras áreas de Lima, donde se convivía con ríos o mares contaminados. En definitiva, él concluía, que era el clima el que alteraba la salud y producía enfermedad.

Con el transcurrir de los años apareció el concepto de los agentes causales, de ciertos virus responsables de las enfermedades. Esto sentó las bases que dieron lugar al “Modelo Ecológico” o “Modelo de la Triada Ecológica” a mediados del siglo XX. Esta teoría sostenía, que el denominado huésped, ósea la persona, se enfermaba por un agente -sea bacteria, insecto u otro-, en el contexto de su medio ambiente donde habitaba. Es así que, en el pensamiento de esos años, se creía que todo era tratable con antibióticos, es decir, con un agente específico que neutralice al agente causal.

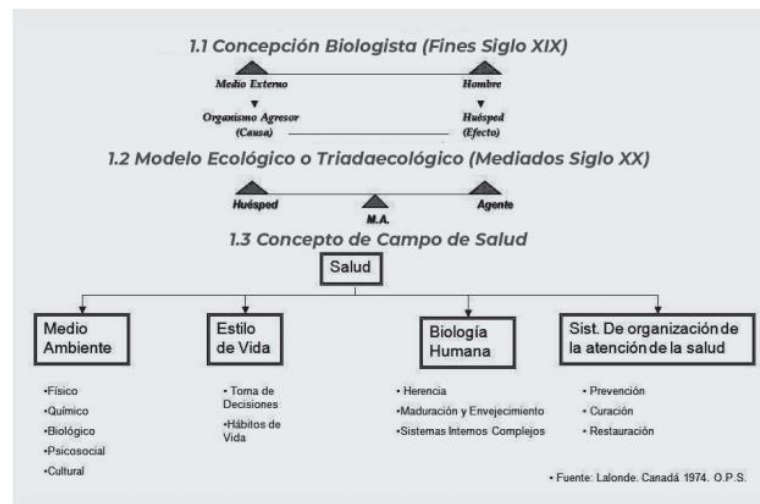


Figura 1. Evolución de las Teorías y Modelos Biologista, Ecológico y de Campo. Fuente: El concepto de campo de la salud. Lalonde. Canadá. 1974.OPS

En 1974, el informe encargado por el entonces ministro de salud de Canadá, el abogado y político Sir Marc Lalonde, concluyó que las causas de la enfermedad y muerte en la población canadiense, se debían a cuatro aspectos, que se denominaron “campos”. Es así que este valioso estudio epidemiológico, remarcó la importancia del medio ambiente, el estilo de vida, la biología humana y los servicios sanitarios. Su influencia de estos cuatro campos en la salud de las personas, según el llamado Informe Lalonde, era del 20%, 40%, 30% y 10% respectivamente. Esta teoría marcó un hito en cuanto a salud pública a nivel mundial, dando lugar al llamado “Modelo de campos de la salud”.

Según el informe original (39), en cuanto al medio ambiente éste incluía, “todos los factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano, y sobre los cuales las personas tienen poco o ningún control...”. En lo concerniente al estilo de vida, “representaban el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud, y sobre los cuales ejerce cierto grado de control...”. Asimismo, en el campo de la biología humana, el Informe Lalonde destacó que este consistía, “todos los hechos relacionados

con la salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano, y de la constitución orgánica del individuo...” Finalmente, sobre los servicios sanitarios, el informe señalaba que estos involucraban, la “cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención en salud. Incluye la práctica de la medicina y la enfermería, los hospitales, los hogares de ancianos, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de la salud, las ambulancias, el tratamiento dental y otros servicios sanitarios...”

Estos cuatro componentes del “Modelo de campos de la salud”, estaban conformados a su vez, por diversas dimensiones o aspectos, que daban origen a otros problemas de salud. Si bien es cierto que este modelo expuesto en el Informe Lalonde, era amplio en su concepción y contaba con diversas variables sociales que se interrelacionaban, fue criticado por no tener en cuenta aspectos económicos y otros determinantes sociales de la enfermedad. Cuestionamiento en parte cierto, aunque en honor a la verdad, hay que destacar algo que poco se ha difundido del informe original. Y es que éste sí mostro en su tiempo, las enormes contradicciones existentes entre la influencia de los denominados campos en la salud de las personas, y la asignación de recursos económicos que el gobierno canadiense destinaba (40).

Es así que en cuanto al medio ambiente con un 20% de influencia de enfermedad, sólo se le asignaba un 1.6% de dinero. Al campo de estilo de vida con un 40% solamente se invertía un irrisorio 1.5% del presupuesto canadiense en acciones principalmente de promoción y prevención de la salud física y mental. Mientras a los factores que englobaban la biología humana, que en un 30% eran causantes de enfermedad, recibían un 7.9% de recursos gubernamentales; aunque parezca increíble, el campo de servicios sanitarios que sólo en un 10% influía, según el Informe Lalonde, en la salud pública, recibía un exorbitante 90% de dinero público canadiense. En conclusión, este informe puso al descubierto que en Canadá el presupuesto público, estaba destinado casi exclusivamente al tratamiento y rehabilitación, más no a la promoción y prevención de enfermedades. Algo que, con los años, diversas teorías y modelos posteriores en cuanto a salud pública se refiere, han intentado corregir (39).

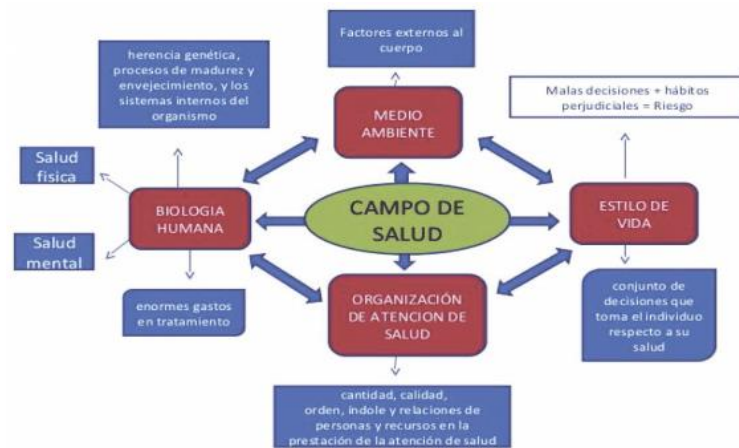


Figura 2. Modelo del campo de la salud y sus determinantes.
Fuente: Factores determinantes de la salud. Argentina. 2017

A partir de 1986, y debido a que algunos estudios remarcaron que el entorno o medio ambiente, era el componente más importante en cuanto a salud pública se refiere, se desató toda una controversia al respecto. ¿Cuál de los cuatro campos del Informe Lalonde era el más importante? Es así que en 1996 surge una publicación cuyos autores bajo el título: “¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones” (41), pretenden dar respuesta. Para lograrlo, estudian la salud basados en el concepto de grupos sociales, concluyendo que existen fuertes relaciones entre la esperanza de vida y otros ocho indicadores del estatus social de las personas, siendo éstos: Ingreso y posición social, redes de apoyo social, educación, empleo y condiciones de trabajo. También, entornos físicos, seguros y limpios, características biológicas y constitución genética, desarrollo del niño y por último, servicios de salud.

Estas teorías y sus modelos conceptuales, que a lo largo de las décadas trataron de entender el binomio salud-enfermedad, sus causas, factores y determinantes que lo producen, se vieron luego influenciadas por la Carta de Ottawa en los años 80. Ya que ésta incorporó el concepto (nuevo para ese entonces), de “promoción de la salud”, el que proponía el desarrollo de estilos de vida saludables y la creación de entornos o ambientes favorables, como factores prioritarios para la salud de las personas y su comunidad.

Es así que, en este devenir de la salud pública, surge en el 2003 en nuestro país, el Modelo de Atención Integral en Salud” (MAIS). Su objetivo era el de lograr una atención integral de calidad, orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y

rehabilitación de la salud de las personas. Este modelo surgió reconociendo grandes problemas en la oferta de los servicios sanitarios, tales como: Inequidad y deficiencias en la cobertura, falta de solidaridad, desarticulación entre los diferentes niveles de atención, ineficiencias en el sistema de salud y escasas competencias del recurso humano (42).



Figura 3. Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)

Fuente: Modelos de atención de salud en Perú. UPCH. Contextos e influencias Lima. 2013.

Es de lamentar la entonces ausencia en lo concerniente a la planificación del personal sanitario necesario, así como un perfil profesional no acorde, en cuanto a competencias se refiere, con el MAIS. Esto ocasionó que, en el 2011, el MINSA reconociera que la problemática seguía siendo la misma, que desde hace ocho años atrás. Para superar este estancamiento, propuso realizar modificaciones al modelo, a fin de garantizar una atención oportuna y de calidad, no sólo a la persona, sino también a la familia y a la comunidad. De esta forma surge el Modelo de Atención Integral en Salud basado en Familia y Comunidad” (MAIS-BFC).

Es bueno señalar que ya en el 2005, la OMS, había conformado una comisión sobre los “Determinantes Sociales de la Salud”, la cual consideró en sus conclusiones finales, que los factores estructurales y las circunstancias de la vida, eran los que constituían los determinantes sociales de la salud. Es más, y que éstos, eran las causas de las desigualdades sanitarias, entre los países y en el interior de cada país. Por otro lado, la OPS planteaba ya, la “Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas”

(APS), a fin de reducir las inequidades, y posteriormente en el 2009 como respuesta, la misma OPS propone la iniciativa de las “Redes Integradas de Servicios de Salud” (RISS)

Si bien es cierto que para alcanzar el éxito del MAIS-BFC, se elaboró un plan nacional que consideraba el desarrollo del recurso humano, la orientación del financiamiento. Así como también, las coordinaciones intersectoriales, la participación de la comunidad y la articulación de las acciones tanto a nivel del gobierno central, regional y local, este modelo tampoco tuvo buenos resultados. De la revisión y análisis posterior, tanto el MINSA como la propia OPS concluyeron, que la principal causa de la mínima implementación se debió, a la fragmentación de nuestro sistema nacional de salud.

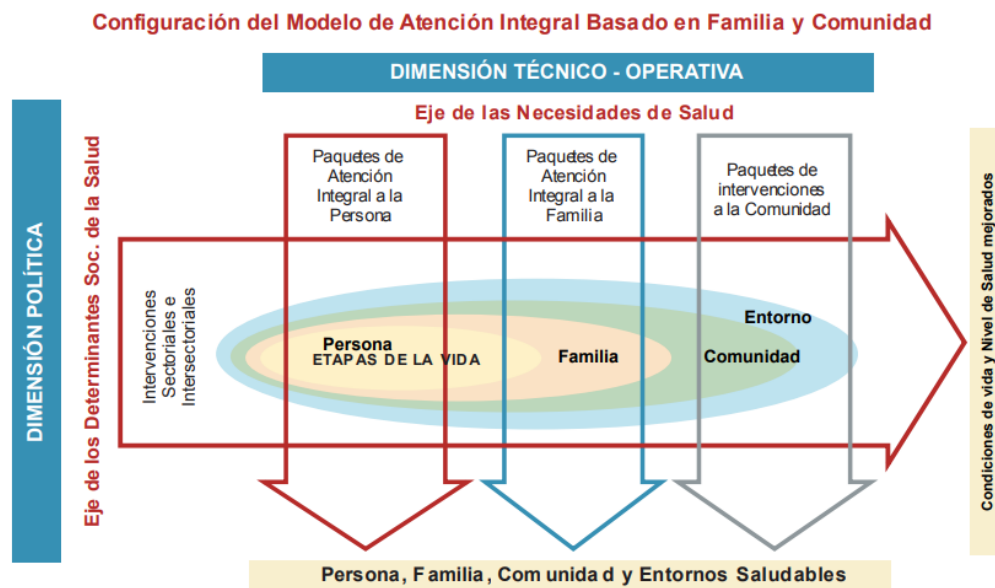


Figura 4. Modelo de Atención Integral en Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC)

Fuente: Modelos de atención de salud en Perú. Contextos e influencias. UPCH. 2013

Tanto el MAIS como el posterior MAIS-BFC, dieron lugar en enero del presente año, a la aprobación de parte del MINSA, del “Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad”, más conocido como el MCI. Modelo, -que debido a la actual emergencia sanitaria Covid 19 aún no ha podido ser implementado-, busca la atención en salud de forma oportuna, según las diferentes etapas de vida de la persona: Desde el cuidado prenatal (bebe intrauterino), del niño (0 a 12 años), adolescente (13 a 18 años), joven (19 a 29 años), adulto (30 a 59 años), y

adulto mayor (más de 60 años). Igualmente considera el MCI, el cuidado integral de la familia, según el ciclo o estadio en que se encuentre: Formación, expansión, dispersión y contracción (43).



Figura 5. Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)

Fuente: Documento Técnico. Modelo de Cuidado Integral de Salud. MINSA. Perú. 2020.

Finalmente, la evolución de estas teorías u modelos que sustentan nuestra investigación, han ido evolucionando según los avances científicos, en cuanto a salud pública se refieren. Su implementación en nuestro país, va a seguir mostrando escasos e incipientes resultados, mientras no se corrijan las graves deficiencias de nuestro Sistema de Salud en el Perú. Mientras siga siendo un sistema segmentado (diversos actores), fraccionado (no está articulado), desorganizado (falta de rectoría), descentralizado (débil poder decisorio), fuertemente politizado (no prima lo técnico) y mayoritariamente corrupto (en su interior y exterior), cualquier teoría o modelo que se proponga, estará condenada al fracaso.

2.4. Definición de términos básicos

2.4.1 Pobreza monetaria.

Es la cuantificación de la pobreza considerando la valorización del gasto en consumo, es decir, sin considerar otras dimensiones no monetarias, como la desnutrición, necesidades básicas insatisfechas, exclusión social y otras (44).

2.4.2 Indicador de bienestar

Es el componente principal para la medición de la pobreza, por el método monetario, se refiere al gasto como indicador referencial del bienestar (44)

2.4.3 Pobreza multidimensional

Concepto más integral del fenómeno de la pobreza, cuyo instrumento, el Índice de Pobreza Multidimensional (PMD por sus siglas en inglés), fue desarrollado en el 2010, por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Considera diferentes aspectos asociados a las condiciones de vida de las personas, y no sólo el ingreso per-cápita mensual. Las dimensiones incluidas son idiosincráticas, es decir, que varían entre los países, según lo que individualmente establezcan para obtener un mínimo de bienestar social para su población. La pobreza multidimensional incluye cuatro dimensiones: Educación, salud, trabajo y seguridad social y vivienda. A su vez, cada dimensión está compuesta por tres indicadores específicos de bienestar. Según este modelo multidimensional, se define como pobre, a toda persona que posea carencias en al menos tres de los 12 indicadores de bienestar (45).

2.4.4 Equidad en salud

Implica que, idealmente, todos los individuos deberían tener las mismas oportunidades de alcanzar su potencial relacionado a salud. Por lo tanto, se desprende que la equidad se refiere a crear igualdad de oportunidades para el acceso a la salud y reducir las disparidades al nivel más bajo posible en ese ámbito (46).

2.4.5 Posición socio-económica

Incluye los recursos materiales y sociales, así como la posición o estatus en una jerarquía social. El estatus social surge y resulta de un determinado entorno social y son generadas por él, variando de una sociedad a otra (46).

2.4.6 Sistema de salud

Conjunto de mecanismos cuyo fin principal es favorecer, restablecer o conservar la salud de los individuos. Comprende los recursos humanos y la capacidad instalada, que se establece a través de un proceso administrativo y de una tecnología médica. Su objetivo es proporcionar beneficios integrales de salud en calidad y cantidad

suficientes e idóneos para satisfacer las necesidades del servicio a un costo que esté acorde con los recursos económicos disponibles (47).

2.4.7 Determinantes sociales en salud

Son las condiciones en las cuales los individuos nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud que influye en el bienestar sanitario de las personas. Dichas condiciones se dan como consecuencia de la distribución de ingresos, poder y recursos a nivel global, nacional y local, que a su vez están subordinados a las políticas públicas implantadas en cada jurisdicción (48).

2.4.8 Problemas psicosociales

Corresponde a cambios en la estructura y dinámica de las relaciones desarrolladas entre los individuos, así como entre estos y su medio ambiente, como, por ejemplo, la disolución familiar, la desintegración comunitaria, la ruptura del vínculo social, la discriminación, la violencia, entre otros (16).

2.4.9 Trastorno mental

Es una condición patológica que se presenta en un individuo y afecta el pensamiento y la conducta, el funcionamiento corporal, la personalidad y la integración en el ámbito social; todo ello de manera temporal o permanente y con diversos grados de intensidad (16).

2.4.10 Trastorno mental grave

Es un trastorno mental evolutivo a largo plazo, cuya gravedad afecta significativamente en el pensamiento, emociones, comportamiento, con una duración superior a dos años, o un marcado deterioro progresivo del funcionamiento durante los últimos seis meses, manifestado por el retraimiento social que presente el riesgo de una evolución hacia el largo plazo. Se encuentra asociado a discapacidad y dependencia psicosocial, que perturba sus relaciones familiares, laborales y sociales, requiriendo cuidados y servicios prolongados o frecuentes (16).

2.4.11 Trastornos de ansiedad

Grupo de trastornos en los que la ansiedad es causada única o principalmente por condiciones bien definidas, que generalmente no son fuente de amenaza. Por lo tanto, estas situaciones a menudo se pueden evitar, o son sobrellevadas

con miedo. La intranquilidad del paciente puede encauzarse en síntomas específicos, como palpitaciones o mareos, y con frecuencia se vinculan con miedos secundarios a la muerte, a la pérdida de control y a la locura. La anticipación de estar en una situación aterradora a menudo crea ansiedad por adelantado. El pavor, la ansiedad y la depresión coexisten frecuentemente. Respecto a otros tipos de este trastorno, como en el de ansiedad generalizada, la manifestación de ansiedad es el indicador predominante y no se ve limitado a una situación concreta presente en el entorno. Pueden presentarse, además, síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos signos de ansiedad fóbica, siempre que sean claramente secundarios o de menor gravedad (49)

2.4.12 Trastornos de personalidad y del comportamiento

Esta clase de trastornos incluye una variedad de rasgos y estados conductuales clínicamente significativos, que a menudo son persistentes y parecen ser una expresión característica del estilo de vida de un individuo y de las formas que tiene de relacionarse con los demás y con él mismo. Algunas de estas alteraciones y rasgos de comportamiento tienen una manifestación en el desarrollo individual de las personas de manera temprana, y son el resultado de factores constitucionales y de experiencias de índole social, mientras que otros se adquieren más tarde a lo largo del curso de la vida. Los trastornos específicos conciernen a afecciones severas de la personalidad y de las tendencias conductuales de una persona, que no son causados como resultado directo de algún trauma, lesión en el cerebro, enfermedad o de otro tipo de trastorno psiquiátrico. Con frecuencia suelen afectar varios aspectos de la personalidad. A menudo se relacionan con un nivel de angustia significativo y una vida social con desajustes. Comúnmente, comienzan desde la niñez o la adolescencia y continúan hasta la edad adulta (49)

2.4.13 Depresión o episodio depresivo

En los episodios típicos de depresión leve, moderada o severa, el paciente sufre un decaimiento del estado de ánimo, una disminución de energía y se torna menos activo. Además, el disfrute, el interés y la capacidad de concentración se ven afectados y puede producirse fácilmente una fatiga notable, incluso después de llevar a cabo alguna acción de esfuerzo mínimo. A menudo se altera el sueño y se ve disminuido el apetito. Con frecuencia la autoestima y la confianza en sí mismo flaquean, y mayormente surgen pensamientos de culpa o de inutilidad, así sean de carácter leve. El estado de ánimo abatido cambia poco de un día al otro, no se adapta al entorno y puede ir de la mano de

lo conocido como síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y las sensaciones agradables, el despertarse horas antes de lo usual por las mañanas, el agravamiento de la depresión matutina, una pronunciada lentitud en la actividad psicomotora, la agitación y la falta de apetito, pérdida de peso y reducción de la libido. El episodio depresivo puede ser catalogado como leve, moderado o grave, en base a la gravedad y número de sus síntomas (49).

2.4.14 Trastorno depresivo

Es un trastorno que se caracteriza por presentar episodios recurrentes de depresión, como el señalado anteriormente, sin otros episodios en los que se hubiese identificado aumento del estado de ánimo y de la energía (manía). Sin embargo, pueden ocurrir episodios de corto plazo de leve elevación del ánimo e hiperactividad (hipomanía), inmediatamente después de un episodio de depresión, los cuales, en algunos casos, se generan como resultado de un tratamiento con antidepresivos. Las formas más críticas de trastorno depresivo recurrente tienen mucho en similitud con afecciones primarias, como las de depresión maníaco-depresiva, melancolía, depresión endógena y depresión vital. El primer episodio puede tener su aparición a cualquier edad, desde la niñez hasta la vejez, y el inicio de este puede ser agudo o insidioso, y permanecer de semanas a meses. El riesgo de aparición de episodios maníacos en pacientes con trastorno depresivo recurrente nunca desaparece por completo, sin importar cuántos episodios de depresión se experimenten (49).

2.4.15 Centro de salud mental comunitario (CSMC)

Es un establecimiento médico profesional I-3 o I-4, o de categoría equivalente. Brinda servicios psiquiátricos especializados para niños, jóvenes, adultos y ancianos. Además, ofrece servicios profesionales en el campo de las adicciones, participación social y comunitaria, así como también servicios de farmacia. Ejecuta procesos con el fin de brindar atención ambulatoria especializada a personas que padecen trastornos mentales y/o problemas de índole psicosocial en su jurisdicción; y contribuir de esta manera con el fortalecimiento de los establecimientos de atención primaria de salud mental a través de mejoras tecnológicas y trabajo en red (16).

2.4.16 Promoción de la salud mental

Es un proceso social, político y cultural, que se lleva a cabo desde la perspectiva del desarrollo humano. Se centra en la atención de la salud mental para

maximizar el disfrute y el bienestar mutuo de los individuos y su comunidad. Para lograrlo, se hace necesaria una contribución organizada de la ciudadanía con el objeto de compartir la responsabilidad con otras instituciones estatales y organizaciones sociales locales (16).

2.4.17 Prevención de trastornos mentales

Son intervenciones que se encuentran dirigidas a subgrupos de población que presentan riesgos considerablemente mayores de desarrollar trastornos mentales, en comparación al resto de individuos; esto sobre la base de evidencia reconocida de riesgo psicológico o social (16).

2.4.18 Historia clínica

Es un documento médico legal con carácter de registro que puede estar escrito a mano, electrónicamente o computarizado, que almacena datos de identificación y procedimientos relacionados con la atención individual de cada paciente, de manera organizada, completa, continua e inmediata al servicio especializado que el médico u otros profesionales de la salud ofrecen al paciente y que son debidamente autorizados por los mismos a través de la firma manuscrita o digital de estos (50).

2.5. Fundamentos teóricos que sustentan el estudio

El “tratamiento moral” fue una teoría que surgió a fines del siglo XVIII en Europa. Su influencia fue tal, que abarcó a otros continentes hasta mediados del siglo XIX. Ésta significó todo un cambio en torno a la concepción y tratamiento de la enfermedad mental, oponiéndose a la teoría imperante en esa época, de que el “loco” era un ser absolutamente irracional. Carente de comunicación alguna, un sujeto reducido a la animalidad. Para controlarlo, la autoridad sanitaria debía ejercerse sobre el “loco”, el tenerlos encadenados en un manicomio era la solución (48). Mientras esto sucedía en Italia y Francia principalmente, de la mano de Philippe Pinel, Vincenzo Chiarugi y de Jean-Baptiste Pussin, en 1857 en Lima, fue nombrado el médico José Casimiro Ulloa, director del Hospital de San Andrés. Establecimiento que contaba desde 1552, época del Virreinato del Perú, con un área destinada a los enfermos mentales.

Ya como director Casimiro Ulloa, imbuido en el espíritu reformista que había visto en Inglaterra y Francia, fue quien primero en denunciar y emprender, una campaña a favor de los enfermos mentales. Es así que una nueva teoría caló en la sociedad limeña de ese

entonces, creándose en el barrio del Cercado, el Hospital Civil de la Misericordia, a cargo de la Sociedad de Beneficiencia. La teoría del “tratamiento moral” había llegado a nuestro país., aunque con más de 50 años de retraso. Lo publicado por esos años en el diario El Comercio es revelador: “Amantes e infelices, que yacían casi entregados a sí mismos en inmundas y repugnantes celdas, en este nuevo hospicio serán tratados desde hoy, con todas las atenciones que su triste estado requiere, y recibirán los cuidados de médicos que se dedicarán exclusivamente a su curación” (51).

Posteriores avances, dieron paso al desarrollo de la teoría del “tratamiento diferenciado”, la cual llevó a Casimiro Ulloa, a dividir la población hospitalaria en cinco llamados cuarteles: Locos tranquilos y dementes, los excitados periódicamente, los idiotas, epilépticos e inmundos. También los agitados, y por último, el cuartel con celdas para los furiosos. Sólo así, se podría lograr un tratamiento mental que diera algún resultado favorable para la persona. Al fallecer en 1891 este gran referente de la salud mental en nuestro país, es reemplazado por el médico Manuel Antonio Muñiz. Pero la gran cantidad de enfermos mentales y el creciente hacinamiento en sus instalaciones, lleva a Muñiz, desde su llegada, a afirmar, que “el local no es ni siquiera apropiado para casa de reclusión”. También hizo eco de la teoría imperante, al destacar su preocupación por dividir en ambos sexos, a los indigentes de los pensionistas, los sucios de los aseados. Asimismo, a los furiosos de los tranquilos, a los ociosos de los trabajadores, a los atacados por enfermedades contagiosas de los sanos. De esta forma el nuevo director concluye, al afirmar que, de no ser así, y de continuar con ese hacinamiento en un solo grupo, no sólo se estaría dando un trato inhumano a los enfermos mentales, sino también repugnante.

Ambas teorías, tanto la del “tratamiento moral”, como la del “tratamiento diferenciado”, se enmarcaban por esas décadas, dentro de un “modelo de encierro”, que, por desgracia en nuestra Lima de esos años, congestionaron el único manicomio (así llamado) existente no en Lima, sino en todo nuestro país. Al enfermo mental, para tratar de curarlo, había que encerrarlo, aislarlo. Algunos “entendidos” por esos años, inclusive sostenían que el “aislamiento o secuestro en los asilos, era sin dudas el más competente factor de curabilidad”. Es más, mientras más temprano se le recluyese, mejores resultados de “cura” podían obtenerse. Lamentablemente, una sociedad temerosa de la amenaza de ataque del enfermo mental peligroso, incentivó que, a partir de la segunda mitad del siglo XIX, ocurriera un hecho sin precedentes: La policía se dedicó al internamiento de forma indiscriminada, en el manicomio de Lima, no sólo de “locos” y

pobres “orates callejeros”, sino también de toda persona que perturbase el “orden público”. Al extremo, que, según cronistas de ese entonces, afirman que, de cada cinco arrestados, cuatro eran alcohólicos (52).

La muerte de Muñiz en 1897 y el creciente hacinamiento de la población manicomial, significó el regreso a las teorías ya superadas, en torno al uso de jaulas y grilletes, como parte del “tratamiento” y contención del enfermo mental. El “modelo del encierro”, hacía peligrar el tratamiento curativo, convirtiendo al hospital o nosocomio, también mal llamado manicomio, en un “domicilio de lunáticos incurables”, situación histórica que se repetía en nuestro país, tal como también sucedió, en algunas ciudades de Irlanda e Inglaterra allá por 1851.

Al inaugurarse en 1918 del Asilo Colonia de la Magdalena (que desde 1930 fue denominado Hospital “Víctor Larco Herrera”), muchos creyeron en el regreso del énfasis al buen trato del enfermo mental. La teoría del “tratamiento moral”, al parecer, había arribado de nuevo al Perú. Sin embargo, la política de incesantes internamientos, debido a que era el único hospital psiquiátrico en nuestro país, lo llevo a una sobrepoblación, a tal extremo que se afirmaba que ese hospital más “parecía un campo de concentración”. A este hacinamiento se sumaba, una emergente pobreza en nuestra sociedad y unos escasos de inversión pública en salud mental de parte de nuestras autoridades: Mientras que en el Hospital “Larco Herrera” se gastaba 55 soles diarios por enfermo, en el Hospital del Obrero llegaba a 300 soles, y en el Hospital del Empleado, superaba los 500 soles al día por paciente hospitalizado. Posiblemente acá están los inicios, de esa salud mental vista hasta la actualidad, como “la última rueda del coche”, como el “patito feo” de la película, que mencionamos al inicio de nuestra investigación.

Si bien es cierto el avance científico y la aparición de los antipsicóticos y demás psicofármacos, permitieron que a partir de 1950 surgiera en nuestro país, la teoría y por ende el “modelo psiquiátrico”, a nivel mundial aparecieron, interesantes cuestionamientos. Uno de estos fue el “movimiento anti psiquiátrico” o la antipsiquiatría que, desde antes de 1967, criticó la medicalización de los problemas y el confinamiento de los enfermos mentales en hospitales psiquiátricos. Propugnando por el no internamiento del paciente, a fin de que su tratamiento se dé inmerso en su familia, comunidad y sociedad. Otros estudiosos a nivel internacional, se enfrascaron por encontrar las relaciones existentes entre la pobreza y las desigualdades en salud. Es así

que, en 1980, se presenta en Inglaterra el llamado “Informe Black”, que dio origen a la teoría de las “desigualdades en salud”, el cual mostró por primera vez, las marcadas diferencias en cuanto se refiere a salud, según las clases ocupacionales (luego denominadas sociales). Dentro de sus 37 recomendaciones, la mejora en los servicios sanitarios y la inversión en infraestructura de salud (no sólo mental), propiciaron un gran debate (53).

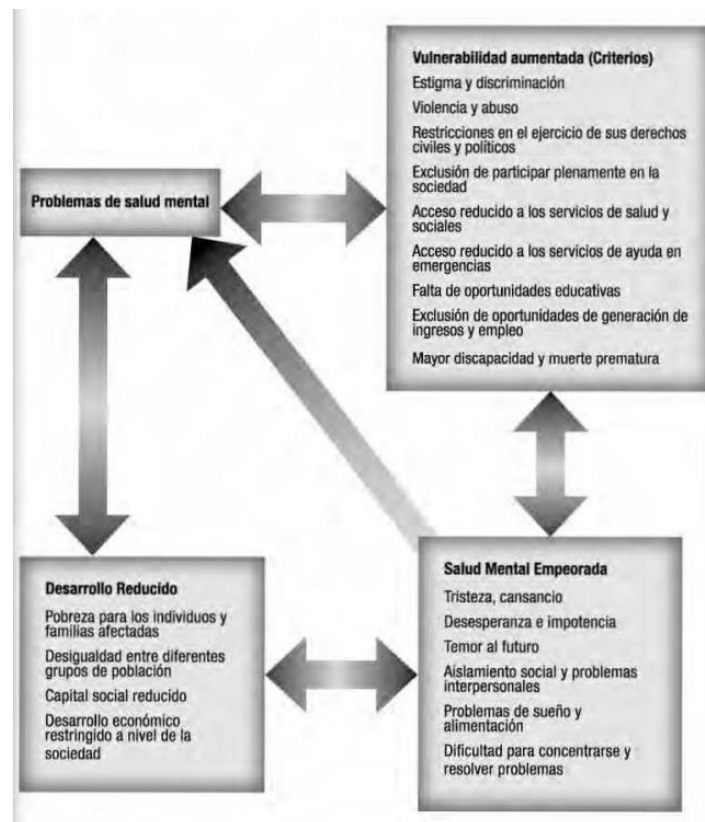


Figura 6. Relaciones entre la vulnerabilidad, los problemas de salud mental y los resultados adversos del desarrollo. Fuente. Salud mental y desarrollo. Poniendo el objetivo en las personas con problemas de salud mental. OMS, 2010

Posteriores investigaciones longitudinales en Inglaterra, con seguimiento de cerca de 15 años en más de 17 mil personas, llevaron a Whitehall, a poner en entre dicho la teoría de la “gradiente social”. A través de sus dos estudios publicados entre 1982 y el 2007, determinó que las personas de niveles más bajos, tenían cuatro veces más posibilidades de morir, que los estresados funcionarios y ejecutivos pertenecientes a niveles sociales más altos. Remarcando Whitehall, que las desigualdades en salud afectaban a las personas más pobres, en cuanto acceso, atención, tratamiento y recuperación se refiere (54).

Estas teorías que confluyeron a lo largo de décadas, en torno a un “modelo hospitalocéntrico” en nuestro país, y sobre todo, recogiendo las recomendaciones dadas

por la OMS en la Declaración de Alma-Ata en 1980, llevaron a replantear nuestro sistema nacional de salud en su conjunto. Los postulados de esta Conferencia Internacional en Kazajistán, sobre la importancia de este nuevo paradigma de la Atención Primaria de Salud, activo a que, en el 2010, nuestro país optara por el fortalecimiento del primer nivel de atención en salud. Considerándolo como la puerta de entrada y primer contacto de la población, con el sistema de salud, conformado por puestos y centros de salud debidamente categorizados entre el I-1 al I-4. Estos establecimientos serían a partir de la fecha, los llamados a garantizar el acceso equitativo (el que desde 1980 denunció el Informe Black y posteriormente Whitehall), a toda la población que requiera, de los servicios de salud física y mental, esenciales y de manera integral.

Bajo este marco donde coexistieron diversas teorías explicativas, en los últimos años nuestro país puso énfasis, en la “Atención Primaria en Salud Renovada” (APSR). Principalmente en actividades de promoción, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de atención en salud. Las que, según cifras del MINSA, representan entre el 70% y el 80% de la demanda de nuestro sistema sanitario (55). Esta APSR, fue consecuencia no sólo de los aportes de estudios que concluyeron en la importancia de los “Determinantes Sociales de la Salud”, sino también estuvo inmersa en el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) que nuestro país implementó desde el 2003. Posteriores propuestas como la del 2011 en torno al Modelo de Atención Integral en Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS- BFC), así como el recientemente promulgado (marzo del 2020), Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI), también consideran como elemento central esta APSR.

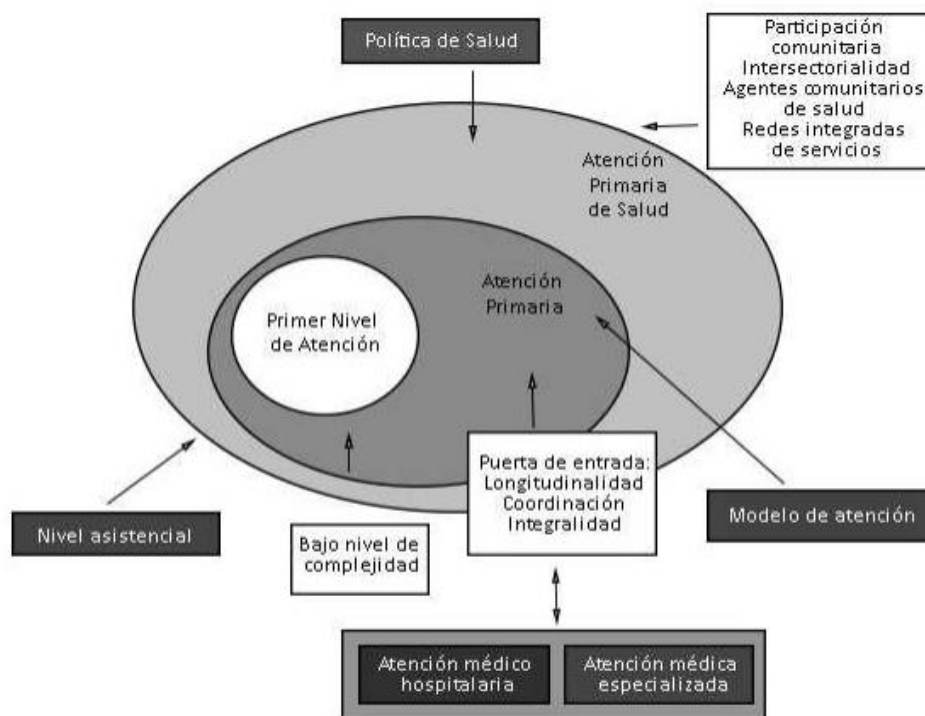


Figura 7. Delimitación de la Atención Primaria en Salud Renovada en relación al Primer Nivel de Atención en Salud. Fuente. Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. Revista cubana de salud pública. N°43 (3). 2017.

Finalmente, es a raíz de estas teorías y modelos explicativos en torno a la atención en salud (56), es que surgen en el 2017, los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC), a fin que las personas accedan directamente al primer nivel de atención, en cuanto a problemas y trastornos mentales se refiera. Y lo que es también digno de destacar, es que, en mayo del presente año, se aprobó la conformación y el funcionamiento de las denominadas Redes Integradas de Salud (RIS) (57). Versión reciente de las creadas en el 2013, bajo el nombre de Redes Integradas de Atención Primaria de Salud. Sólo resta señalar, que el principal objetivo de estas nuevas RIS, es el de proveer a la población de un conjunto de servicios de salud integrales, e integrados a nivel de todos los establecimientos de salud, sea cual fuese su categorización.

2.6. Hipótesis

2.6.1 Hipótesis general

HG. Existe asociación entre pobreza y trastornos de ansiedad, de personalidad y depresión en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022

2.6.2 Hipótesis específicas

H1. Existe alto nivel de pobreza en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022.

H2. Existe alto nivel de trastornos de ansiedad, de personalidad y depresión en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022.

H3. Existe asociación entre pobreza y trastornos de ansiedad en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022.

H4. Existe asociación entre pobreza y trastornos de la personalidad en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022.

H5. Existe asociación entre pobreza y depresión en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022.

2.7 Variables de estudio

A continuación, y previa a la Matriz de Operacionalización de Variables (2.7.1), se procederá a definir conceptualmente y de manera operacional cada una de las cuatro variables de estudio: pobreza, trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad y depresión. Luego se mencionarán las tres variables intervinientes: sexo, edad y nivel educativo.

V1. Pobreza.

Como definición conceptual, la pobreza puede ser definida como la privación de capacidades básicas y no meramente como una la falta de ingresos económicos, monetarios o de dinero. Vivir en pobreza, es aquella persona que solo puede escoger entre muy pocas alternativas -sea porque no está capacitada, o no tiene la educación necesaria-, es decir, que es una persona no suficientemente libre para tomar sus propias decisiones (58). Como definición operacional para nuestro estudio, la pobreza tiene connotaciones carenciales en términos de exiguos ingresos económicos, trabajos esporádicos en el sector informal, carencia o dificultades en el acceso a servicios de

educación y salud (con predominancia en la salud mental). También con limitaciones en los servicios básicos de agua, alcantarillado y energía eléctrica; dificultades y pérdida de horas-hombre en el transporte público y casi nulos espacios de recreación, ocio, cultura y deporte.

V2. Trastornos de ansiedad

Definida conceptualmente como el temor, miedo, zozobra, como un estado emocional, inmediato y modificable, que presenta una persona ante situaciones que le es difícil identificar. Esto le genera estados reactivos a nivel cognitivo, conductual y fisiológico, alterando y siendo muchas veces, un factor incapacitante para la persona quien la sufre, tal como lo señalan Caballo, Salazar y Garrido (59). A nivel operacional, la ansiedad es un temor a algo difuso, no identificable y que altera la vida emocional de la persona. Situación que le resta tranquilidad, energía y le consume tiempo en pensar y no encontrar explicación alguna, ante imágenes e ideas recurrentes que se presentan de manera no voluntaria en la persona ansiosa.

V3. Trastornos de la personalidad

Conceptualmente son rasgos o patrones persistentes -por lo general hereditarios o genéticos-, de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y uno mismo, que la persona quien padece este trastorno presenta, ante diversos contextos sociales o a nivel individual. Por lo general son rasgos inflexibles, desadaptativos, omnipresentes, de aparición en etapas infantiles, muy resistentes al cambio; y que con el transcurrir de los años, tienden a agravarse, hacerse más intensos en la persona, originando cuadros de deterioro explícito y de enorme sufrimiento interno, tal como lo definen Esbec y Echeburúa (60). Operacionalmente son un conjunto de trastornos que alteran toda la identidad de la persona, causándole problemas en sus interrelaciones sociales, inclusive hasta en su propio auto aislamiento, debido a su bajo nivel de tolerancia y control de impulsos.

V4. Depresión

La depresión es un trastorno complejo, etiológicamente multi determinado y clínicamente heterogéneo, sus manifestaciones psicopatológicas se relacionan con la personalidad y que depende de la interacción entre factores genéticos y ambientales, precisan Botto, Acuña y Jiménez (61). Como definición operacional, el trastorno depresivo se caracteriza por un estado de desánimo, tristeza, apatía, como estar desmotivado y no querer hacer algo. Sentimientos y emociones que producen alteraciones tanto en la vigilia como en el sueño.

Variables intervinientes

Como variables intervinientes en la presente investigación, se consideran al sexo (hombre o mujer), edad (comprendida entre los 30 y 59 años, 11 meses y 29 días) y el nivel educativo (primaria, secundaria o superior). A continuación, se presenta la Matriz de Operacionalización de Variables.

2.7.1 Matriz de operacionalización de variables

Variable de Estudio	Definición conceptual	Dimensiones	Clasificación	Forma de medición	Tipo de respuesta	Escala de medición	Indicador	Instrumento	Ítem
V1. Pobreza	Se consideran otras dimensiones de la pobreza: vivienda, servicios básicos, salud, educación, empleo y otras.	Pobreza económica Pobreza multidimensional	Cualitativa o categórica	Indirecta	Índice de pobreza económica	Nominal	Cuantificación de la pobreza considerando la valorización del gasto en consumo. Solo en su dimensión económica.	Encuesta Nacional de Hogares Historia Clínica Reportes CSMC SC	2.7.1
V2. Trastornos de Ansiedad	Se consideran preocupaciones, problemas, miedos, temores, falta de tranquilidad emocional, que inquietan a la persona.	<ul style="list-style-type: none"> • Por separación • Ansiedad específica • Ansiedad social • Trastorno de angustia • Generalizada Otros tipos	Cualitativa o categórica	Indirecta	Síntomas y criterio diagnóstico	Ordinal	Situaciones que la persona evita por temores definidos o no, y que le causan reacciones psicósomáticas	CIE-10 Clasificación Internacional de Enfermedades Historia Clínica Reportes CSMC SC	2.7.2
V3. Trastornos de la personalidad	Comportamientos o ideas que causan problemas y conflictos en	<ul style="list-style-type: none"> • Paranoide • Esquizoide • Disocial • Histriónico 	Cualitativa o categórica	Indirecta	Síntomas y criterios diagnóstico	Ordinal	Afecciones y rasgos que alteran significativamente tanto el pensamiento	CIE-10 Clasificación Internacional de Enfermedades	2.7.3

	sus relaciones sociales.	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsivo • Límite <p>Otro</p>					como la conducta de la persona.	Historia Clínica Reportes CSMC SC	
V4. Depresión	Tristeza, decaimiento en el ánimo, melancolía y que origina pesimismo y carencia de voluntad para realizar labores cotidianas.	<ul style="list-style-type: none"> • Episodio depresivo leve • Moderado • Grave sin síntomas psicóticos • Sin síntomas psicóticos <p>Otros episodios depresivos</p>	Cualitativa o categórica	Indirecta	Síntomas y criterio diagnóstico	Ordinal	Episodios leves, moderados o graves, donde la persona pierde el interés por la vida, decayendo su autoestima.	CIE-10 Clasificación Internacional de Enfermedades Historia Clínica Reportes CSMC SC	. 2.7.4
Sexo	No aplica	No aplica	Masculino Femenino	Directa	Dicotómica	Ordinal	Genitalidad	ENAH HC-Reportes	2.7
Edad	No aplica	No aplica	Intervalo de edades	Directa	Politómica	Ordinal	Años de vida	ENAH HC-Reportes	2.7
Nivel educativo	No aplica	No aplica	Primaria Secundaria Superior	Directa	Politómica	Ordinal	Años de estudio	ENAH HC-Reportes	2.7

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo, método y diseño de la investigación

Siendo consciente de los diferentes enfoques y terminología metodológica existente entre diversos autores, hemos optado por la clasificación dado por Argimòn y Jiménez (62).

3.1.1 Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo descriptiva correlacional o de asociaciones cruzadas, ya que pretende observar y caracterizar como es una realidad, estableciéndose las posibles asociaciones entre sus cuatro variables de estudio.

3.1.2 Método de investigación

Se ha empleado el método transversal retrospectivo, al ser medidas las variables en un momento determinado y por una sola vez, siendo nuestra investigación posterior a los hechos, al ya con anterioridad, haberse dado éstos.

3.1.3 Diseño de investigación

El diseño de nuestro estudio es no experimental, ya que no se manipula alguna variable, no pudiéndose determinar la relación existente entre causa y efecto.

3.2. Población y muestra

3.2.1 Población diana

Nuestra población referencial y aquella a la que deseamos generalizar los resultados, está conformada por todas las personas que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia”, del Callao. Y que han recibido consulta y/o tratamiento en uno o más de los cinco servicios que ofrece: Servicio de prevención y control de problemas y trastornos de la infancia y adolescencia. Servicio de prevención y control de problemas y trastornos del adulto y adulto mayor. Servicio de prevención y control de adicciones. Servicio de participación social y comunitaria y Servicio de farmacia.

3.2.2 Población de estudio

Está conformada por 2,399 adultos de 30 a 59 años, 11 meses y 29 días debidamente registrados, a través de historias clínicas, que han acudido a consulta y/o tratamiento en el período comprendido de enero del 2017 a julio del 2022, en el Servicio de prevención y control

de problemas y trastornos del adulto y adulto mayor, del Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia”, del Callao.

3.2.3 Muestra

Debido a la disponibilidad de la información recogida en los informes estadísticos proporcionados, la muestra incluyó toda la población, conformada por 2,399 pacientes, hombres y mujeres atendidos en el Servicio de prevención y control de problemas y trastornos del adulto y adulto mayor del CSMC “Sarita Colonia”, cuyas edades estuvieron comprendidas entre los 30 a los 59 años, 11 meses y 29 días. Pacientes con historias clínicas bien elaboradas y que, de manera no aleatoria, y en la medida que se nos permitió tener acceso, fueron cotejadas con los reportes obtenidos.

3.2.3.1 Criterios de inclusión

Hombres y mujeres, cuyas edades estén comprendidas entre los 30 y 59 años, 11 meses y 29 días, que posean adecuadas historias clínicas no mayores a cinco años y medio de antigüedad, y que hayan concurrido para consulta y/o tratamiento al Servicio de prevención y control de problemas y trastornos del adulto y adulto mayor del Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia”, del Callao; y cuyo diagnóstico este referido a trastornos de ansiedad, de personalidad o depresión.

3.2.3.2 Criterios de exclusión

Hombres y mujeres menores de 30 o que hayan cumplido 60 años de edad, que posean inadecuadas historias clínicas, o cuya antigüedad sea mayor a los cinco años y medio, que no hayan recibido consulta y/o tratamiento en el Servicio de prevención y control de problemas y trastornos del adulto y adulto mayor del Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia”, del Callao; y cuyo diagnóstico no este referido a trastornos de ansiedad, de personalidad o depresión.

3.2.3.3 Criterios de eliminación

Aquellos pacientes que no figuren en los reportes estadísticos o cuyas historias clínicas sean defectuosas o contradictorias tanto en el llenado de información, como en su verosimilitud, y las que no cumplan con los estándares mínimos normados por la autoridad competente.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

A fin de contar con la autorización para la recolección de datos e información, el presente estudio fue expuesto ante el Comité de Ética para la Investigación, de la Dirección Regional de Salud del Callao (DIRESA Callao). Estuvo conformado por cinco médicos, que aprobaron su ejecución, mediante Constancia N°002-2022-COMITÉDEÉTICA/UI/DIRESACALLAO. Posteriormente se hicieron las coordinaciones respectivas con la jefatura del CSMC Sarita Colonia, quien, a su solicitud, y contando con la aceptación de la dirección de la Red Bonilla-La Punta del Callao, se procedió a efectuar una exposición ante la jefatura y todo el personal administrativo y sanitario del CSMC Sarita Colonia.

Una vez obtenidos los permisos y autorizaciones, y en coordinación con la Oficina de Informática y Archivo de Historias Clínicas del CSMC Sarita Colonia, iniciamos el recojo de la información. Principalmente se obtuvieron datos de Reportes Estadísticos de Salud Mental, también de Reportes de Morbilidad Adulta, haciendo uso del Sistema de Información Open Data del Ministerio de Salud- MINSA y de la DIRESA Callao. Asimismo, la información contenida en las historias clínicas en el período comprendido de enero del 2017 a julio del 2022, fue de gran utilidad, ya que proporcionaron no sólo tipos de trastornos mentales, sino datos socioeconómicos como el sexo, edad, nivel educativo principalmente.

Para corroborar y estimar los datos de niveles de pobreza, ingresos económicos y ocupaciones de las personas que acudían a consulta en el CSMC Sarita Colonia, fue de enorme utilidad el empleo de cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI, y de la última Encuesta Nacional de Hogares ENAHO. También se accedió a información consignada en el Plan de Desarrollo Urbano del Callao al 2021 del Gobierno Regional del Callao. Finalmente, de forma aleatoria se corroboró la información en las historias clínicas que cumplían no sólo con los criterios de inclusión de la investigación, es decir, sólo se tuvieron en cuenta, las historias clínicas que cumplían con los parámetros y especificaciones contempladas en la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. Requisitos aprobados por Resoluciones Ministeriales y posteriores modificatorias del MINSA, según las normas técnicas de salud N°139, 214 y 265 del 2018 (47).

Es bueno señalar que el presente estudio, no utilizó ningún instrumento validado de medición, ya que empleó sólo técnicas de revisión documental, aplicadas en reportes estadísticos informatizados, historias clínicas manuales y digitalizadas y en estadística de encuestas del INEI a nivel de Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao.

3.4. Descripción de procedimientos de análisis

Una vez obtenida la información, mediante el recojo de datos correspondientes a los reportes estadísticos oficiales, y la corroboración aleatorizada de las historias clínicas -que cumplieran con la normatividad en cuanto a llenado, veracidad de la información y criterios de inclusión, del Centro de Salud Mental Comunitario Sarita Colonia; como operaciones previas al ingreso de datos a la computadora, se realizó una evaluación y limpieza de datos. Se revisó su cantidad, la verosimilitud de la información y demás aspectos. Luego se efectuó una codificación de los datos, para finalmente iniciar el proceso de ingreso de éstos a la computadora, haciendo uso del programa informático Excel.

Para el procesamiento de toda la información y datos obtenidos, se utilizó como soporte informático, el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS (por sus siglas en inglés) versión 26. Una vez ingresada la información correspondiente en la base de datos, la cual fue creada y debidamente procesada de acuerdo a los objetivos de nuestra investigación, para luego corroborarlo con las hipótesis planteadas, aplicando las herramientas tanto de la estadística descriptiva, como también de la estadística inferencial. Es así que se hizo uso de tablas y gráficos, calculando tasas, razones y proporciones para las variables cualitativas.

En vista de que se trabajó con toda la población, cuyo número de 2,399 pacientes corresponden también a la muestra, se aplicaron técnicas de la estadística inferencial y sus herramientas principales, tales como la prueba de normalidad para identificar las fórmulas a emplearse, según los datos paramétricos o no paramétricos que obtuvo la muestra. Asimismo, para determinar la asociación simultánea entre las variables de estudio, se utilizó las correlaciones bi variadas, en este caso el estadístico Rho de Spearman. Para determinar la significación estadística de los resultados obtenidos, se utilizó un nivel de significación menor a 0.05. Toda vez que “P” sea menor o igual que 0.05, el resultado que arroje nuestro estudio, se considerará estadísticamente significativo. Finalmente, para la regresión lineal múltiple se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA), para constatar el modelo adecuado en la relación de tres o más variables, que, para nuestra investigación, correspondían a las variables de pobreza, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad y depresión.

3.5 Consideraciones éticas

Nuestra investigación estuvo enmarcada en el respeto a la persona humana y, sobre todo, por tratarse de un estudio no experimental, en la confidencialidad de los datos obtenidos, en la no revelación por ningún motivo, de la identidad y/o información personal, de los pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao. En tal sentido, y como primer requisito presentado al director de la DIRESA Callao, y luego a su Comité de Ética para la Investigación; mi persona firmó un Compromiso de Confidencialidad, haciéndose responsable de toda la información obtenida por cualquier medio y soporte, la cual es de carácter reservado, no publicable y de uso exclusivo para la presente investigación.

Asimismo, el autor declara que conoce y respeta lo estipulado por la Declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial (AMM), sobre los principios éticos de la investigación en seres humanos. Así como también, toda la normativa nacional existente. Dejando a su vez constancia, que el Comité de Ética para la Investigación de la DIRESA Callao, otorgó una autorización cuya vigencia expirará el 22 de marzo del 2023; exigiendo la presentación de informes trimestrales de los avances efectuados. Finalmente, nuestro compromiso ético también dispone, la presentación y entrega -de forma física y magnética-, de todo nuestro estudio final, a la Unidad de Investigación de la DIRESA Callao, para los fines y usos que ellos estimen conveniente.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1 Estadísticos descriptivos de la pobreza, depresión, ansiedad y trastornos de la personalidad.

Tabla 1

Frecuencias y porcentajes de la distribución de pobreza

	f	%
Pobreza baja	1086	45.27
Pobreza media	931	38.81
Pobreza alta	382	15.92
Total	2399	100.00

f: frecuencia; %: porcentaje

Fuente. Reportes estadísticos DIRESA Callao- Historias clínicas

Elaboración: Propia

En la tabla 1, se presenta la distribución de la pobreza. Al respecto se aprecia que un 45.27% (1086) presenta nivel bajo de pobreza, seguido de un 38.81% (931) se ubica en nivel medio de pobreza y un 15.92% (382) en nivel alto de pobreza.

Tabla 2

Frecuencias y porcentajes de la variable depresión

	f	%
Depresión leve	450	18.76
Depresión moderada	1163	48.48
Depresión alta	786	32.76
Total	2399	100.00

f: frecuencia; %: porcentaje

Fuente. Reportes estadísticos DIRESA Callao- Historias clínicas

Elaboración: Propia

En la tabla 2, se presentan los niveles de la variable depresión. Puede apreciarse que un 48.48% (1163) presenta nivel moderado o promedio, seguido de un 32.76% (786) se ubica en nivel alto y un 18.76% (450) en nivel leve de depresión.

Tabla 3
Frecuencias y porcentajes de la variable ansiedad

	f	%
Ansiedad leve	845	35.22
Ansiedad moderada	972	40.52
Ansiedad alta	582	24.26
Total	2399	100.00

f: frecuencia; %: porcentaje

Fuente. Reportes estadísticos DIRESA Callao- Historias clínicas
Elaboración: Propia

En la tabla 3, se presentan los niveles de la variable ansiedad. Puede apreciarse que un 40.52% (972) presenta nivel promedio o moderado, seguido de un 35.22% (845) se ubica en nivel leve y un 24.26% (582) en nivel alto de ansiedad.

Tabla 4
Frecuencias y porcentajes de Los trastornos de personalidad

	f	%
Trastorno de la personalidad específico	95	68.35
Trastorno de la personalidad mixto	29	20.86
Trastorno de la personalidad complejo	15	10.79
Total	139	100.00

f: frecuencia; %: porcentaje

Fuente. Reportes estadísticos DIRESA Callao- Historias clínicas
Elaboración: Propia

En la tabla 4, se presentan los niveles y la clasificación de los trastornos de personalidad. Puede apreciarse que un 68.35% (n=95) corresponde al trastorno de la personalidad específico, seguido de un 20.86% (n=29) corresponde al trastorno de personalidad mixto y, por último, el 10.79% (n=15) corresponde al trastorno de la personalidad complejo.

4.1.2 Estadísticos inferenciales

Tabla 5
Prueba de normalidad de las variables de investigación

	KS	n	p
Ansiedad	0.189	2399	0.000
Depresión	0.169	2399	0.000
Trastorno de la personalidad	0.279	2399	0.000

Nota: n: muestra; KS: Kolmogorov Smirnov; p: Nivel de significancia

Fuente. Reportes estadísticos DIRESA Callao- Historias clínicas
Elaboración: Propia

En la tabla 5, se aprecia que se efectuó la prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov, conserva adecuadas propiedades de potencia, independientemente del tipo de distribución y del tamaño de la muestra. Es así que, se demuestra que los valores de la prueba indican que las variables se ajustan a una distribución no normal ($p < .05$), siendo que por ello se determinó el uso de estadísticos no paramétricos, según Gonzáles (63).

Tabla 6
Correlación múltiple entre pobreza, ansiedad, trastornos de la personalidad y depresión

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Cambio en R cuadrado	Estadísticos de cambio			
						Cambio en F	gl1	gl2	p
1	0,231a	0.054	0.033	20.128	0.054	2.640	3	140	0.052

Fuente. Reportes estadísticos DIRESA Callao- Historias clínicas
Elaboración: Propia

En la tabla 6, se presenta la regresión múltiple, donde se visualiza, que no existe relación entre la pobreza (variable consecuyente) con los trastornos de personalidad, ansiedad y depresión (variables predictoras). En tal sentido, se observó que el valor obtenido fue .054 [R2], lo que significa que 5.4% de la variabilidad de las variables en mención, no determinan o no se relacionan con la pobreza de los adultos evaluados; en la valoración de la significancia se obtuvo que no fue significativa ($p = .052$; $F = 2.640$). En tal sentido, se evidenció, que no existe correlación estadísticamente significativa entre pobreza y trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad y depresión en adultos del Centro de Salud Mental Comunitario Sarita Colonia, Callao.

Tabla 7

Anova del modelo de regresión entre pobreza, ansiedad, trastornos de la personalidad y depresión

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
1	Regresión	3208.833	3	1069.611	2.640	0,052 ^b
	Residuo	56721.723	140	405.155		
	Total	59930.556	143			

Fuente. Reportes estadísticos DIRESA Callao- Historias clínicas
Elaboración: Propia

En la tabla 7, se observa que, en el ANOVA del modelo de regresión con tres variables, no hay mejoras de manera significativa en la predicción de la variable predictora pobreza ($F: 2.640$; $p=0,052$).

Tabla 8

Correlación múltiple entre depresión y la ansiedad, trastornos de la personalidad, pobreza

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticos de cambio				
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	p
1	0,252 ^a	0.064	0.044	5.848	0.064	3.177	3	140	0.026

Fuente. Reportes estadísticos DIRESA Callao- Historias clínicas
Elaboración: Propia

En la tabla 8, se muestra la regresión múltiple, donde se aprecia, que si existe relación entre la depresión (variable consecuyente) con la ansiedad, trastornos de la personalidad y pobreza (variables predictoras). Igualmente, se observó que el valor obtenido fue .064 [R²], lo que significa que 6.4% de la variabilidad de las variables psicológicas en mención si determinan o se relacionan con la depresión de los adultos evaluados; en la valoración de la significancia se obtuvo que fue estadísticamente significativa ($p = .026$; $F = 3.177$). En base a lo hallado, se evidenció, que, si existe correlación estadísticamente significativa entre la depresión y los trastornos de ansiedad, de personalidad y pobreza en adultos del Centro de Salud Mental Comunitario Sarita Colonia, Callao.

Tabla 9

Anova del modelo de regresión entre la depresión y los trastornos de ansiedad, los trastornos de la personalidad, pobreza

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	325.953	3	108.651	3.177	0,026 ^b
	Residuo	4788.020	140	34.200		
	Total	5113.972	143			

Fuente. Reportes estadísticos DIRESA Callao- Historias clínicas
Elaboración: Propia

En la tabla 9, se observa que, en el ANOVA del modelo de regresión con tres variables, si hay mejorías de manera significativa en la predicción de la variable predictora trastornos de depresión ($F: 3.177$; $p=0,026$).

Tabla 10

Correlación múltiple entre trastornos de ansiedad y los trastornos de la personalidad, pobreza, depresión

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Cambio en R cuadrado	Estadísticos de cambio			
						Cambio en F	gl1	gl2	p
1	0,260 ^a	0.067	0.048	8.988	0.067	3.378	3	140	0.020

Fuente. Reportes estadísticos DIRESA Callao- Historias clínicas
Elaboración: Propia

En la tabla 10, se presenta la regresión múltiple, donde si existe relación entre la ansiedad (variable consecuyente) con los trastornos de personalidad, pobreza y depresión (variables predictoras). Se observó que el valor obtenido fue .067 [R2] lo que significa que 6.7% de la variabilidad de las variables psicológicas en mención si determinan o se relacionan con los trastornos de ansiedad de los adultos evaluados; en la valoración de la significancia se obtuvo que fue estadísticamente significativa ($p = .020$; $F = 3.378$). Por lo que se observó, que, si existe correlación estadísticamente significativa entre la ansiedad y los trastornos de personalidad, pobreza y depresión en adultos del Centro de Salud Mental Comunitario Sarita Colonia, Callao.

Tabla 11

Anova del modelo de regresión entre los trastornos de ansiedad y los trastornos de la personalidad, pobreza, depresión

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1 Regresión	818.556	3	272.852	3.378	0,020 ^b
Residuo	11309.416	140	80.782		
Total	12127.972	143			

Fuente. Reportes estadísticos DIRESA Callao- Historias clínicas
Elaboración: Propia

En la tabla 11, se observa que, en el ANOVA del modelo de regresión con tres variables, si hay mejoras de manera significativa en la predicción de la variable predictora de los trastornos de ansiedad ($F: 3.378$; $p=0,020$).

Tabla 12

Correlación múltiple entre trastornos de la personalidad y pobreza, depresión y trastornos de ansiedad

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Cambio en R cuadrado	Estadísticos de cambio			
						Cambio en F	gl1	gl2	p
1	0,144 ^a	0.021	0.000	1.924	0.021	0.992	3	140	0.399

Fuente. Reportes estadísticos DIRESA Callao- Historias clínicas
Elaboración: Propia

En la tabla 12, se presenta la regresión múltiple, donde se evidencia que no existe relación entre los trastornos de personalidad (variable consecuyente), con la pobreza, depresión y trastornos de ansiedad (variables predictoras). Asimismo, se observó que el valor obtenido fue .144 [R2], lo que significa que 14.4% de la variabilidad de las variables en mención no determinan o no se relacionan con los trastornos de personalidad que obtuvieron las personas evaluadas; en la valoración de la significancia se obtuvo que no fue significativa ($p = .399$; $F = .992$). En consecuencia, no existe correlación estadísticamente significativa entre trastornos de personalidad y pobreza, depresión y trastornos de ansiedad en adultos del Centro de Salud Mental Comunitario Sarita Colonia, Callao.

Tabla 13

Anova del modelo de regresión entre trastornos de la personalidad y pobreza, depresión, ansiedad

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1 Regresión	11.016	3	3.672	0.992	0,399 ^b
Residuo	518.206	140	3.701		
Total	529.222	143			

Fuente. Reportes estadísticos DIRESA Callao- Historias clínicas
Elaboración: Propia

En la tabla 13, se observa que, en el ANOVA del modelo de regresión con tres variables, no hay mejoras de manera significativa en la predicción de la variable predictora trastornos de personalidad ($F: 0.992$; $p=0,399$)

Tabla 14

Relación entre pobreza y trastornos de ansiedad

$n=2399$	Trastornos de ansiedad	
Pobreza	r_s	0.092
	p	0.274

Nota: n=muestra, r_s =Rho de Spearman, p =nivel de significancia.

Fuente. Reportes estadísticos DIRESA Callao- Historias clínicas
Elaboración: Propia

En la tabla 14, se evidencia, que no existe una correlación significativa entre las variables mencionadas, es decir, la pobreza no se relaciona con los trastornos de ansiedad ($r_s = .092$; $p = 0,274$). Esto significa que la pobreza no determina la presencia o aparición de un trastorno de ansiedad en adultos del Centro de Salud Mental Comunitario Sarita Colonia, Callao.

Tabla 15
Relación entre pobreza y trastornos de personalidad

$n=2399$	Trastornos de personalidad	
Pobreza	r_s	-0.155
	p	0.063

Nota: n =muestra, r_s =Rho de Spearman, p =nivel de significancia.

Fuente. Reportes estadísticos DIRESA Callao- Historias clínicas
Elaboración: Propia

En la tabla 15, se evidencia una que no existe una correlación significativa entre las variables mencionadas, es decir la pobreza no se relaciona con los trastornos de personalidad ($r_s = -.155$; $p = 0,063$). Esto significa que la pobreza no determina la presencia o aparición de diversos trastornos de personalidad en adultos del Centro de Salud Mental Comunitario Sarita Colonia, Callao.

Tabla 16
Relación entre pobreza y depresión

$n=2399$	Depresión	
Pobreza	r_s	0.053
	p	0.526

Nota: n =muestra, r_s =Rho de Spearman, p =nivel de significancia.

Fuente. Reportes estadísticos DIRESA Callao- Historias clínicas
Elaboración: Propia

En la tabla 16, se evidencia, que no existe una correlación significativa entre las variables mencionadas, es decir, la pobreza no se relaciona con la depresión ($r_s = .053$; $p = 0,526$). Esto significa, que la pobreza no determina la presencia o aparición de la depresión en adultos del Centro de Salud Mental Comunitario Sarita Colonia, Callao.

Tabla 17

Correlación múltiple entre trastornos de ansiedad y los trastornos de la personalidad, depresión

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticos de cambio				
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	p
1	0,212 ^a	0.045	0.031	9.064	0.045	3.307	2	141	0.039

Fuente. Reportes estadísticos DIRESA Callao- Historias clínicas
Elaboración: Propia

En la tabla 17, se presenta la regresión múltiple, donde se aprecia que si existe relación entre los trastornos de ansiedad (variable predictora) con los trastornos de personalidad y depresión (variables consecuentes). Se observó que el valor obtenido fue .045 [R²], lo que significa que 4.5% de la variabilidad de las variables psicológicas en mención si determinan o se relacionan con los trastornos de ansiedad de los adultos evaluados; en la valoración de la significancia se obtuvo que fue estadísticamente significativa ($p = .039$; $F = 3.307$) por lo que se concluyó que si existe correlación estadísticamente significativa entre los trastornos de ansiedad y los trastornos de personalidad, con la depresión en adultos del Centro de Salud Mental Comunitario Sarita Colonia, Callao.

Tabla 18

Anova del modelo de regresión entre los trastornos de ansiedad y los trastornos de la personalidad, depresión

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
1	Regresión	543.419	2	271.710	3.307	0,039 ^b
	Residuo	11584.553	141	82.160		
	Total	12127.972	143			

Fuente. Reportes estadísticos DIRESA Callao- Historias clínicas

Elaboración: Propia

En la tabla 18, se observa que, en el ANOVA del modelo de regresión con dos variables, si hay mejoras de manera significativa en la predicción de la variable predictora los trastornos de ansiedad (F: 3.307; p=0,039).

Tabla 19

Correlación múltiple entre depresión y trastornos de la personalidad, trastornos de ansiedad

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Cambio en R cuadrado	Estadísticos de cambio			
						Cambio en F	gl1	gl2	p
1	0.211a	0.044	0.031	5.887	0.044	3.272	2	141	0.041

Fuente. Reportes estadísticos DIRESA Callao- Historias clínicas

Elaboración: Propia

En la tabla 19, se presenta la regresión múltiple, donde se evidencia que si existe relación entre la depresión (variable consecuyente), con los trastornos de ansiedad y los trastornos de personalidad (variables predictoras). Se observó que el valor obtenido fue .044 [R2] lo que significa que 4.4% de la variabilidad de las variables psicológicas en mención si determinan o se relacionan con la depresión que alcanzaron los adultos evaluados; en la valoración de la significancia se obtuvo que fue estadísticamente significativa (p = .041; F = 3.272) por lo que se concluyó que si existe correlación estadísticamente significativa entre la depresión, los trastornos de ansiedad y los trastornos de personalidad de los adultos del CSMC Comunitario Sarita Colonia, Callao.

Tabla 20

Anova del modelo de regresión entre la depresión y los trastornos de ansiedad, con los trastornos de la personalidad

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	226.841	2	113.421	3.272	0,041 ^b
1 Residuo	4887.131	141	34.661		
Total	5113.972	143			

Fuente. Reportes estadísticos DIRESA Callao- Historias clínicas

Elaboración: Propia

En la tabla 20, se observa que, en el ANOVA, del modelo de regresión con dos variables, si hay mejorías de manera significativa en la predicción de la variable predictora depresión (F: 3.272; p=0,041).

4.2 Análisis y discusión de resultados

A continuación, en base a nuestros objetivos planteados, procederemos a analizar y discutir los resultados estadísticos de nuestra investigación, con los referenciados en los antecedentes internacionales y nacionales.

4.2.1 Con respecto al objetivo específico 1 (O1)

Para el primer objetivo específico, en cuanto a la distribución de la pobreza, apreciamos que, de un total de 2,399 pacientes, un 45.27% (n=1086) presenta un nivel bajo de pobreza, seguido de un 38.81% (n=931) se ubica en nivel medio de pobreza y un 15.92% (n=382) en nivel alto de pobreza. En este sentido, y según la distribución de la muestra, se evidencia que la mayor cantidad de personas se ubican en la pobreza baja, con 1086 adultos, que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Sarita Colonia, Callao, entre el período comprendido de enero del 2017 hasta julio de 2022.

Es bueno precisar, que, bajo esta medición de la pobreza monetaria, solamente n=383 pacientes estarían clasificados como pobres extremos, ya que según el INEI tendrían un ingreso diario de menos de 1.9 dólares al día o S/ 201.00 mensuales. Si sumamos a los pacientes con pobreza media, que superan los S/ 378.00 de ingreso o consumo diario (o el costo de S/ 1,512.00 de una canasta básica para 4 miembros de una familia), con los de la pobreza baja, tendríamos un total de n=2,017 pacientes que equivale al 84.04% de la

muestra, que estarían por encima de la línea de pobreza, según parámetros del INEI.

Considerando lo arriba mencionado, la realidad que presenta la población atendida en el CSMC Sarita Colonia, en términos de pobreza multidimensional, discrepa con las cifras de una medición de pobreza económica o monetaria, donde tan sólo el 15.92% de pacientes, es decir, 382 de 2,399 serían tipificados como pobres. En este sentido, un interesante estudio realizado por la OMS (22), ha señalado la necesidad de incorporar a las investigaciones sobre la pobreza, otras privaciones, tales como la vivienda, acceso a servicios básicos, empleo, nutrición, nivel educativo, acceso a servicios de salud y otros. Cada vez más, los estudios realizados en otros países latinoamericanos, que vienen desarrollándose bajo este enfoque de pobreza multidimensional.

Asimismo, autores mexicanos que realizaron un copioso metaanálisis (19), coinciden en afirmar, que, para entender esta disparidad en los resultados encontrados, hay que tener en cuenta que, si bien es cierto cada año se producen nuevos tipos o sub categorías en las formas de clasificación de los trastornos mentales, esto no sucede en cuanto a la medición de la desigualdad y la pobreza. Inclusive, no debería existir un solo indicador para medirlas. En definitiva, en términos de pobreza y desigualdades socioeconómicas, según estos autores, aún no se conoce con exactitud qué se está midiendo realmente, cuando se dice medir la pobreza, situación que compartimos y que se ha reflejado en nuestra investigación.

Finalmente, a fin de que nuestra realidad en cuanto a pobreza no sea distorsionada, y con el ánimo de entender los resultados no poco contradictorios de la presente investigación, coincidimos con Barrantes (12), al señalar que urge la utilización de un indicador alternativo de pobreza multidimensional, que incluya información a nivel individual sobre privaciones en las dimensiones de salud, educación y empleo, además de privaciones en vivienda y servicios de agua, alcantarillado y energía eléctrica en los hogares. El autor propone -como un gran aporte para la real comprensión y medición de la pobreza asociada a los trastornos mentales-, una medida alternativa de pobreza multidimensional, en la que los indicadores identifiquen privaciones a nivel de la persona o individuo y a nivel del hogar. No circunscribiéndose solo a la pobreza monetaria.

4.2.2 Con respecto al objetivo específico 2 (O2)

Para el segundo objetivo específico, los niveles de la variable ansiedad arrojan que un 40.52% (n=972) presenta nivel moderado o promedio, seguido de un 35.22% (n=845)

se ubica en nivel leve y un 24.26% (n=582) en nivel alto de adultos que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Sarita Colonia, Callao, entre los años 2017 hasta julio de 2022. Asimismo, de las 2,399 consultas, 1,470 (61%), correspondieron a los trastornos de ansiedad, siendo 1,042 (70.88%) pacientes mujeres y 428 (29.12%) hombres.

En cuanto a los trastornos de la personalidad, se encontró que un 68.35% (n=95) corresponde al trastorno de la personalidad específico, seguido de un 20.86% (n=29) corresponde al trastorno de personalidad mixto y, por último, el 10.79% (n=15) corresponde al trastorno de la personalidad complejo. De los 2,399 pacientes, 139 (6%) padecían este trastorno. Con escasa diferencia, 75 mujeres (54%), superaban a los 64 hombres (46%), atendidos en el CSMC Sarita Colonia de el Callao.

En lo que respecta a la variable depresión, puede apreciarse que un 48.48% (n=1163) presenta nivel promedio, seguido de un 32.76% (n=786) se ubica en nivel alto y un 18.76% (n=450) en un nivel leve. Del total de las 2,399 pacientes, 790 (33%) acudieron por trastornos de depresión, siendo 652 mujeres (82.53%) y 138 hombres (17.47%).

Teniendo en cuenta que, de los 2,399 pacientes, el 61% se atendían debido a trastornos de ansiedad, el 33% lo hacía por depresión y el 6% acudía por trastornos de la personalidad, y que del total (N=2,399), 1,769 (74%) corresponden a mujeres, y que 630 (26%) son hombres, vemos que por cada hombre hay tres mujeres que padecen de algunos de estos tres trastornos mentales. Asimismo, los resultados de la investigación revelan, mediante una regresión múltiple, que sí existe relación entre los trastornos de ansiedad (variable dependiente) con los trastornos de personalidad y depresión (variables independientes) se observó que el valor obtenido fue .045 [R²] lo que significa que 4.5% de la variabilidad de las variables psicológicas en mención si determinan o se relacionan con los trastornos de ansiedad de los adultos evaluados; en la valoración de la significancia se obtuvo que fue estadísticamente significativa (p = .039; F = 3.307) por lo que se concluyó que si existe correlación estadísticamente significativa entre los trastornos de ansiedad y los trastornos de personalidad, con la depresión en adultos del Centro de Salud Mental Comunitario Sarita Colonia, Callao.

En cuanto a la descripción de estos tres trastornos mentales, diversos antecedentes muestran su importancia. Coincidimos con lo señalado en una investigación realizada en México (24), donde los autores afirman, que en un contexto familiar, la situación más

favorable para el desarrollo y consolidación de la salud mental, es aquella en la cual quienes hacen la función de padres, pueden dar a sus hijos el cuidado emocional, físico y material oportuno e indispensable que el funcionamiento mental y el estado psíquico de los investigados -incluyendo aspectos de su personalidad-, no eran totalmente independientes de ciertas características de la familia y del entorno en que tuvo lugar su crianza.

Si bien es cierto, que los estadísticos hallados, no alcanzaron a medir la población con trastorno mental, que no es atendida y rebasa las consultas en horario continuo del CSMC (de 8:00 a 14:00 y de 14:00 a 20:00 horas, de lunes a sábado); coincidimos con los resultados de una investigación realizada en Chile (28). Al respecto, remarcó que no sólo hay que identificar las brechas en el tratamiento de los trastornos mentales, a fin de reducir el retraso en el acceso a la atención (el denominado, retraso en el tratamiento); sino que también -y sobre todo en lo que respecta a la ansiedad, trastornos de personalidad y depresión-, urge identificar la llamada brecha en la prevención, así como la brecha en la intervención. Todo esto, con la finalidad de que la persona reciba un tratamiento oportuno y eficaz, más aún si tenemos en cuenta, que existe un 23.2% de carga de morbilidad, debido a enfermedades psiquiátricas, siendo muy lamentable, que tan solo el 38.5% de personas (una de cada tres), reciban tratamiento oportuno.

En términos del contexto o entorno, en el que se diagnosticaron los tres trastornos mentales en pacientes del CSMC “Sarita Colonia” del Callao, es muy similar a lo estudiado por investigadores nacionales (37), en otras áreas de Lima Metropolitana. Es así, que se evidenció en un área con enormes carencias en el distrito de Villa María del Triunfo, que tan sólo el 13.5% de su población, era oficialmente catalogada como pobre extrema o muy pobre. Motivo por el cual refirieron, que el riesgo de padecer algún trastorno mental era de un 31.5%, es decir, una de cada tres personas tenía posibilidades de tener ansiedad o depresión. Hallazgos que confirma, otra investigación realizada por Saavedra (33), donde evidencia, que los trastornos de ansiedad, y, sobre todo, los trastornos afectivos tienen implicancias económicas superiores, a las generadas por la esquizofrenia o alguna otra sub categoría de psicosis.

Nuestros hallazgos, en torno a la prevalencia de trastornos mentales en pacientes mujeres, coinciden con estudios publicados en nuestro país. Es así que, de 1,470 pacientes diagnosticados con ansiedad, 1042 (70.88%) eran mujeres; de 139 con trastorno de

personalidad, 75 (54%) eran del sexo femenino. Y de 790 pacientes con depresión, 652 (82.53%) correspondían a mujeres, en edades comprendidas entre los 30 a 59 años. Barrantes (12), también evidenció, que son las mujeres y los adultos mayores, quienes tienden a padecer una mayor cantidad de síntomas asociados a trastornos mentales. Igualmente, diversos investigadores nacionales (38), han encontrado recientemente, que las mujeres junto a la población adulta joven, cuyas edades fluctúan entre los 30 a 45 años, muestran una mayor prevalencia de tener síntomas ansiosos y depresivos durante la pandemia, si los comparamos con los hombres o las mujeres de mayor edad.

4.2.3 Con respecto al objetivo específico 3 (O3)

En cuanto al tercer objetivo específico, se evidencia que no existe una correlación significativa entre la variable pobreza y los trastornos de ansiedad, en definitiva, estas variables no se relacionan ($r_s = .092$; $p = .274$). Esto significa, que la pobreza no determina la presencia o aparición de un trastorno de ansiedad, en adultos de 30 a 59 años de edad, que se atienden en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao. Sin embargo, como veremos más adelante, sí existe una correlación estadísticamente significativa entre la ansiedad como variable predictora, y la pobreza como variable consecuente.

Al respecto, nuestro estudio encontró, elevadas cifras de diagnóstico de ansiedad - 61% del total-, en pacientes atendidos en el CSMC. Porcentaje que discrepa con lo hallado en un estudio a nivel nacional realizado en Colombia (27). Cuyas cifras en cuanto a los trastornos de ansiedad, referenciaron tan sólo un 2.47% en adultos y un 4.41% en adolescentes que vivían en hogares en condición de pobreza. Siendo estas cifras inferiores de un punto porcentual, con sus similares no pobres. Varios hallazgos encontrados en dicho estudio, se contraponen con los de otros países, probablemente por la medida de pobreza multidimensional que desde años atrás viene utilizando Colombia, la cual no se limita únicamente a los ingresos económicos personales o referidos sólo a la llamada canasta básica de alimentos, como sucede aún, en algunos países como el nuestro. Otros estudios, como uno realizado en Chile (28), señalan un 23.2% la morbilidad en trastornos mentales, y de éstos, un 27%, la comorbilidad con la ansiedad y con otros trastornos disruptivos.

4.2.4 Con respecto al objetivo específico 4 (O4)

Para el cuarto objetivo específico, se evidencia que no existe una correlación estadísticamente significativa, entre las variables, es decir, la pobreza no se relaciona con los trastornos de personalidad ($r_s = -.155$; $p = .063$) Esto significa que la pobreza no determina la presencia o aparición de diversos trastornos de la personalidad en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao, entre el 2017 y julio del 2022.

Al respecto, la discusión es muy limitada, debido principalmente a dos factores. Primero, a que es un trastorno poco común, y a veces, hasta mal diagnosticado. En nuestra investigación, de un total de 2,399 pacientes, sólo 139 (6%) padecía este trastorno. Y segundo, al escaso interés que muestran los investigadores, por asociar los trastornos de la personalidad en su conjunto con otras variables como la pobreza, dedicándose en los últimos años, más al estudio profundo del trastorno límite de la personalidad (TLP). Sólo como referencia, de lo que se debería hacer, podemos mencionar un metaanálisis realizado en México (19), en donde un tipo de trastorno de la personalidad, el antisocial, sí obtuvo una relación estrecha, significativa y directa, con el nivel de escolaridad y de ingresos económicos, de los pacientes que lo padecían.

4.2.5 Con respecto al objetivo específico 5 (O5)

Para el quinto objetivo específico, se aprecia que no existe una correlación significativa entre las variables estudiadas, es decir, la pobreza no se relaciona con la depresión ($r_s = -.053$; $p > .05$). Es así, que, la pobreza no determina la presencia o aparición del trastorno de depresión en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos del Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao. Algo que nos lleva a reflexionar, más aún si en nuestra investigación de 2,399 pacientes, 790 (33%), sí fueron diagnosticados con depresión, aunque según la medición de pobreza monetaria hecha por el INEI, los consideraba no pobres, siendo en realidad, personas que padecían de diversas carencias, tales como de empleo con beneficios sociales, vivienda con servicios básicos, educación pública de calidad, entre otras dimensiones.

Por esta razón principalmente, todos los estudios consultados, no coinciden con nuestros hallazgos. Al respecto, la OMS (23), señala, que existe evidencia científica que la depresión prevalece de 1.5 a 2 veces más, entre las personas de bajos ingresos económicos

con empleos temporales o desempleadas. En una investigación realizada en México (19), también se evidenció, que el desempleo sí mostraba fuerte relación, con el mayor riesgo de presentar síntomas depresivos. Sin embargo, determinados estudios realizados en ese país, también muestran que la carencia de ingresos, no es la causa directa de los trastornos mentales. Otra investigación en Chile (28), mostró que la depresión es la segunda causa de discapacidad en adultos, ya que la primera es debido al consumo adictivo de sustancias.

Estudios realizados en Colombia (27), arribaron a señalar, que, en los hogares con diversas carencias, se halló trastornos depresivos en el 1.87% de los adultos y en un 0.78% de los adolescentes. Inclusive, estos porcentajes resultaron más altos en los hogares no pobres. Varios hallazgos encontrados en este estudio nacional, a nivel de toda la población colombiana, se contraponen con los de otros países, probablemente por la medida de pobreza multidimensional que se utilizó, la cual no se limita únicamente a los ingresos.

Nuestros hallazgos, también se contraponen con diversas investigaciones internacionales, donde en todas, sí existe relación entre pobreza y depresión. Tal es el caso de un estudio a nivel de 11 países de América Latina y el Caribe (32), donde se determinó, que las personas dedicadas a trabajos informales, obtuvieron un 27 % más de prevalencia de síntomas de depresión mayor, en comparación con las personas que tenían empleos formales. La prevalencia de síntomas depresivos entre las personas del sector informal, fue mayor en comparación con aquellas que vivían de trabajos formales, permanentes y estables tanto en mujeres como en hombres. Los autores concluyeron, que el empleo informal en América Latina y el Caribe, está directamente asociado con una mayor prevalencia de síntomas depresivos mayores. Situación similar, encontró un estudio realizado en España (30), donde reseña, que la pobreza al pasar de un 3.8% anual a más de un 7%, ha originado que la prevalencia de los trastornos por depresión, sea entre 1,5 y 2 veces mayor, en los grupos de población con ingresos bajos.

Si comparamos nuestras cifras estadísticas obtenidas en la presente investigación, con estudios realizados en nuestro país, comprobaremos una gran disparidad en los resultados. Inclusive, se podrá apreciar cifras que subestiman la ocurrencia de trastornos mentales producto de situaciones de pobreza. Tal es el caso de un estudio (32), donde la autora encontró, que el 12.7% de trabajadores -es decir, uno de cada ocho-, sufrían de trastorno depresivo moderado o severo. Otros (36), en cambio, afirman que la pobreza es un factor de riesgo importante para desarrollar diversos niveles de depresión. Según

estudios realizados, los más pobres tienen dos veces más el riesgo de sufrir este trastorno mental. Esto fue corroborado, con otros estudios que señalaban que las personas incapaces de tener ingresos económicos, especialmente las mujeres, sufrían más de depresión.

Finalmente, otros investigadores nacionales (38), han revelado cifras durante la pandemia del Covid-19, en donde tres de cada 10 participantes en una investigación, reportaron síntomas depresivos moderados a severos. Asimismo, se halló una prevalencia de síntomas depresivos cinco veces mayor (34.9%) que la existente a nivel nacional en el 2018 (6,4 %). Esto indicó que la carga de síntomas depresivos y alteraciones psicosociales, aumentó durante la pandemia y el confinamiento obligatorio. La prevalencia de síntomas depresivos fue del 59%, en encuestados que afirmaron tener un diagnóstico previo de trastorno mental. Casi el 35% de los encuestados, tenía indicadores relacionados a episodios depresivos mayores, concluyeron los investigadores.

4.2.6 Con respecto al objetivo general OG)

Con respecto al objetivo general de la presente investigación, se encontró, que no existe relación entre la pobreza (variable predictora) con los trastornos de ansiedad, de personalidad y depresión (variables consecuentes). Observándose que el valor obtenido fue .054 [R2], lo que significa que 5.4% de la variabilidad de las variables en mención, no determinan o no se relacionan con la pobreza de los adultos evaluados; en la valoración de la significancia se obtuvo que no fue significativa ($p = .052$; $F = 2.640$). Por lo tanto, se concluyó, que no existe correlación de significancia estadística entre pobreza y los trastornos de ansiedad, de personalidad y depresión en adultos de 30 a 59 años de edad, que asisten al Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao.

Sin embargo, tratándose de una investigación correlacional, donde las cuatro variables de estudio se interrelacionan y se asocian entre sí, y haciendo uso de la regresión múltiple; se evidencia que sí existe correlación estadísticamente significativa entre la ansiedad (variable predictora) con la pobreza y los trastornos de personalidad y depresión (variables consecuentes). Se observó que el valor obtenido fue .067 [R2], lo que significa que 6.7% de la variabilidad de las variables psicológicas en mención, si determinan o se relacionan con los trastornos de ansiedad de los adultos evaluados. En tal sentido, en la valoración de la significancia se obtuvo que fue estadísticamente significativa ($p = .020$; $F = 3.378$).

Situación similar sucede con el trastorno de depresión, el que, analizado mediante regresión múltiple, se comprobó, que sí existe relación entre la depresión (variable predictora) con la pobreza y los trastornos de ansiedad y de personalidad (variables consecuentes). Obteniéndose un valor de .064 [R²], lo que significa que 6.4% de la variabilidad de las variables psicológicas en mención, si determinan o se relacionan con la depresión de los adultos evaluados; en la valoración de la significancia se obtuvo que fue estadísticamente significativa ($p = .026$; $F = 3.177$). Por lo tanto, si existe correlación estadísticamente significativa entre la depresión y los trastornos de ansiedad, de personalidad y pobreza en adultos del Centro de Salud Mental Comunitario Sarita Colonia, Callao. Relación significativa que no sucede, con el trastorno de la personalidad como variable predictora, en relación a la pobreza, trastornos de ansiedad y depresión (variables consecuentes) en adultos del CSMC “Sarita Colonia”. Hallazgo que se evidencia, al obtener un valor de .144 [R²], lo que significa que 14.4% de la variabilidad de las variables en mención, no determinan o no se relacionan con los trastornos de la personalidad. Hecho que se confirma, ya que la valoración de su significancia, no fue significativa ($p = .399$; $F = .992$).

Es así, que la pobreza como variable de estudio consecuente, no determina la ocurrencia de alguno o de todos los tres trastornos estudiados; pero paralelamente, el trastorno de ansiedad, sí podría determinar la pobreza y los otros dos trastornos mentales. Algo que también sucedería con el trastorno de depresión, como variable predictora; más no con el trastorno de la personalidad. Resultados que coinciden con las OMS (22), cuando señala que la pobreza puede considerarse, como un determinante social importante de los trastornos mentales y viceversa, de tal manera que ambos aparecen unidos en un círculo vicioso. También coincide con un estudio realizado en México (19), donde se encontró asociaciones directas, entre el impacto de la condición socioeconómica de las personas sobre los trastornos mentales y las adicciones. Afirmando que los adultos de estratos socioeconómicos bajos, tenían mayor riesgo de sintomatología depresiva, intento de suicidio y ansiedad.

Hallazgos de nuestra investigación, no coinciden con autores estadounidenses (25), que encontraron que entre el 73% y el 79% de los estudios analizados, sí reportaron asociaciones positivas entre una variedad de medidas de pobreza y trastornos mentales comunes (depresión, ansiedad y otros). Asimismo, entre el 15% y el 19% arrojaron asociaciones nulas, y entre el 6% y el 8%, detectaron asociaciones negativas. Algo muy

importante, es que hallaron que las variables como educación, inseguridad, vivienda, nivel socioeconómico, alimentación y estrés financiero, tenían una asociación relativamente consistente y fuerte con los trastornos mentales comunes, como la depresión y ansiedad principalmente. En cambio, las variables ingresos, empleo y consumo, no presentaban esta característica, siendo su nivel de asociación débil. Esta no coincidencia con nuestros hallazgos, se explica en la medida en que en nuestro país la medición de la pobreza es económica y no, como debería ser, multidimensional. La idea, no es dejar de lado como indicador a los ingresos, sino más bien, incluir otros indicadores de pobreza. Esto lo reseña una investigación en Canadá (26), donde afirma que las personas con menores ingresos, presentaron un 28.5% de estrés y problemas psicológicos; padeciendo el 6.51% de trastorno depresivo y el 2.13% trastorno de pánico (una sub categoría del trastorno de ansiedad). Bajo esta medición de pobreza multidimensional, el estudio concluyó, que los adolescentes que vivían en hogares con menores ingresos y en condiciones de exclusión (variables multidimensionales de la pobreza), tenían mayor riesgo de sufrir trastornos afectivos y del comportamiento.

Los resultados de nuestra investigación en torno al objetivo general, pueden ser entendidos también, si los comparamos con lo sucedido en un estudio realizado en Colombia (27). Estudio que concluyó, en que la medición de la pobreza multidimensional, explicaría porque son tan leves las diferencias existentes en cuanto a la prevalencia de trastornos mentales en adultos: 9.2% a lo largo de la vida y 4.3% en el último año, en hogares pobres. Mientras que en hogares no pobres es de 9.1% y 3.9% respectivamente. Esto explicaría, la no existencia de una asociación entre el incremento de la pobreza y un mayor deterioro de la salud mental de las personas. Los autores concluyeron, en que la brecha y distancia entre la población pobre y la no pobre, en relación a la existencia de problemas y trastornos mentales, como ansiedad y depresión principalmente, no son grandes ni significativos.

Investigaciones realizadas en Chile (28), coincidentemente confirman lo hallado por nuestro estudio, en torno a que los trastornos de ansiedad y depresión, sí podrían ser activadores de la pobreza y de otros trastornos mentales como el de la personalidad. Estudio chileno que determinó, que la pobreza, las carencias sociales y los bajos niveles educativos, son posibles consecuencias derivadas de la falta de tratamiento oportuno de algunos trastornos mentales. La desatención en las brechas de salud mental, tendrían serias implicancias en la salud pública. La llamada carga de enfermedad mental, o los

sucesos de trastorno mental, sí podrían llevar a la pobreza a muchas familias, o hacer más pobre a los pobres, debido a su incapacidad para tener un empleo remunerado, trabajar de forma continua y obtener bienes y servicios a fin de sostener a su familia.

Nuestros resultados también discrepan, con otra investigación llevada a cabo en Chile (30), que concluye, que, si bien es cierto que la pobreza no es sinónimo de enfermedad mental, sí es una condición a partir de la cual se activan una serie de situaciones, que afectan la capacidad de las personas para hacer frente a los problemas de la vida cotidiana. La pobreza en el ámbito familiar, aumenta los riesgos de salud mental en los niños; es decir, los hijos de padres pobres, tienen más posibilidades de desarrollar un trastorno mental, ya que la pobreza disminuye las capacidades y la eficacia en la crianza. La pobreza no sólo genera exclusión social y depresión, también adicciones, ansiedad, esquizofrenia y suicidio, concluye el autor.

A nivel de antecedentes nacionales, nuestros resultados coinciden con lo publicado producto de una investigación (32), donde se confirmó la existencia, de que pobreza está directamente asociada a los trastornos de ansiedad y depresión y viceversa. Inclusive, luego de que una persona es diagnosticada con alguno de estos u otros trastornos mentales, su posibilidad de ser empleada en determinado trabajo, disminuye; es más, sus ingresos pueden reducirse a la mitad de lo que percibía antes de ser diagnosticada. Siendo lo más revelador de esta investigación, la existencia de una considerable diferencia entre los trabajadores informales y los formales. Mientras éstos presentaban síntomas de trastornos de ansiedad y depresión en un 10.9%, los informales obtenían un 14.4%. Igualmente, se corrobora la existencia de mayor depresión y ansiedad, entre los trabajadores que se desempeñan de manera informal, situación no sólo que se da en nuestro país, sino también a nivel latinoamericano. Hecho que quedó al descubierto, al incluir como variable al empleo, enmarcado como un indicador más de la pobreza multidimensional.

El estudio realizado en nuestro país por Saavedra (33), confirma en parte lo hallado por la presente investigación. En una muestra donde el 39,8%, se encontraba en alguna situación de pobreza, se evidenció la existencia de una relación directa entre la presencia de trastornos mentales y el nivel de pobreza de las personas. Esto se reflejó principalmente, en los altos niveles de estrés, ansiedad, depresión y cuadros de

desesperación en los adultos. Estudio que concluyó, en que los trastornos mentales, sociales y del comportamiento asociados a las condiciones de pobreza, tienen una prevalencia de vida a nivel mundial, que fluctúa entre el 20 y el 25%. A su vez, mientras que la prevalencia anual de cualquier trastorno mental es del 8,0% en las personas no pobres; en aquellas personas en situación de pobreza extrema, la prevalencia es de un 18,8%. El gran problema, que nuestra investigación encontró, es que, según la medición de pobreza monetaria, tan sólo el 15.92% (n=382) estaba tipificada por el INEI, con un nivel alto de pobreza o pobreza extrema. Algo que no corresponde a la realidad y que distorsiona los resultados que hemos obtenido.

En parte, nuestros hallazgos también coinciden con las cifras publicadas, en el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental realizado en la ciudad de Lima y Callao (34), el cual encontró un 26.1% de prevalencia de vida de trastornos mentales, en poblaciones que presentan algún nivel de pobreza. Comprobándose una asociación directa entre los indicadores de pobreza, y los trastornos ansiosos y depresivos principalmente. Situación que sí fue corroborada por la presente investigación, al tener como variables predictoras a la ansiedad y la depresión. Otra investigación realizada en nuestro país (35), confirma lo señalado en párrafos anteriores, en torno a que, desde una mirada objetiva de la salud mental, la pobreza no es sólo un estado de carencia de ingresos económicos, sino también, un conjunto de otras situaciones o indicadores multidimensionales.

Otra investigación realizada en nuestro país (37), bajo un enfoque cualitativo y sin mostrar mayor análisis estadístico, no coincide con los hallazgos de nuestra investigación. Es así que los autores afirman, que las familias pobres tienen un 84% más de probabilidades, de presentar algún riesgo familiar, y un mayor riesgo de adquirir algún daño psicosocial, si las comparamos con las familias que no se encuentran en situación de pobreza. Llegando a la conclusión, que el nivel de pobreza está directamente asociado a un número mayor de enfermedades, como la malnutrición y todo tipo de trastornos mentales (principalmente ansiedad y depresión). Siendo la violencia familiar y el embarazo en adolescentes, los principales factores de riesgo, a que se encuentra expuesta toda familia con algún nivel de pobreza.

A modo de cierre de este análisis y discusión, y como prueba de que la actual medición gubernamental de la pobreza económica, no refleja los altos niveles de carencias

y exclusión existente en nuestro país, y, por ende, distorsiona los datos obtenidos en el área de influencia del CSMC Sarita Colonia del Callao; uno de los pocos estudios socio-económicos realizados recientemente en nuestro país, y que confirma lo antes mencionado, es el que llevo a cabo Barrantes (12). En su investigación el economista señala, que las personas que viven en hogares con privaciones en una mayor cantidad de dimensiones, tienden a padecer más síntomas asociados a los trastornos de depresión y ansiedad. A su vez, afirmó, que existe una asociación directa y significativa entre la pobreza multidimensional y los trastornos mentales más frecuentes, como lo son la ansiedad y la depresión, tanto en jóvenes, como adultos y adultos mayores.

Con base a lo anteriormente expuesto, sufrir privaciones en una dimensión adicional de pobreza multidimensional, se asocia con un aumento de 42,9% a 52,7% de los síntomas padecidos durante al menos 12 días. Con un aumento de 38,1% a 46,2% al menos siete días y de 22,9% a 26,3% si los síntomas duraron al menos un día, señala el autor. Situación que no pudimos corroborar en la presente investigación, por no contar con los datos estadísticos e indicadores de la pobreza multidimensional. Finalmente, Barrantes (12) concluye, afirmando que existe una asociación directa y estadísticamente significativa, entre pobreza multidimensional y los trastornos mentales más frecuentes, como lo son la ansiedad y la depresión, tanto en jóvenes, como adultos y adultos mayores.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

De acuerdo con los datos obtenidos y a la interpretación estadística respectiva, apoyada en las hipótesis planteadas, arribamos a las siguientes conclusiones, luego de haber realizado un exhaustivo análisis documental, proveniente de los reportes estadísticos oficiales de la DIRESA Callao y de las historias clínicas, que, de manera no aleatoria, pudimos visualizar en el CSMC “Sarita Colonia” del Callao:

1. Con respecto a la hipótesis general (HG), se concluyó, que no existe asociación estadísticamente significativa entre la pobreza y los trastornos de ansiedad, de personalidad y depresión en adultos del Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao. En tal sentido, se rechaza la hipótesis general. Sin embargo, sí existe correlación estadísticamente significativa, entre la ansiedad y los trastornos de la personalidad, depresión y pobreza en adultos del CSMC “Sarita Colonia” del Callao. Situación similar sucede, con el trastorno de depresión, más no con el de la personalidad.
2. Referente a la primera hipótesis específica (H1), se concluyó, que no existen altos niveles de pobreza económica (según sólo indicadores de ingresos utilizados por el INEI), en los adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao, durante los años 2017-2022. Por lo tanto, se rechaza la primera hipótesis específica.
3. En lo concerniente a la segunda hipótesis específica (H2), se concluyó, que sí existe un alto nivel de ocurrencias, de trastornos de ansiedad. Asimismo, se encontró la existencia de un alto nivel de depresión moderada; más no se evidenció, altos niveles de ocurrencia de trastornos de la personalidad, en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el CSMC “Sarita Colonia” del Callao, durante los años 2017-2022. Según lo expuesto, se confirma en parte, la segunda hipótesis específica.
4. Con respecto a la tercera hipótesis específica (H3), se concluyó, que no existe una asociación significativa, entre la pobreza y los trastornos de ansiedad, en

adultos de 30 a 59 años, atendidos durante los años 2017-2022. Esto significa, que la pobreza no determina la presencia o aparición de un trastorno de ansiedad en adultos del Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia”, del Callao. Por lo tanto, se rechaza la tercera hipótesis específica.

5. Referente a la cuarta hipótesis específica (H4), se concluyó, que no existe una asociación estadísticamente significativa, entre la pobreza y los trastornos de la personalidad), en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022. En este sentido, la pobreza no determina la activación de un trastorno de la personalidad. Por lo tanto, se rechaza la cuarta hipótesis específica
6. En lo que respecta a la quinta hipótesis específica (H5), se concluyó, que no existe una asociación o correlación estadísticamente significativa, entre la pobreza y los trastornos de depresión, en adultos que asisten a consulta en el CSMC “Sarita Colonia” del Callao. Esto nos indica, que la pobreza no determina la aparición o presencia del trastorno de depresión, en adultos de 30 a 59 años, durante el período comprendido del 2017-2022. Por lo tanto, se rechaza la quinta hipótesis específica.

5.2 Recomendaciones

Teniendo en consideración, las conclusiones antes señaladas y sopesando los resultados y las investigaciones reseñadas en el presente estudio, hemos creído conveniente proponer las siguientes recomendaciones a tres niveles de autoridad: A nivel del Gobierno Central y del Gobierno Regional del Callao (GORE Callao); a nivel de la Dirección Regional de Salud del Callao (DIRESA Callao) y de las tres Direcciones de Red de Salud (DRE): Bonilla-La Punta, BEPECA y Ventanilla; y a nivel del Centro de Salud Mental Comunitaria “Sarita Colonia” y de los cuatro CSMC existentes en la Provincia Constitucional del Callao. En tal sentido, recomendamos:

A nivel del Gobierno Central y del GORE Callao.

1. **Implementar la medición según el Índice de Pobreza Multidimensional.** Se recomienda a nivel del Gobierno Central, la pronta implementación de los instrumentos de medición de la pobreza multidimensional, más conocido como el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM). A fin de que la medición de la pobreza, no sólo se sustente en

el ingreso económico mensual de las personas, sino también, y de manera principal, considere otras privaciones y carencias diarias, cuyos indicadores están expresados en los siguientes seis grandes grupos de dimensiones o variables: Educación, agua y saneamiento; salud, vivienda, servicios públicos básicos e infraestructura; empleo y protección social; medio ambiente y seguridad personal. Teniendo en cuenta cada una de sus sub dimensiones.

2. **Repotenciar e incrementar el presupuesto de los CSMC.** Proponer al Gobierno Central, a través del Ministerio de Salud (MINSU) la repotenciación del Plan Nacional de Fortalecimiento de los Servicios de Salud Mental Comunitario 2010-2021, coordinando con el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el incremento en el pliego presupuestario, a fin de poder contratar personal sanitario y administrativo, para la atención continua en doble turno, en todos los cinco servicios especializados de los CSMC.

A nivel de la DIRESA Callao y de las tres Direcciones de Red de Salud.

3. **Investigar la pobreza y los trastornos mentales en niños, adolescentes y adultos mayores.** A nivel de las tres Direcciones de Red de Salud (Bonilla-La Punta, BEPECA y Ventanilla), y en coordinación con universidades públicas y privadas, realizar investigaciones relacionando los indicadores de pobreza multidimensional, con los usuarios que concurren a consulta externa en los servicios de prevención y control de problemas y trastornos de la infancia, adolescencia, adulto, adulto mayor y adicciones, de los cinco Centros de Salud Mental Comunitaria existentes en la Provincia Constitucional del Callao.
4. **Reforzar el MCI y la participación social y comunitaria en los CSMC.** Reforzar el actual Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI), fomentando la no hospitalización y la atención de salud mental comunitaria, potenciando el Servicio de participación social y comunitaria del CSMC “Sarita Colonia”. Con la finalidad de lograr una mayor participación del vecino, estableciendo mecanismos de cooperación con organizaciones de base, identificando líderes y promotores de la comunidad, y, sobre todo, desarrollando estrategias de comunicación social.

A nivel del CSMC “Sarita Colonia” y de los cuatro CSMC de la Provincia Constitucional del Callao.

5. **Implementar programas de prevención de la ansiedad y depresión en mujeres.** Recomendar al CSMC “Sarita Colonia”, la elaboración y puesta en marcha de programas, proyectos y acciones de prevención y tratamiento psicoterapéutico, de los trastornos de ansiedad (64) y depresión; enfocándose principalmente en la población femenina y en las mujeres que sufren algún tipo de maltrato o violencia física, psicológica o económica. Para lograrlo, urge mayor apoyo e independencia funcional del Servicio de Participación Social y Comunitaria, a fin de detectar, involucrar y movilizar a la comunidad en su conjunto.
6. **Coordinar con universidades proyectos arquitectónicos de CSMC.** Se recomienda que las jefaturas de los cinco CSMC, establezcan contactos con universidades a fin de sugerir a la Dirección de Red de Salud Bonilla-La Punta, a la Red BEPECA (Bellavista, La Perla y Callao) y a la Red Ventanilla, la suscripción de convenios con facultades de arquitectura y urbanismo de universidades públicas y privadas, a fin de ejecutar proyectos de tesis universitarias de pre y posgrado, referidas al diseño arquitectónico de remodelación, reacondicionamiento o de nuevos Centros de Salud Mental Comunitarios en los siete distritos que conforman la Provincia Constitucional del Callao.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial N°102. Salud Mental y Derechos Humanos. La situación de los derechos humanos en las personas internadas en establecimientos de salud mental. Lima, Perú. 2005. https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2005/12/informe_102.pdf
2. Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial N°140. Salud Mental y Derechos Humanos. Supervisión de la política, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables. Lima, Perú. 2009. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1189395/informe-defensorial-140-vf20200803-1197146-mde0di.pdf>
3. Ministerio de Salud. (MINSA). Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021. Lima, Perú. 2018. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
4. Ministerio de Salud (MINSA). Carga de Enfermedades en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos. Dirección General de Epidemiología. Perú. 2014. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4798-1.pdf>
5. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Estudio epidemiológico de salud mental en niños y adolescentes en Lima y Callao. Perú. 2012. <https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>
6. Ministerio de Salud (MINSA). Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021. Perú. 2016. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1201078/plan-estrategico-sectorial-multianual-pesem-2016-2021-del-sector-salud.pdf>
7. Ministerio de Salud (MINSA). Programa Presupuestal de Prevención y Control en Salud Mental. Perú. 2015. <http://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2018/03/PpR-SALUD-MENTAL-RESULTADOS-2015-2016.pdf>
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Evolución de la pobreza monetaria 2007-2018. Informe Técnico. Perú. 2018. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1646/libro.pdf

9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la Salud Mental. Informe: Conceptos, evidencia emergente y práctica. 2004. http://www.asmi.es/arc/doc/promocion_de_la_salud_mental.pdf
10. Colegio Médico del Perú (CMP). Propuesta de Reforma de la Salud Mental en el Perú. 2012. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172012000100013
11. Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) Programa Presupuestal 0131. Control y Prevención en Salud Mental. Perú, 2015. https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2_9.pdf
12. Barrantes, N. Desigualdades horizontales entre las personas con discapacidad de movilidad en el Perú. Brechas en la situación de la pobreza multidimensional según la procedencia étnica. Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). Lima, Perú. 2017. https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/9484/BARRANTES_GAMBA_NICOLAS_DESIGUALDADES.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Barrantes, N. ¿Cuál es la relación entre la pobreza multidimensional y el padecimiento de síntomas asociados a la ansiedad y la depresión? Evidencia para el caso peruano. Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). Lima, 2020. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/15895#:~:text=Los%20resultados%20muestran%20que%20las,asociados%20a%20depresi%C3%B3n%20y%20ansiedad.>
14. Ministerio de Salud (MINSA). Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021. Lima-Perú. 2018. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
15. Congreso de la Republica del Perú. Ley de Salud Mental. Ley N°30947. 2019. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1484216/Ley%20N%C2%BA%2030947.pdf.pdf>

16. Ministerio de Salud (MINSA). Centros de Salud Mental Comunitarios. Norma Técnica de Salud. Lima, Perú. 2017. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4499.pdf>
17. Gobierno Regional del Callao, Plan de Desarrollo Concertado de la Región Callao 2011-2021. Lima, Perú. 2011. http://prototipo.regioncallao.gob.pe/contenidos/contenidosGRC/Pagina_Web_PD_CR/ResumenEjecutivo.pdf
18. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Mapa de Pobreza Monetaria Provincial y Distrital 2018. Lima, Perú. 2020. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1718/Libro.pdf
19. Ortiz-Hernández, L., López-Moreno, S., Borges, G. Desigualdad socioeconómica y salud mental: Revisión de la literatura latinoamericana. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México DF. 2007. <https://www.scielo.br/j/csp/a/FfRpzWkf5jXF9cvHY63qQ6D/?format=pdf&lang=es>
20. Dohrenwend, BP. Socioeconomic status (SES) and psychiatry disorders. Society Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. EEUU. 1990. <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00789069>
21. Ministerio de Salud (MINSA). Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI). Resolución Ministerial N°030-2020. Lima, Perú. 2020 <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/496394/resolucion-ministerial-030-2020-MINSA.pdf>
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción en salud mental 2013-2020. Génova. Italia. 2013. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf
23. Organización Mundial de la Salud (OMS). Invertir en salud mental. 2004. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9241562579>
24. Martínez, C. La salud mental en un contexto de pobreza urbana: Una aproximación cualitativa. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública 27(1):61-65. México. 2009. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/1456/1117>

25. Lund, C., Breen, A., Flisher, AJ, Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, JA, Swartz, L. y Patel, V. Poverty and Common Mental Disorders in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *Social Science & Medicine*, 71, 517-528. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953610003576?via%3Dihub>
26. Caron, J., Liv, A. A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: Comparison between low- income and non-low-income population. *Canadá*. 2010. https://www.researchgate.net/publication/45100214_A_descriptive_study_of_the_prevalence_of_psychological_distress_and_mental_disorders_in_the_Canadian_population_comparison_between_low-income_and_non-low-income_populations
27. Quitian, H., Ruiz-Gaviria, R., Gómez-Restrepo, C. y Rondón, M. Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. 2015. <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/47942/Pobreza%20y%20trastornos%20mentales%20en%20la%20poblaci%20c3%b3n%20colombiana%20c%20e%20studio%20nacional%20de%20salud%20mental%202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Vicente, B., Saldivia, S., Pihán, R. Prevalencias y brechas hoy; salud mental mañana. Universidad de Concepción. Chile. 2016. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v22n1/art06.pdf>
29. Uynh, T. Oddo, V., Trejo, B., Moore, K., Quistberg, A. Ki, J. Asociación entre empleo informal y síntomas depresivos en 11 ciudades de América Latina. *Salud y Población*. Volúmen 18- El Servier-2020 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827322000805>
30. Miranda-Ruche, X. Consideraciones estructurales para la intervención en salud mental: pobreza, desigualdad y cohesión social. *Trabajo Social Global – Global Social Work*, 8(14), 108-124.

- 2018.<https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/64807/027196.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 2018. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
32. Rosa Chávez Yacila. El peso de la pobreza y el trabajo informal en la salud mental. Estudio del Portal de investigación Ojo público. Julio de 2022. <https://ojo-publico.com/3572/el-peso-de-la-pobreza-y-la-informalidad-en-la-salud-mental>
33. Saavedra, J. Pobreza y salud mental en la población adulta de Lima Metropolitana: Trastornos psiquiátricos y otros problemas de salud mental asociados. Revista Anales de Salud Mental. 2018 / volumen XXXIV (2). https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11814/Bajo_FloresPena_Katherine.pdf?sequence=1&isAllowed=y
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;XXIX:1392. <https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20EESM%20-LM.pdf>
35. Perales, A. Salud mental en el Perú: Variables socioeconómicas, políticas y culturales. Anales de la Salud Mental. IX: 83-107. Perú. 1993. http://repebis.upch.edu.pe/articulos/ansm/v9n1_2/a9.pdf
36. Espinoza, C. Asociación entre altura de residencia y depresión. Un estudio en 11 poblados del Perú 2012-2013. Universidad Ricardo Palma. Lima, 2018. <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/1310/55%20ESPINOZA%20GARCIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
37. Morán-Mariños, C. Alarcón-Ruiz, C. y Alva, C. Pobreza y su influencia en el riesgo y daño familiar en un distrito de Lima, Perú: Resultados por sectorización y atención primaria en salud. Universidad San Ignacio de Loyola. Lima, 2019. <https://repositorio.usil.edu.pe/items/86ee5fd0-090a-478b-b761-358546a33529>
38. Antiporta, DA, Cutipé, YL, Mendoza, M. *et al.* Síntomas depresivos entre adultos residentes peruanos en medio de un cierre nacional durante la pandemia de COVID-19. BMC Psiquiatría 21, 111 (2021). <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5485.pdf>

39. Lalonde, M. A new perspective on the health on the Canadians. Ottawa: Department of National Health and Welfare. 1974. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
40. Organización Panamericana de la Salud (OPS). El concepto de campo de la salud: Una perspectiva canadiense. En promoción de la salud: Una antología. Publicación científica N°557, págs. 3-5. Washington, DC. EE.UU. 1996.
- <https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/EI%20concepto%20de%20Campo%20de%20Salud%20-%20Una%20perspectiva%20canadiense.pdf>
41. Evans, R., Marmor, T., Barer, M. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones. España. 1996.<https://catalogosiidca.csuca.org/Record/UES.18295#description>
42. Caballero, E., Moreno, M., Sosa, M., Figueroa, E., Vega, M., Columbie, L. Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. España. 2012.
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2012/ifd1215d.pdf>
43. Ministerio de Salud (MINSA). Documento técnico: Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI). RM N°030-2020/MINSA. Perú, 2020.<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/496394/resolucion-ministerial-030-2020-MINSA.pdf>
44. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Mapa de pobreza monetaria provincial y distrital. Lima, Perú. 2018.https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1718/Libro.pdf
45. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Pobreza multidimensional, salud auto percibida y acceso a la salud en Chile: Generando conocimiento crítico para la acción en red en salud pública. Universidad del Desarrollo. Santiago de Chile. 2017.<https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/1633/Pobreza%20multidimensional%20C%20salud%20autopercibida%20y%20acceso%20a%20salud%20en%20Chile.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

46. Organización Mundial de la Salud (OMS). Social justice and equity in health report on a WHO meeting. Leeds, Reino Unido: WHO Regional Office for Europe. 1985. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf
47. Organización Mundial de la Salud (OMS). Glosario de promoción de la salud. Suiza, 1998. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
48. Cárdenas, E., Juárez, C., Moscoso, R., Vivas, J. Determinantes sociales en salud. Universidad ESAN. Lima, Perú. 2017. https://repositorio.esan.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12640/1215/SGD_61.pdf?sequence=1&isAllowed=y
49. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (ICD-10) CIE-10. EE.UU. 2015. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6282/Volume1.pdf>
50. Ministerio de Salud (MINSA). Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. NTS N°139-214-265-2018/MINSA. Lima, Perú. 2018. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4379.pdf>
51. Diario El Comercio, Lima, 16 de diciembre de 1859. <https://elcomercio.pe/archivo-elcomercio/>
52. Stucchi-Portocarrero, S. El tratamiento moral y los inicios del manicomio en el Perú. Revista de Neuropsiquiatría N°78 (3). Lima, Perú. 2015. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v78n3/a05v78n3.pdf>
53. Segura del Pozo, J. Desigualdades sociales en salud. Conceptos, estudios e intervenciones 1980-2010. Universidad Nacional de Colombia. Doctorado Inter-facultades en salud pública. 2013. <https://kipdf.com/desigualdades-sociales-en-salud-conceptos-estudios-e-intervenciones-5ae4b8ee7f8b9adc4f8b4636.html>

54. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud mental y desarrollo. Poniendo el objetivo en las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable. 2010. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/9789962642657-spa.pdf?sfvrsn=4ab1514d_2
55. Ministerio de Salud (MINSa). Fortalecimiento del primer nivel de atención en el marco del aseguramiento universal y descentralización en salud con énfasis en la atención primaria en salud renovada. Documento técnico. Perú. 2010. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/391057/Fortalecimiento_del_primer_nivel_de_atenci%C3%B3n_en_el_marco_del_aseguramiento_universal_y_descentralizaci%C3%B3n_en_salud_con_%C3%A9nfasis_en_la_atenci%C3%B3n_primaria_en_salud_renovada20191017-26355-oawum7.pdf
56. Elorza, M., Moscoso, N., Lago, F. Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales. Buenos Aires, Argentina. 2017. <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/836/898>
57. Presidencia de la República del Perú. Decreto Supremo. Reglamento de la Ley 30885 <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-30885-decreto-supremo-n-019-2020-sa-1866899-12/>
58. Clausen, J., Flor, J. Sobre la naturaleza multidimensional de la pobreza humana: Propuesta conceptual e implementación empírica para el caso peruano (Documento de trabajo 387). Departamento de Economía, Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). 2014. <https://files.pucp.education/departamento/economia/DDD387.pdf>
59. Caballo, V., Salazar, I., Garrado, L Programa de intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS). Libro del terapeuta. Ediciones Pirámide. Madrid. 2018 <https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/04/09.Caballo-27-1EsAL.pdf>
60. E Esbec, E. Echeburúa. La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V- Facultad de Psicología Universidad del País Vasco Actas Especiales de Psiquiatría 39 (1):1-11 2011. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/820_clinica_tr_personalidad_psicosis/material/esbec.pdf

61. Botto, A., Acuña, J., Jiménez, J. La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Revista. Médica de Chile. Vol.142 número.10 Santiago de Chile. 2014.

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001000010

62. Argimón, JM., Jiménez, J. Métodos de investigación clínica y epidemiología. Cuarta edición. El Servier. Barcelona, España. 2013.<https://www.casadellibro.com/libro-metodos-de-investigacion-clinica-y-epidemiologica-4-ed/9788480869416/2033037>

63. Gonzáles, M. Manual de estadística no paramétrica con stata y statistica. Universidad Veracruzana. Facultad de Estadística e Informática. Repositorio institucional. México, 2020.<https://cdigital.uv.mx/handle/123456789/47380?show=full>

64. Martínez, P. Ansiedad estado y ansiedad rasgo asociada a la ansiedad social en estudiantes de una universidad privada de Lima Sur. Perú, 2021.https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/4073/M-PSIC-T030_08197653_M%20%20%20MARTINEZ%20VALERA%20PEDRO%20ENRIQUE.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

ANEXO A: Declaración de Autenticidad



Escuela de Posgrado

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y NO PLAGIO

DECLARACIÓN DEL GRADUANDO

Por el presente, el graduando: *(Apellidos y nombres)*

Martinez Valera, Pedro Enrique

en condición de egresado del Programa de Posgrado:

Maestría en Salud Pública con mención en Administración Hospitalaria y Servicios de Salud

deja constancia que ha elaborado la tesis intitulada:

Pobreza asociada a los trastornos de ansiedad, de personalidad y depresión en adultos del Centro de Salud Mental Comunitario "Sarita Colonia", Callao.

Declara que el presente trabajo de tesis ha sido elaborado por el mismo y no existe plagio/copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica, de investigación, profesional o similar.

Deja constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no ha asumido como suyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de la Internet.

Asimismo, ratifica que es plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asume la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento y es consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, el graduando se somete a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y los dispositivos legales vigentes.


Mg. Pedro Enrique Martinez Valera

Firma del graduando

Agosto de 2022

Fecha

ANEXO B: Autorización de consentimiento para realizar la investigación

 **GOBIERNO REGIONAL CALLAO**

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"




CONSTANCIA N° 002-2022- COMITÉ DE ÉTICA/UI/DIRESACALLAO

El que suscribe, Presidente del Comité de Ética para la Investigación de la Dirección Regional de Salud del Callao, deja constancia que el proyecto de investigación titulado **"POBREZA ASOCIADA A LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DE PERSONALIDAD Y DEPRESIÓN EN ADULTOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SARITA COLONIA, CALLAO"**, ha sido evaluado y aprobado por nuestro Comité Institucional de Ética en Investigación, no habiéndose encontrado objeciones en dicho protocolo de acuerdo a los estándares propuestos por nuestro Comité y se ejecutará bajo la responsabilidad de **PEDRO ENRIQUE MARTÍNEZ VALERA**.

La fecha de aprobación tendrá vigencia desde el 22 de marzo del 2022 hasta el 22 de marzo del 2023; los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Se debe notificar a este comité cualquier cambio en el Protocolo, en el consentimiento informado o eventos adversos, así mismo se deberán presentar informes trimestrales de los avances efectuados, de igual forma al finalizar su investigación deberá ser presentada de forma física y magnética a través de la Unidad de investigación de la DIRESA Callao.


EDUARDO A. COLET ALBORNOZ
DNI 71578184
Presidente
Comité de Ética para la Investigación
Unidad de Investigación No. 5 del Callao

Callao, 22 de marzo del 2022

3: Autorización para realizar la investigación



Escuela de Posgrado

AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL AREA O DEPENDENCIA DONDE SE REALIZARA LA INVESTIGACIÓN

Dejo constancia que el área o dependencia que dirijo, ha tomado conocimiento del proyecto de tesis titulado:

Pobreza asociada a los trastornos de ansiedad, de personalidad y depresión en adultos del Centro de Salud Mental Comunitario "Sarita Colonia", Callao.

el mismo que es realizado por el Sr./Srta. Estudiante (Apellidos y nombres):

Magister Martinez Valera, Pedro Enrique

, en condición de estudiante - investigador del Programa de:

Maestría en Salud Pública con mención en Administración Hospitalaria y Servicios de Salud

Así mismo señalamos, que según nuestra normativa interna procederemos con el apoyo al desarrollo del proyecto de investigación, dando las facilidades del caso para aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

En razón de lo expresado doy mi consentimiento para el uso de la información y/o la aplicación de los instrumentos de recolección de datos:

Nombre de la empresa:	Autorización para el uso del nombre de la Empresa en el Informe Final	SI
		NO

Apellidos y Nombres del Jefe/Responsable del área:	Cargo del Jefe/Responsable del área:
--	--------------------------------------

Teléfono fijo (incluyendo anexo) y/o celular:	Correo electrónico de la empresa:
---	-----------------------------------

Dirección Regional de Salud-DIRESA Callao

22 de marzo del 2022

Dr. Eduardo Nicoletti Albornoz, presidente CEI- DIRESA CALLAO

Firma

Fecha

EXPRESIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:de.....del 2021

Hora:

Yo: con DNI

Declaro que he sido informado por el Mg. Pedro Enrique Martinez Valera, en torno a la investigación académica que viene desarrollando, titulada, Pobreza asociada a los trastornos de ansiedad, de personalidad y depresión en adultos del Centro de Salud Mental Comunitario "Sarita Colonia", Callao, y en tal sentido acepto la utilización de mis datos e información clínica siempre y cuando éstos no sean difundidos por ningún motivo ni medio, así como que se mantenga el anonimato de mi persona.

.....
Firma o huella digital del paciente
o representante legal
DNI N°

.....
Firma y sello del personal de salud
que informa y toma consentimiento
DNI N°

REVOCATORIA/DESESTIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO

Fecha:de.....del 2021

.....
Firma o huella digital del paciente
o representante legal
DNI N°

.....
Firma y sello del personal de salud
que informa y toma consentimiento
DNI N°

ANEXO C: Matriz de consistencia

TÍTULO	PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES DE ESTUDIO	INDICADORES	DISEÑO
<p>Pobreza y trastornos de ansiedad, de personalidad y depresión en adultos del Centro de Salud Mental Comunitario “ Sarita Colonia” , Callao.</p>	<p>Problema general PG. ¿Existe asociación entre pobreza y trastornos de ansiedad, de personalidad y depresión en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022?</p>	<p>Objetivo general OG. Determinar la asociación entre pobreza y trastornos de ansiedad, de personalidad y depresión en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022.</p>	<p>Hipótesis general HG. Existe asociación entre pobreza y trastornos de ansiedad, de personalidad y depresión en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022.</p>	<p>V1. Pobreza</p>	<p>Índice de pobreza económica</p>	<p>Siendo consciente de los diferentes enfoques y terminología metodológica existentes, entre diversos autores, hemos optado por la clasificación dado por Argimón y Jiménez.</p> <p>Tipo. La presente investigación es de tipo descriptiva correlacional o de asociaciones cruzadas, ya que pretende observar y caracterizar como es una realidad, estableciéndose las posibles asociaciones</p>
	<p>Problemas específicos</p>	<p>Objetivos específicos</p>	<p>Hipótesis específicas</p>	<p>V2. Trastornos de ansiedad</p>	<p>Síntomas y criterio diagnóstico</p>	
	<p>P1. ¿Cuál es el nivel de pobreza en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud</p>	<p>O1. Describir el nivel de pobreza en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el</p>	<p>H1. Existe alto nivel de pobreza en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud</p>	<p>V3. Trastornos de personalidad</p>	<p>Síntomas y criterio diagnóstico</p>	

	<p>Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022?</p> <p>P2. ¿Cuál es la característica de los trastornos de ansiedad, de personalidad y depresión en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022?</p> <p>P3. ¿Existe asociación entre pobreza y trastornos de ansiedad en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud</p>	<p>Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022.</p> <p>O2. Describir la característica de los trastornos de ansiedad, de personalidad y depresión en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022.</p> <p>O3. Analizar la asociación entre pobreza y trastornos de ansiedad en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud</p>	<p>Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022.</p> <p>H2. Existe alto nivel de trastornos de ansiedad, de personalidad y depresión en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022.</p> <p>H3. Existe asociación entre pobreza y trastornos de ansiedad en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita</p>	<p>V4. Depresión</p>	<p>Síntomas y criterio diagnóstico</p>	<p>entre sus cuatro variables de estudio.</p> <p>Método. Se ha empleado el método transversal retrospectivo, al ser medidas las variables en un momento determinado y por una sola vez, siendo nuestra investigación posterior a los hechos, al haberse dado éstos con anterioridad.</p> <p>Diseño. El diseño de nuestro estudio es no experimental, ya que no se manipula alguna variable, no pudiéndose determinar la relación existente entre causa y efecto.</p>
--	--	---	---	-----------------------------	---	--

	<p>Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022?</p> <p>P4. ¿Existe asociación entre pobreza y trastornos de personalidad en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022?</p> <p>P5. ¿Existe asociación entre pobreza y depresión en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del</p>	<p>Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022.</p> <p>O4. Analizar la asociación entre pobreza y trastornos de la personalidad en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022.</p> <p>O5. Analizar la asociación entre pobreza y depresión en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del</p>	<p>Colonia” del Callao durante los años 2017-2022.</p> <p>H4. Existe asociación entre pobreza y trastornos de la personalidad en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022.</p> <p>.</p> <p>H5. Existe asociación entre pobreza y depresión en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los</p>			
--	---	--	---	--	--	--

	Callao durante los años 2017-2022?	Callao durante los años 2017-2022.	años 2017-2022.			
--	------------------------------------	------------------------------------	-----------------	--	--	--



CONSULTA				
FECHA HORA:		EDAD:		
Motivo de la consulta:		Tiempo de Enfermedad:		
Apetito: Sed:		Sueño: Estado de ánimo:		
Orina:		Denociaciones:		
Ex. Físico T°:	PA:	FC: FR: Peso:	Talla:	IMC:
DIAGNÓSTICO		TRATAMIENTO		
		Exámenes auxiliares		
		Referencia (lugar y motivo):		
Próxima Cita: Atendido por:		Firma y Sello: (Colegio prof.)		
Observación:				
CONSULTA				
FECHA HORA:		EDAD:		
Motivo de la consulta:		Tiempo de Enfermedad:		
Apetito: Sed:		Sueño: Estado de ánimo:		
Orina:		Denociaciones:		
Ex. Físico T°:	PA:	FC: FR: Peso:	Talla:	IMC:
DIAGNÓSTICO		TRATAMIENTO		
		Exámenes auxiliares		
		Referencia (lugar y motivo):		
Próxima Cita: Atendido por:		Firma y Sello: (Colegio prof.)		
Observación:				
NOMBRES Y APELLIDOS				
N° HC:				

D.2 Declaración de compromiso de confidencialidad y no divulgación

Declaración de compromiso de confidencialidad, no divulgación, reserva y resguardo de información y datos personales

Título de la investigación: **Pobreza asociada a los trastornos de ansiedad, de personalidad y depresión en adultos del Centro de Salud Mental Comunitario “SARITA COLONIA”, Callao.**

Tesis para optar: **El grado de Maestro en Salud Pública con mención en Administración Hospitalaria y Servicios de Salud.**

Nombre investigador: **Mg. Pedro Enrique Martínez Valera.**

Institución: **Universidad Ricardo Palma- Escuela de Posgrado URP-EPG**

Yo, **Mg. Pedro Enrique Martínez Valera, identificado con DNI 08197653** por medio de la presente declaración, me comprometo a mantener la más estricta reserva y no realizar ninguna divulgación sobre el contenido de la información y actuar bajo estrictos criterios de confidencialidad.

El presente compromiso me responsabiliza respecto de la información que me sea proporcionada por el **Centro de Salud Mental Comunitario “SARITA COLONIA”, Callao**, ya sea de forma oral, escrita, impresa, sonora, visual, electrónica, informática u holográfica, contenida en cualquier tipo de documento, que puede consistir principalmente en reportes oficiales, historias clínicas, estadísticas o cualquier otro registro que documente el ejercicio de las facultades, funciones y competencias en el área de la salud mental.

Es mi responsabilidad no reproducir, hacer pública o divulgar a terceros la información objeto del presente **Declaración de Compromiso de Confidencialidad**, y de cumplir con las medidas de seguridad adecuadas al tipo de documento con el que se trabaje.

En virtud a lo antes señalado, firmo la presente **Declaración de Confidencialidad, No Divulgación, Reserva y Resguardo de Información y Datos Personales**, en la ciudad de **Lima, el 16 de febrero del 2022.**

FIRMADO EN ORIGINAL ENTREGADO A LA DIRESA CALLAO

.....
Mg. Pedro Enrique Martínez Valera
DNI 08197653