

PEDRO MARTINEZ VALERA



Neoliberalismo, Pobreza y Trastornos mentales

Ansiedad,
Depresión y
Trastornos de la
Personalidad
en el Callao



Pedro Martinez Valera

(Lima, 1962)

Doctorando en Ciencia Política y Relaciones Internacionales. Magister en Psicología Clínica y de la Salud. Magister en Salud Pública con mención en Administración Hospitalaria y de Servicios de Salud. Arquitecto con cerca de 30 años de ejercicio profesional. Académico e investigador en la Universidad Ricardo Palma. Actual director del Grupo de Comunicación Multimedia APERTURA (www.apertura.com.pe). Fue director y conductor del programa de televisión Contacto Vecinal en Best Cable-Canal 3. Sus investigaciones han sido publicadas en los diarios El Comercio, Perú 21, La República, El Sol, La Primera y en la revista Hildebrandt en sus Trece. También en Frecuencia Latina Canal 2, en América Televisión Canal 4, Canal N, en RBC Canal 11, en Radio Miraflores y en Radio Capital del Grupo RPP.

Ha publicado cerca de 200 artículos en el diario El Comercio. Autor del libro, Escuelas de Corrupción. Alcaldes, Empresarios, Regidores y Funcionarios Municipales en el delito. Fue asesor del director de la Biblioteca Nacional del Perú, vicepresidente de la Comisión de su Nuevo Local en San Borja y miembro de la Comisión Consultiva de la Dirección Nacional de Bibliotecas Públicas. Siendo coautor del Proyecto de la Nueva Biblioteca Pública del Congreso de la República, frente a la Plaza Bolívar en el Centro de Lima. Autor del libro, Los Usuarios se Rebelan. La Problemática de nuestras Bibliotecas Públicas Municipales y su relación con los Museos, Archivos, Parques, Reservas y Santuarios Naturales, que va en su segunda edición.

Polémico e incisivo entrevistador y acucioso investigador periodístico en temas de gobiernos locales y regionales, salud, educación y deporte. Próximo a publicar en coautoría su cuarto libro titulado: ¿Por qué los Universitarios no Participan en Clases? Programa de Entrenamiento para reducir la Ansiedad Social, Estado y Rasgo. Actualmente, se encuentra finalizando una investigación -a ser publicada-, que lleva por título: Del "Yo" freudiano al "Yo Líquido" de Bauman. Disertaciones y Reflexiones Introdutorias de Psicoanálisis. Ha realizado estudios de Doctorado en Administración de Negocios Globales, en la Universidad Ricardo Palma (URP), y en el Doctorado de Educación, en la Universidad San Ignacio de Loyola (USIL).

PEDRO MARTINEZ VALERA

Neoliberalismo, Pobreza y Trastornos mentales

**Ansiedad, Depresión y Trastornos
de la Personalidad en el Callao**

Apertura
Grupo de Comunicación Multimedia

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 mujer Patricia Paz y a nuestros hijos Rodrigo y Diego.
A mis hermanos Gloria Cristina y Miguel Ángel.

Título:

“Neoliberalismo, Pobreza y Trastornos mentales”

“Ansiedad, Depresión y Trastornos de la Personalidad en el Callao”

Primera edición digital, Lima, Noviembre 2022

Libro electrónico disponible en www.apertura.com.pe

© Pedro Martínez Valera, 2022

© APERTURA SAN BORJA

Grupo de Comunicación Multimedia, 2022

Av. José Galvez Barrenechea 1392 - Oficina 400

San Borja, Teléfono 225 4233

Traducción: Rodrigo Martínez Paz

Corrección de textos: Gisella De Fina Puentes

Marketing digital: Diego Martínez Paz

Diseño gráfico: Patricia Paz Muro

Luis Alberto Nájera Mallqui

Miky Lazo Evangelista

Diseño de portada: Luis Alberto Nájera Mallqui

Diagramación: Luis Alberto Nájera Mallqui

ISBN: 978-612-49090-1-6

Hecho el depósito legal en la

Biblioteca Nacional del Perú N° 2022-11474

INDICE DE CONTENIDO

	Página
PÁGINAS PRELIMINARES	
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	v
Índice de contenido	vii
Listado de tablas	ix
Listado de figuras	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción del problema	5
1.2 Formulación del problema	10
1.2.1 Problema general	10
1.2.2 Problemas específicos	10
1.3 Importancia y justificación del estudio	11
1.4 Delimitación del estudio	13
1.5 Objetivos de la investigación	15
1.5.1 Objetivo general	15
1.5.2 Objetivos específicos	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	17
2.1 Marco histórico	19
2.2 Investigaciones relacionadas con el tema	21
2.2.1 Antecedentes internacionales	21
2.2.2 Antecedentes nacionales	26
2.3 Estructura teórica y científica que sustenta el estudio	32
2.4 Definición de términos básicos	39
2.5 Fundamentos teóricos que sustentan el estudio	44
2.6 Hipótesis	49
2.6.1 Hipótesis general	49
2.6.2 Hipótesis específicas	49
2.7 Variables de estudio	50
2.7.1 Matriz de operacionalización de variables	52
2.7.2 Continuación de la matriz de operacionalización de variables	53

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	55
3.1 Tipo, método y diseño de la investigación	57
3.2 Población y muestra	58
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	60
3.4 Descripción de procedimientos de análisis de datos	61
3.5 Consideraciones éticas	62
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	63
4.1 Resultados	65
4.2 Análisis y discusión de resultados	77
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	87
5.1 Conclusiones	89
5.2 Recomendaciones	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS	103
Anexo A: Matriz de consistencia	105
Anexo B: Protocolos o instrumentos utilizados	108
Anexo C: Cuadro estadístico de los trastornos mentales en adultos del CSMC “Sarita Colonia” Callao 2017-2022	110
Anexo D: Salud mental y neoliberalismo	114
Anexo E: Locura y neoliberalismo. El lugar de la antipsiquiatría en la salud mental contemporánea	123

LISTADO DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de la distribución de la variable pobreza	65
Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de la variable trastornos de depresión	66
Tabla 3. Frecuencias y porcentajes de la variable trastornos de ansiedad	67
Tabla 4. Frecuencias y porcentajes de la variable trastornos de la personalidad	68
Tabla 5. Prueba de normalidad de las variables de estudio	69
Tabla 6. Correlación múltiple entre pobreza, ansiedad, trastornos de la personalidad y depresión	69
Tabla 7. Anova del modelo de regresión entre pobreza, ansiedad, trastornos de la personalidad y depresión	70
Tabla 8. Correlación múltiple entre depresión y la ansiedad, trastornos de la personalidad, pobreza	70
Tabla 9. Anova del modelo de regresión entre la depresión y los trastornos de ansiedad, los trastornos de la personalidad, pobreza	71
Tabla 10. Correlación múltiple entre trastornos de ansiedad y los trastornos de la personalidad, pobreza, depresión	71
Tabla 11. Anova del modelo de regresión entre los trastornos de ansiedad y los trastornos de la personalidad, pobreza, depresión	72
Tabla 12. Correlación múltiple entre trastornos de la personalidad y pobreza, depresión y trastornos de ansiedad	72
Tabla 13. Anova del modelo de regresión entre trastornos de la personalidad y pobreza, depresión, ansiedad	73
Tabla 14. Relación entre pobreza y trastornos de ansiedad	73
Tabla 15. Relación entre pobreza y trastornos de la personalidad	74
Tabla 16. Relación entre pobreza y depresión	74
Tabla 17. Correlación múltiple entre trastornos de ansiedad y los trastornos de la personalidad, depresión	75
Tabla 18. Anova del modelo de regresión entre los trastornos de ansiedad y los trastornos de la personalidad, depresión	75
Tabla 19. Correlación múltiple entre depresión y trastornos de la personalidad, trastornos de ansiedad	76
Tabla 20. Anova del modelo de regresión entre la depresión y los trastornos de ansiedad, con los trastornos de la personalidad	76

LISTADO DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Evolución de las Teorías y Modelos Biologista, Ecológico y de Campo	33
Figura 2. Modelo de Campo de la Salud y sus Determinantes	35
Figura 3. Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)	36
Figura 4. Modelo de Atención Integral en Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC)	37
Figura 5. Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)	38
Figura 6. Relaciones entre la vulnerabilidad, los problemas de salud mental y los resultados adversos del desarrollo	46
Figura 7. Delimitación de la Atención Primaria en Salud Renovada en relación al Primer Nivel de Atención de Salud	48
Figura 8. Distribución de la cantidad de pobreza según la muestra	65
Figura 9. Distribución de la cantidad de personas con depresión según la muestra	66
Figura 10. Distribución de la cantidad de personas con ansiedad según la muestra	67
Figura 11. Distribución de la cantidad de personas con trastornos de la personalidad según la muestra	68

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 correlación 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 $.054$ [R²], 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. No hemos querido quedarnos, con cifras frías, producto de la estadística descriptiva e inferencial, del análisis cuantitativo y del paradigma positivista galopante. Nuestro país está inmerso en una economía neoliberal, donde predomina “salvajemente”, el mercado sobre el Estado. Aunque para algunos, el neoliberalismo no es el causante de la pobreza, ni el activador de los trastornos mentales, sino la “mala gestión del Estado”, nuestra posición, va en contra corriente: No solo el mercado, como la “vedette” del neoliberalismo, causa pobreza y trastornos mentales en nuestro país, sino, algo más grave, crea el llamado “poder psicopolítico” y las “subjetividades” en las personas, tal como bien lo desarrollan, los artículos que incluimos como textos, de urgente lectura.

Palabras clave: Neoliberalismo. 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 correlation ($p = .052$; $F = 2.640$), between poverty (predictive variable) and anxiety, personality and depression disorders (consequent variables), observing that the value obtained of .054 [R²], 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. We have not wanted to stay with cold figures, a product of descriptive and inferential statistics, quantitative analysis and the galloping positivist paradigm. Our country is immersed in a neoliberal economy, where the market prevails “savagely” over the State. Although for some, neoliberalism is not the cause of poverty, nor the trigger of mental disorders, but the “bad management of the State”, our position goes against the current: Not only the market, as the “vedette” of the neoliberalism, causes poverty and mental disorders in our country, but, something more serious, creates the so-called “psychopolitical power” and “subjectivities” in people, as it is well developed, the articles that we include as texts, of urgent reading.

Keywords: Neoliberalism. 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 disfun-

cional 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
- 1.2 Formulación del problema
 - 1.2.1 Problema general
 - 1.2.2 Problemas específicos
- 1.3 Importancia y justificación del estudio
- 1.4 Delimitación del estudio
- 1.5 Objetivos de la investigación
 - 1.5.1 Objetivo general
 - 1.5.2 Objetivos específicos

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 los trastornos mentales o enfermedades neuropsiquiátricas, ocupan el primer lugar con el 17,5% de incidencia. Muy por encima de los accidentes de tránsito, las enfermedades cardiovasculares, cáncer, infecciones respiratorias, deficiencias nutricionales, diabetes mellitus tipo 2 y otras (3). Según estudios epidemiológicos, el 20,7% de la población peruana menor de 12 años de edad, sufre algún tipo de trastorno mental. Siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad, depresión, consumo perjudicial de alcohol, 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 utilización y lo que es más importante, 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 causas que impiden a nuestra población 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 explica 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).

1.3.1 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 de el 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 y 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
- 2.2 Investigaciones relacionadas con el tema
 - 2.2.1 Antecedentes internacionales
 - 2.2.2 Antecedentes nacionales
- 2.3 Estructura teórica y científica que sustenta el estudio
- 2.4 Definición de términos básicos
- 2.5 Fundamentos teóricos que sustentan el estudio
- 2.6 Hipótesis
 - 2.6.1 Hipótesis general
 - 2.6.2 Hipótesis específicas
- 2.7 Variables de estudio
 - 2.7.1 Matriz de operacionalización de variables
 - 2.7.2 Continuación de la matriz de operacionalización de variables

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 dió 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 factores asociados con los trastornos mentales comunes. Este informe internacional remarca, 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. La pobreza puede entonces considerarse, como un determinante social importante de los trastornos mentales y viceversa, de tal manera que ambos aparecen unidos en 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. Asimismo, el estudio indicó, 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. 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, se contraponen con los de otros países, probablemente por la medida de pobreza que se utilizó, la cual no se limita únicamente a los ingresos, sino que tiene en cuenta una gran parte de los 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, la reducción 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).

Una interesante investigación que fue la realizada por Saavedra (33), se propuso explorar la relación entre el nivel socioeconómico, expresado en términos de pobreza, y la presencia de trastornos psiquiátricos y otros problemas de salud mental, en la población adulta 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, siendo la edad promedio de 42,6 años. En cuanto al estado civil de las personas entrevistadas, el 56.6% era casada o conviviente y tenía instrucción secundaria (44,8%), presentando una tasa de analfabetismo de 3,1%. Un dato muy importante a destacar, es que el 39,8% de la muestra, se encontraba en alguna situación de pobreza.

Es así que, dentro de sus hallazgos, confirmó la existencia de una relación directa entre la presencia de trastornos mentales y el nivel de pobreza de las personas. Los pobres enfrentan muchos factores ambientales nada positivos, como viviendas inadecuadas, hacinamiento, desempleo o subempleo, los cuales crean una atmósfera que influye negativamente en su salud 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 esta relación entre pobreza y salud mental, es un efecto indirecto dependiente de las circunstancias que rodean a la pobreza; 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 realizado en la ciudad de Lima y Callao en el 2012 (34), el cual encontró una prevalencia de vida de trastornos mentales, de 26,1% en poblaciones que presentan algún nivel de pobreza. Comprobándose una

asociación directa entre los indicadores de pobreza, y los trastornos ansiosos y depresivos principalmente.

Asimismo, en el análisis psicométrico de los síntomas de cada uno de los trastornos estudiados, 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, aparecen por lo general entre los 25 y 44 años de edad, afectando predominantemente a la población económicamente activa. También el estudio encontró, que los trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos tienen implicancias económicas superiores a las generadas por la esquizofrenia. Mientras que la prevalencia anual de cualquier trastorno mental fue el 8,0% en las personas no pobres; en aquellas personas en situación de pobreza extrema, la prevalencia fue de un 18,8%, remarcando el autor, la importancia y necesidad de considerar la pobreza y todos sus componentes socioeconómicos, en todo estudio referido a la salud mental.

Un estudio pionero en nuestro país, tuvo como principal objetivo 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 factor de riesgo importante 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 po-

breza 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 diferentes sectores del distrito, los cuales fueron elegidos 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 alrededor de 250 familias en junio del 2017.

Como resultados obtenidos, los autores encontraron que el 77,9% de las familias se encontraban en situación de pobreza. De las 450 familias que se evaluaron, el nivel socioeconómico de mayor frecuencia fue pobre (64,4%), seguido de no pobre (22%) y pobre extremo (13,5%). El riesgo predominante de las familias evaluadas fue bajo (66,4%), seguido de mediano riesgo (27,1%). Las familias que presentaron algún factor de riesgo fueron 186 (41,3%), siendo el de mayor frecuencia la violencia familiar (23,6%), seguido de gestante adolescente o añosa con un 20,4%. 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, utilizaron la prueba Chi cuadrado con la finalidad de evaluar si las variables de estudio se encontraban asociadas; para calcular 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 las familias pobres tuvieron 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 adquirir algún 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 realizar intervenciones en las familias, sobre todo en las más pobres, aplicando medidas que modifiquen sus determinantes sociales de mala salud. También determinaron, 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 (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 en el módulo de salud mental, de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES-2018. Asimismo, utilizó el Índice de la Pobreza Multidimensional Global de Alkire y Jahan, el cual considera privaciones a nivel familiar, en las dimensiones de salud, educación y estándar de vida.

Tal como concluye el autor, los resultados muestran que las personas que viven en hogares con privaciones en una mayor cantidad de dimensiones, tienden a padecer más síntomas asociados a depresión y ansiedad. Esta asociación es robusta a la utilización de un indicador alternativo de pobreza multidimensional, que incluye 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. A su vez, que padecer privaciones en una dimensión adicional de pobreza multidimensional se asocia 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% es 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 tienden a padecer 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 que los indicadores identifiquen privaciones a nivel de la persona o individuo en aquellas dimensiones en las que la información disponible lo permite. Esta medida alternativa de pobreza multidimensional, incorporaría las dimensiones de salud, educación y empleo, que corresponderían a las privaciones a nivel individual; mientras que las dimensiones de vivienda, agua, saneamiento, energía, identificarían las privaciones 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 efecto sobre la salud mental de las personas, 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 Anteportá, 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 quedó 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 de manera desproporcionada, a las personas con ingresos bajos o desempleados y con escasa educación. Situación que también se evidenció 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.

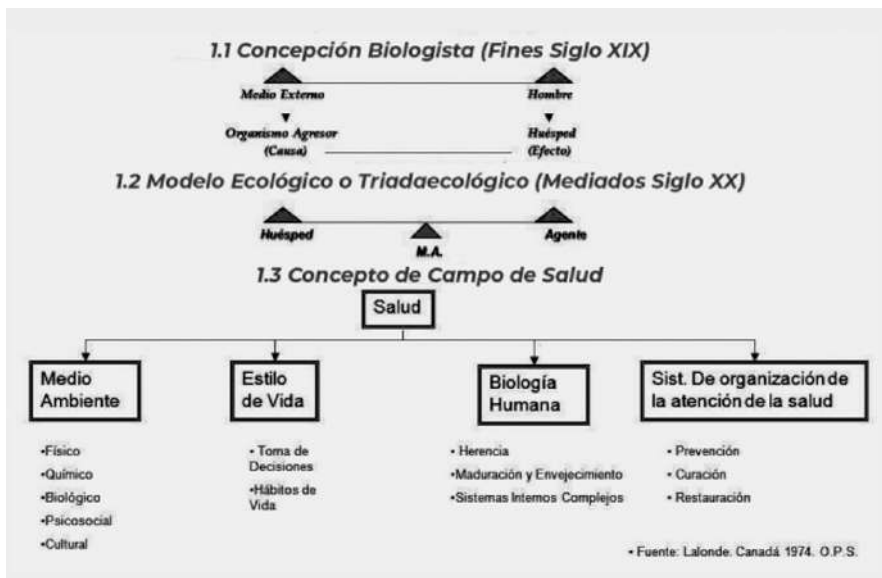


Figura 1. Evolución de las Teorías y Modelos Biologista, Ecológico y de Campo.

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 mostró 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.

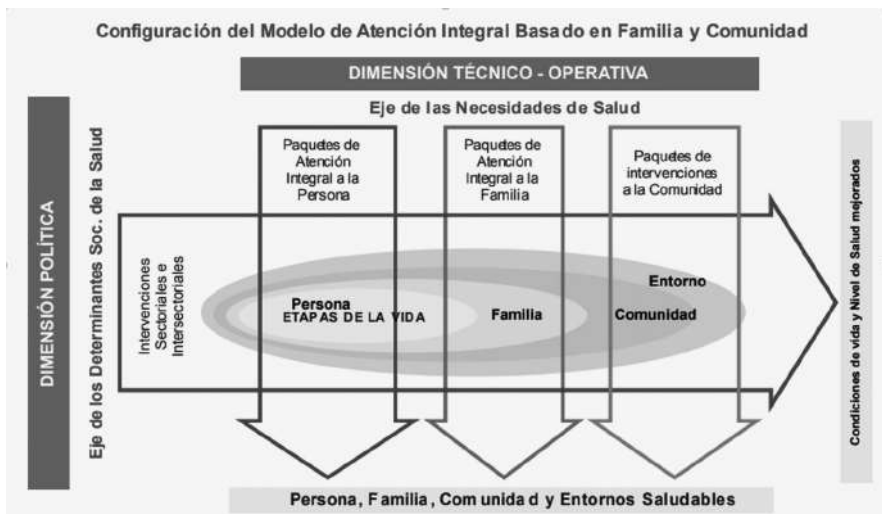


Figura 4. Modelo de Atención Integral en Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC)
Fuente: Modelos de atención de salud en Perú. Contextos e influencias. UPCH. 2013

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).

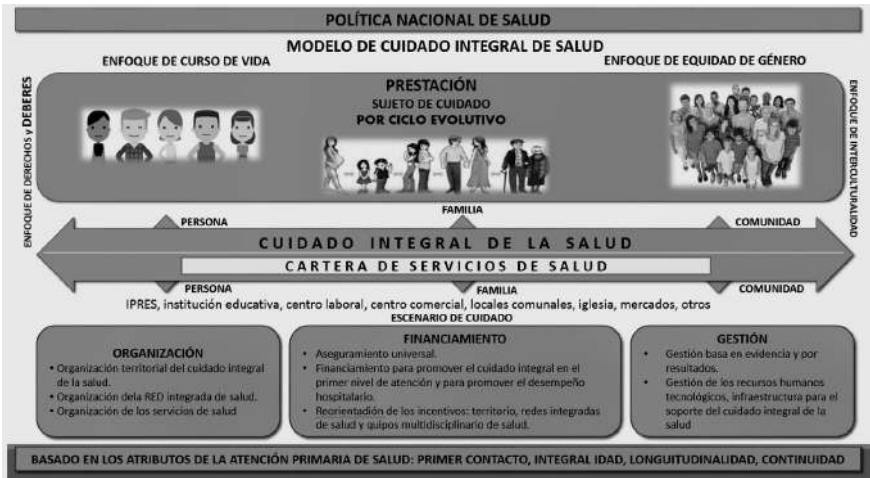


Figura 5. Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)

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, todas las personas deben tener las mismas oportunidades, para lograr su potencial en salud. La equidad, en consecuencia, se refiere a la creación de las mismas oportunidades para el acceso a la salud, así como a la reducción de las diferencias en salud al menor nivel posible (46).

2.4.5 POSICIÓN SOCIO-ECONÓMICA

Incluye los recursos materiales y sociales, al igual que la ubicación o la situación en una jerarquía social. Las posiciones sociales derivan de un determinado contexto social y son generadas por él, variando según las distintas sociedades (46).

2.4.6 SISTEMA DE SALUD

Conjunto de mecanismos cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud de las personas. Abarca los recursos humanos y la capacidad instalada, que se organiza por medio de un proceso administrativo y de una tecnología médica. Siendo su objetivo, el de ofrecer prestaciones de salud integrales, en cantidad suficiente y de calidad adecuada, para cubrir la demanda de los servicios, a un costo compatible con los recursos económicos disponibles (47).

2.4.7 DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD

Son las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, y que impactan en la salud de las personas. Esas condiciones son el resultado de la distribución del ingreso, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas públicas adoptadas (48).

2.4.8 PROBLEMAS PSICOSOCIALES

Es la alteración de la estructura y dinámica de las relaciones entre las personas, y entre éstas y su medio ambiente, como, por ejemplo, la violencia, la desintegración familiar, la desintegración comunitaria y social, la discriminación, entre otros (16).

2.4.9 TRASTORNO MENTAL

Es una condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente y el comportamiento, el organismo, la personalidad y la integración social, de forma transitoria o permanente (16).

2.4.10 TRASTORNO MENTAL GRAVE

Es el trastorno mental de evolución prolongada, cuya gravedad repercute de manera importante en su pensamiento, emociones, comportamiento, y tiene un tiempo de duración superior a los dos años, o deterioro progresivo marcado en el funcionamiento en los últimos seis meses, expresado en el abandono de sus roles sociales y en el riesgo de una evolución prolongada. Está asociado a discapacidad y dependencia psicosocial, que altera sus relaciones familiares, laborales y sociales, con la consecuente necesidad de cuidados y servicios de forma prolongada o reiterada (16).

2.4.11 TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Grupo de trastornos en los cuales la ansiedad es provocada exclusiva o predominantemente, por ciertas situaciones bien definidas, que por lo común no son

peligrosas. Como resultado, estas situaciones son típicamente evitadas, o son soportadas con pavor. La preocupación del paciente puede centrarse en síntomas particulares, como palpitaciones o sensación de desvanecimiento, y a menudo se asocia con temores secundarios a la muerte, a la pérdida de control y a la locura. La previsión del ingreso a una situación fóbica genera habitualmente ansiedad con anticipación. A menudo coexisten la ansiedad fóbica y la depresión. En otros tipos de este trastorno, como en la generalizada, la manifestación de ansiedad es el síntoma principal y no está restringida a ninguna situación específica del entorno. Puede haber también síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica, a condición de que éstos sean claramente secundarios o menos graves (49)

2.4.12 TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO

Este grupo de trastornos comprende una diversidad de afecciones y de rasgos conductuales clínicamente significativos, que tienden a ser persistentes y que parecen ser la expresión del estilo de vida característico de la persona y de su modo de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas afecciones y rasgos de la conducta surgen tempranamente en el curso del desarrollo individual, como producto tanto de factores constitucionales como de experiencias sociales, mientras otros se adquieren más tarde a lo largo de la vida. Los trastornos específicos corresponden a alteraciones graves de la personalidad y de las tendencias conductuales de la persona, que no proceden directamente de enfermedades, daños u otros traumas del cerebro, ni de otro trastorno psiquiátrico. Habitualmente afectan varias áreas de la personalidad. Casi siempre se asocian con aflicción personal considerable y con desorganización en la vida social. Por lo general, se manifiestan desde la niñez o desde la adolescencia, y se mantienen durante la edad adulta (49)

2.4.13 DEPRESIÓN O EPISODIO DEPRESIVO

En los episodios típicos depresivos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas (49).

2.4.14 TRASTORNO DEPRESIVO

Es un trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, como los descritos para el episodio depresivo, sin ninguna historia de otros episodios distintos en los que hubiera habido elevación del ánimo y aumento de la energía (manía). Sin embargo, puede haber episodios breves de ligera elevación del ánimo y de hiperactividad (hipomanía), inmediatamente después de un episodio depresivo, los cuales a veces son desencadenados por el tratamiento antidepresivo. Las formas más graves del trastorno depresivo recurrente, tienen mucho en común con situaciones más primarias, como las de depresión maniaco-depresiva, melancolía, depresión vital y depresión endógena. El primer episodio puede ocurrir a cualquier edad entre la niñez y la senectud. El comienzo puede ser tanto agudo como insidioso, y la duración del cuadro varía desde unas pocas semanas a varios meses. El riesgo de que un paciente con un trastorno depresivo recurrente sufra un episodio de manía, no desaparece jamás totalmente, por muchos que hayan sido los episodios depresivos que haya experimentado (49).

2.4.15 CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO (CSMC)

Es un establecimiento de salud categoría I-3 o I-4 especializado, o su correspondiente. Cuenta con psiquiatra y servicios especializados para niños/as y adolescentes, adultos y adultos mayores. Así como también, con servicios especializados en adicciones, participación social y comunitaria y servicios de farmacia. Realiza actividades para la atención ambulatoria especializada, de usuarios con trastornos mentales y/o problemas psicosociales, contribuyendo en su jurisdicción, con el fortalecimiento técnico y trabajo en red, de los establecimientos del primer nivel de atención en salud mental (16).

2.4.16 PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Es un proceso social, político y cultural, que se implementa desde la perspectiva del desarrollo humano. Se orienta al cuidado de la salud mental para lograr el máximo disfrute y bienestar común, tanto de la persona como de su comunidad. Para lograrla, es fundamental la participación organizada de la ciudadanía, a fin de tener una responsabilidad compartida con otras instituciones del estado y organizaciones sociales de base (16).

2.4.17 PREVENCIÓN DE TRASTORNOS MENTALES

Son aquellas intervenciones dirigidas a subgrupos de población, cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que el del promedio, según evidencia comprobada de factores de riesgo psicológico o social (16).

2.4.18 HISTORIA CLÍNICA

Es el documento médico legal, manuscrito, electrónico o informatizado, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos (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 Muñoz. Pero la gran cantidad de enfermos mentales y el creciente hacinamiento en sus instalaciones, lleva a Muñoz, 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).

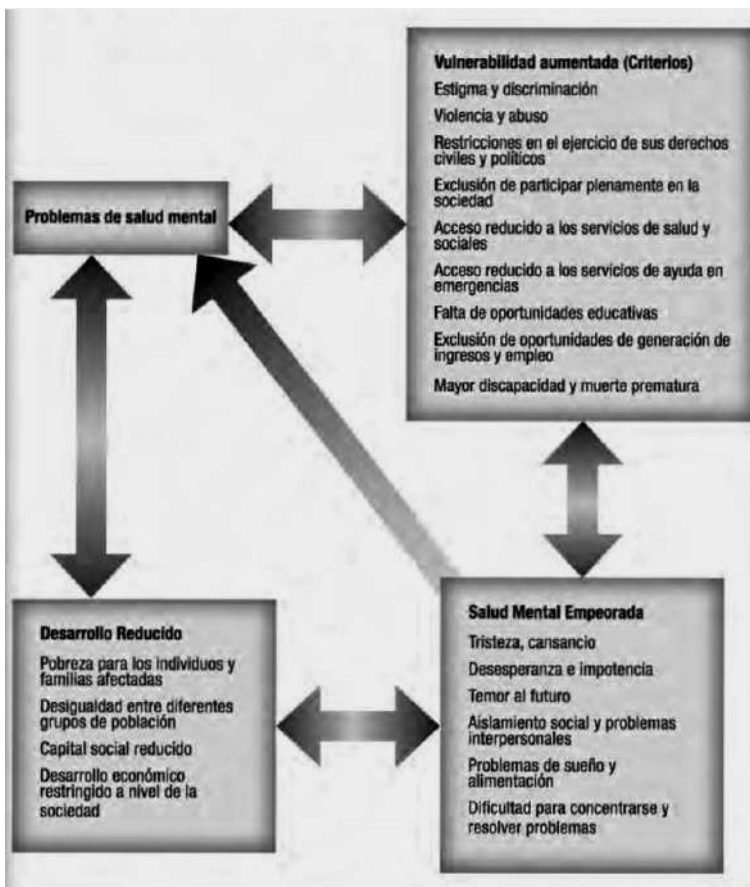


Figura 6. Relaciones entre la vulnerabilidad, los problemas de salud mental y los resultados adversos del desarrollo.

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 entredicho 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.

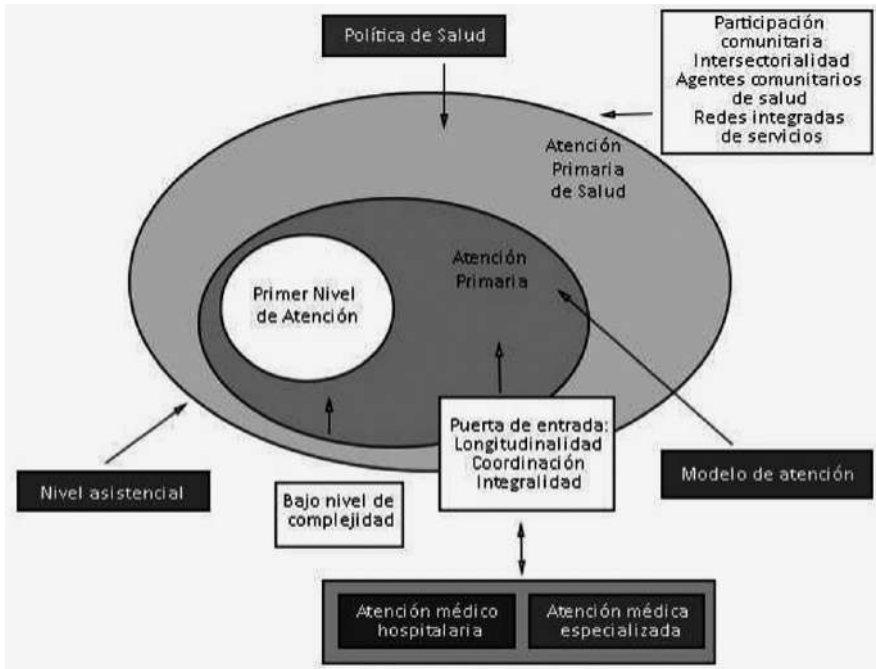


Figura 7. Delimitación de la Atención Primaria en Salud Renovada en relación al Primer Nivel de Atención en Salud.

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 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 sus relaciones sociales.	<ul style="list-style-type: none"> • Paranoide • Esquizoide • Disocial • Histriónico • Impulsivo • Límite • Otro 	Cualitativa o categórica	Indirecta	Síntomas y criterios diagnóstico	Ordinal	Afecciones y rasgos que alteran significativamente tanto el pensamiento como la conducta de la persona.	CIE-10 Clasificación Internacional de Enfermedades Historia Clínica Reportes CSMC SC	2.7.3

V4. Depresión	Tristeza, decaimiento en el ánimo, melancolía y 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 • Otros episodios depresivos 	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	ENAH0 HC-Reportes	2.7
Edad	No aplica	<ul style="list-style-type: none"> • No aplica 	Intervalo de edades	Directa	Politémica	Ordinal	Años de vida	ENAH0 HC-Reportes	2.7
Nivel educativo	No aplica	No aplica	Primaria Secundaria Superior	Directa	Politémica	Ordinal	Años de estudio	ENAH0 HC-Reportes	2.7

Capítulo III

MARCO METODOLÓGICO

- 3.1 Tipo, método y diseño de la investigación
- 3.2 Población y muestra
- 3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos
- 3.4 Descripción de procedimientos de análisis de datos
- 3.5 Consideraciones éticas

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 bivariadas, 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
- 4.2 Análisis y discusión 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.

Cantidades según pobreza

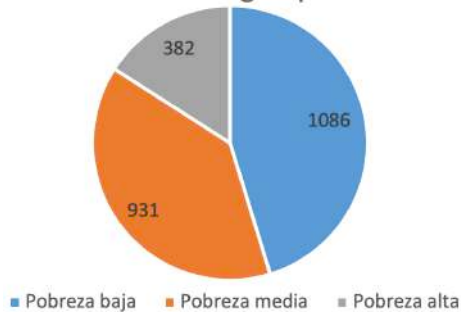


Figura 8. Distribución de la cantidad de pobreza según la muestra

Fuente. Reportes estadísticos DIRESA Callao. Historias clínicas

Elaboración. Propia

La figura 8, nos presenta datos de la distribución de la muestra, percibiendo 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 los años 2017 hasta el 2022.

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.

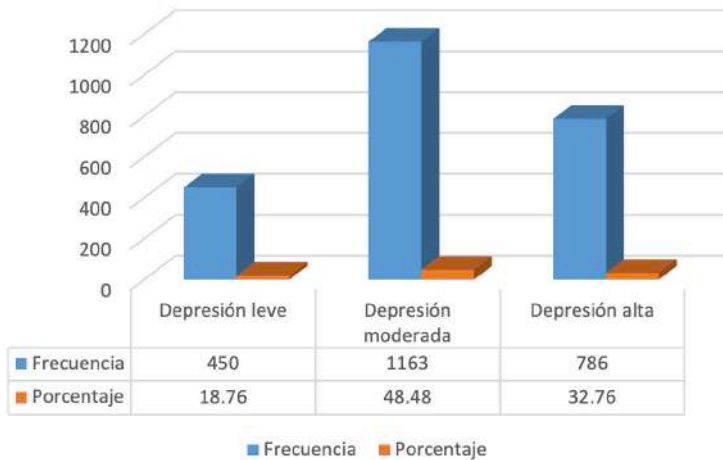


Figura 9. Distribución de la cantidad de personas con depresión, según la muestra

Fuente. Reportes estadísticos DIRESA Callao. Historias clínicas

Elaboración. Propia.

La figura 9, nos arroja datos de la distribución de la muestra según la variable depresión, percibiendo que la mayor cantidad de personas padecen con depresión moderada con 1163 adultos y la menor cantidad padece depresión leve con 450 adultos que acuden al CSMC Sarita Colonia, Callao, entre los años 2017 hasta el 2022.

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.

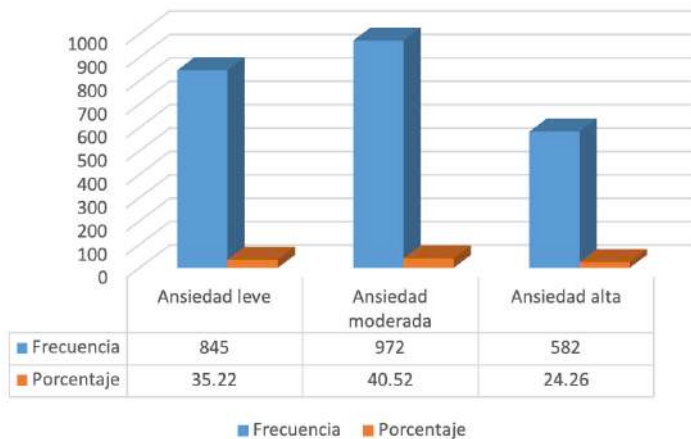


Figura 10. Distribución de la cantidad de personas con ansiedad, según la muestra

Fuente. Reportes estadísticos DIRESA Callao- Historias clínicas

Elaboración: Propia

La figura 10, nos arroja datos de la distribución de la muestra según la variable ansiedad, percibiendo que la mayor cantidad de personas padecen ansiedad en nivel moderado con 972 adultos y la menor cantidad padece ansiedad en nivel alto con 582 adultos que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Sarita Colonia, Callao, entre los años 2017 hasta el 2022.

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.

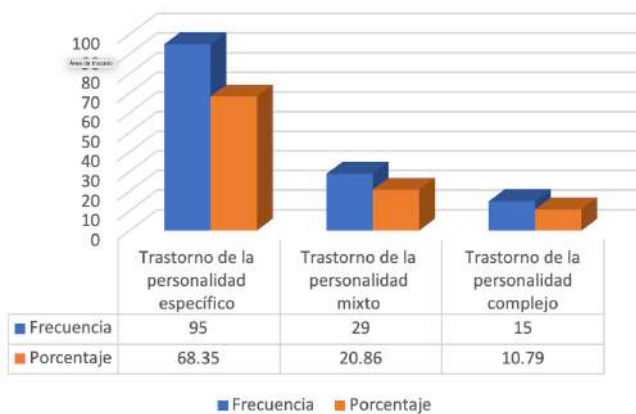


Figura 11. Distribución de la cantidad de personas con trastornos de la personalidad, según la muestra

Fuente. Reportes estadísticos DIRESA Callao- Historias clínica

Elaboración: Propia

La figura 11, nos arroja datos de la distribución de la muestra según los trastornos de la personalidad, percibiendo que la mayor cantidad de personas se encuentran ubicadas, en el tipo de trastorno de personalidad específico, con 95 adultos, y la menor cantidad la obtiene el trastorno de personalidad complejo con 15 adultos que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Sarita Colonia, Callao, entre los años 2017 hasta el 2022.

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	Estadísticos de cambio				
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	g1	g2	p
1	0,231 ^a	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 predictora) con los trastornos de personalidad, ansiedad y depresión (variables consecuentes). 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
	Regresión	3208.833	3	1069.611	2.640	0,052 ^b
1	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 ($F: 2.640$; $p > .05$).

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 predictora) con la ansiedad, trastornos de la personalidad y pobreza (variables consecuentes). 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 ($F: 3.177$; $p < .05$).

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	Estadísticos de cambio				
					Cambio en R cuadrado	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 predictor) con los trastornos de personalidad, pobreza 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 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 predictor de los trastornos de ansiedad ($F: 3.378$; $p < .05$).

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	Estadísticos de cambio				
					Cambio en R cuadrado	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 predictora) con la pobreza, depresión y trastornos de ansiedad (variables consecuentes). 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 ($F: 0.992$; $p > .05$).

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 ($r_s = .092$; $p > .05$). 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 =Rbo 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 ($r_s = -.155$; $p > .05$). 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 =Rbo 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 ($r_s = .053$; $p > .05$). 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
	Regresión	543.419	2	271.710	3.307	0,039 ^b
1	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 ($F: 3.307$; $p < .05$).

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	Estadísticos de cambio				
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	p
1	0.211 ^a	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 predictora) con los trastornos de ansiedad y los trastornos de personalidad (variables consecuentes). 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 Centro de Salud Mental 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 ($F: 3.272$; $p < .05$).

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 refrieron, 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 ($r_s = .092$; $p > .05$). 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 ($r_s = -.155$; $p > .05$). 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 estadísticamente significa-

tiva 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 variante de estudio predictora, 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 depre-

sivos 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.

En base a lo expuesto, padecer privaciones en una dimensión adicional de pobreza multidimensional, se asocia 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% es el caso de síntomas padecidos 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
- 5.2 Recomendaciones

5.1 Conclusiones

De acuerdo a 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 correlación 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 (MINSA) 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-mde-0di.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-IM.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. Con-

- trol y Prevención en Salud Mental. Perú, 2015. https://www.minsa.gob.pe/pre-supuestales/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_PDCR/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%3b%20colombiana%2c%20estudio%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://repositorio.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%20-EESM%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: De-

- partment 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/El%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://catalogo-sidca.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.gov.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%2C%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 stástica. 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:** Matriz de consistencia
- Anexo B:** Protocolos o instrumentos utilizados
- Anexo C:** Cuadro estadístico de los trastornos mentales en adultos del CSMC “Sarita Colonia” Callao 2017-2022
- Anexo D:** Salud mental y neoliberalismo
- Anexo E:** Locura y neoliberalismo. El lugar de la antipsiquiatría en la salud mental contemporánea

ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES DE ESTUDIO	INDICADORES	DISEÑO
Pobreza y trastornos de ansiedad, de personalidad y depresión en adultos del Centro de Salud Mental Comunitario "Sarita Colonia", Callao.	<p>PG. ¿Existe asociación entre pobreza y trastornos de ansiedad, 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>Problemas específicos</p> <p>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?</p> <p>P2. ¿Cuál es la</p>	<p>Objetivo general</p> <p>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>Objetivos específicos</p> <p>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.</p> <p>O2. Describir la característica de los</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>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>Hipótesis específicas</p> <p>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.</p> <p>H2. Existe alto nivel de trastornos de ansiedad, de personali-</p>	<p>V1. Pobreza</p> <p>V2. Trastornos de ansiedad</p> <p>V3. Trastornos de personalidad</p> <p>V4. Depresión</p>	<p>Índice de pobreza económica</p> <p>Síntomas y criterio diagnóstico</p> <p>Síntomas y criterio diagnóstico</p> <p>Síntomas y criterio diagnóstico</p>	<p>Siendo consciente de los diferentes enfoques y terminología metodológica existentes, entre diversos autores, hemos optado por la clasificación dado por Argimón y Jimenez.</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 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,</p>

<p>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 Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022?</p>	<p>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 Mental Comunitario “Sarita Colonia” del Callao durante los años 2017-2022.</p>	<p>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 Colonia” del Callao durante los años 2017-2022.</p>	<p>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>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>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>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>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>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>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>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>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>P5. ¿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>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>O5. 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>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>H5. 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>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>depresión en adultos de 30 a 59 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Saritá Colonia” del Callao durante los años 2017-2022.</p>	<p>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 “Saritá 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 “Saritá Colonia” del Callao durante los años 2017-2022?</p>	
--	--	--	---	---	---	--

ANEXO C: CUADRO ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN ADULTOS DEL CSMC “SARITA COLONIA” CALLAO 2017-2022

CUADRO DE METAS POR ESTABLECIMIENTO 2017 - 2022 CENTRO DE SALUD MENTAL SARITA COLONIA																				
FUENTE: REPORTE SALUD MENTAL, REPORTE MORBILIDAD Adultos de 30 a 59 años																				
AÑOS	CODIGOS CONSIDERADOS	MORBILIDAD	ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL			MAYO			JUNIO		
			M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
2017	F32	EPISODIOS DEPRESIVOS	0	7	7	1	0	1	3	8	11	5	11	16	0	15	15	2	10	12
	F33	EPISODIOS DEPRESIVOS RECURRENTES	1	2	3	0	4	4	0	1	1	10	8	18	0	8	8	0	3	3
	F40 - F48	TRASTORNO DE ANSIEDAD	5	17	22	7	21	28	4	9	13	12	14	26	3	19	22	5	11	16
	F60 - F68	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y COMPORTAMIENTO DEL ADULTO	1	4	5	0	0	0	0	0	0	3	1	4	0	0	0	0	0	0
2018	F32	EPISODIOS DEPRESIVOS	1	4	5	1	8	9	0	6	6	3	10	13	2	2	4	0	1	1
	F33	EPISODIOS DEPRESIVOS RECURRENTES	0	0	0	0	7	7	0	3	3	0	3	3	0	2	2	0	3	3
	F40 - F48	TRASTORNO DE ANSIEDAD	2	7	9	2	5	7	6	10	16	4	6	10	0	5	5	0	3	3
	F60 - F68	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y COMPORTAMIENTO DEL ADULTO	1	0	1	3	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
2019	F32	EPISODIOS DEPRESIVOS	0	13	13	4	10	14	4	7	11	3	6	9	0	5	5	3	12	15
	F33	EPISODIOS DEPRESIVOS RECURRENTES	0	1	1	0	2	2	2	2	4	0	0	0	1	2	3	0	1	1
	F40 - F48	TRASTORNO DE ANSIEDAD	1	3	4	2	5	7	1	5	6	8	8	16	14	30	44	14	24	38
	F60 - F69	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y COMPORTAMIENTO DEL ADULTO	0	0	0	1	0	1	0	1	1	2	0	2	0	1	1	0	1	1

AÑOS		CODIGOS CONSIDERADOS	MORBILIDAD	JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE			ANUAL		
				M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
2017	F32	EPISODIOS DEPRESIVOS	0	5	5	0	1	1	2	6	8	0	2	2	0	0	0	1	5	6	14	70	84	
	F33	EPISODIOS DEPRESIVOS RECURRENTES	0	1	1	2	3	5	2	1	3	0	0	0	1	0	1	2	0	2	18	31	49	
	F40 - F48	TRASTORNO DE ANSIEDAD	0	8	8	0	9	9	8	20	28	9	20	29	4	21	25	6	2	8	63	171	234	
2018	F60 - F68	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y COMPORTAMIENTO DEL ADULTO	0	1	1	0	0	0	2	0	2	2	1	3	2	1	3	0	1	1	10	9	19	
	F32	EPISODIOS DEPRESIVOS	0	4	4	0	2	2	2	1	3	0	0	0	0	0	0	1	16	17	10	54	64	
	F33	EPISODIOS DEPRESIVOS RECURRENTES	0	1	1	0	3	3	1	0	1	0	2	2	0	7	7	0	5	5	1	36	37	
2019	F40 - F48	TRASTORNO DE ANSIEDAD	6	4	10	3	5	8	3	6	9	2	6	8	2	8	10	5	9	14	35	74	109	
	F60 - F68	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y COMPORTAMIENTO DEL ADULTO	0	1	1	2	0	2	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	3	3	6	9	15	
	F32	EPISODIOS DEPRESIVOS	1	8	9	4	17	21	3	10	13	4	13	17	1	13	14	1	8	9	28	122	150	
2019	F33	EPISODIOS DEPRESIVOS RECURRENTES	0	1	1	0	1	1	0	3	3	0	3	3	0	2	2	0	0	0	3	18	21	
	F40 - F48	TRASTORNO DE ANSIEDAD	7	14	21	2	10	12	4	19	23	4	12	16	6	9	15	4	9	13	67	148	215	
	F60 - F69	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y COMPORTAMIENTO DEL ADULTO	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	0	3	1	0	1	1	0	1	8	4	12	

CUADRO DE METAS POR ESTABLECIMIENTO | 2017 - 2022 | CENTRO DE SALUD MENTAL SARITA COLONIA

FUENTE: REPORTE SALUD MENTAL, REPORTE MORBILIDAD Adultos de 30 a 59 años

CUADRO DE METAS POR ESTABLECIMIENTO 2017 - 2022 CENTRO DE SALUD MENTAL SARITA COLONIA																				
FUENTE: REPORTE SALUD MENTAL, REPORTE MORBILIDAD Adultos de 30 a 59 años																				
AÑOS	CODIGOS CONSIDERADOS	MORBILIDAD	ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL			MAYO			JUNIO		
			M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
2020	F32	EPISODIOS DEPRESIVOS	1	7	8	5	9	14	2	3	5	1	7	8	1	11	12	0	14	14
	F33	EPISODIOS DEPRESIVOS RECURRENTES	0	0	0	0	2	2	0	3	3	1	0	1	0	0	0	0	1	1
	F40 - F48	TRASTORNO DE ANSIEDAD	2	4	6	10	20	30	2	12	14	6	30	36	27	53	80	13	36	49
	F60 - F69	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y COMPORTAMIENTO DEL ADULTO	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2021	F32	EPISODIOS DEPRESIVOS	3	6	9	3	3	6	0	8	8	5	14	19	1	10	11	1	2	3
	F33	EPISODIOS DEPRESIVOS RECURRENTES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	3
	F40 - F48	TRASTORNO DE ANSIEDAD	6	24	30	23	8	31	4	20	24	12	26	38	9	18	27	12	21	33
	F60 - F69	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y COMPORTAMIENTO DEL ADULTO	1	3	4	1	3	4	1	3	4	0	3	3	1	2	3	3	1	4
2022	F32	EPISODIOS DEPRESIVOS	0	5	5	4	14	18	3	28	31	3	7	10	2	10	12	1	20	21
	F33	EPISODIOS DEPRESIVOS RECURRENTES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6
	F40 - F48	TRASTORNO DE ANSIEDAD	3	9	12	8	35	43	3	19	22	9	20	29	14	29	43	5	13	18
	F60 - F69	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y COMPORTAMIENTO DEL ADULTO	1	0	1	1	2	3	1	3	4	2	1	3	1	1	2	0	5	5

AÑOS		CODIGOS CONSIDERADOS	MORBILIDAD	FUENTE: REPORTE SALUD MENTAL, REPORTE MORBILIDAD Adultos de 30 a 59 años																			
				JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE			ANUAL	
			M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
2020	F32	EPISODIOS DEPRESIVOS	2	7	9	5	11	16	1	7	8	1	12	13	0	11	11	3	8	11	22	107	129
	F33	EPISODIOS DEPRESIVOS RECURRENTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	7
	F40 - F48	TRASTORNO DE ANSIEDAD	9	10	19	13	24	37	4	13	17	6	24	30	7	20	27	10	26	36	109	272	381
2021	F60 - F69	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y COMPORTAMIENTO DEL ADULTO	1	1	2	3	3	6	0	0	0	4	1	5	1	0	1	1	3	4	11	9	20
	F32	EPISODIOS DEPRESIVOS	2	12	14	5	13	18	2	8	10	2	6	8	1	5	6	3	7	10	28	94	122
	F33	EPISODIOS DEPRESIVOS RECURRENTE	0	0	0	0	2	2	0	1	1	0	3	3	0	4	4	0	4	4	0	18	18
2022	F40 - F48	TRASTORNO DE ANSIEDAD	13	28	41	9	23	32	3	27	30	4	9	13	7	20	27	7	18	25	109	242	351
	F60 - F69	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y COMPORTAMIENTO DEL ADULTO	1	2	3	1	1	2	2	3	5	5	1	6	1	1	2	2	7	9	19	30	49
	F32	EPISODIOS DEPRESIVOS	0	4	4			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	88	101
2022	F33	EPISODIOS DEPRESIVOS RECURRENTE	0	2	2			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8
	F40 - F48	TRASTORNO DE ANSIEDAD	3	10	13			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	45	135	180
	F60 - F69	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y COMPORTAMIENTO DEL ADULTO	4	2	6			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	14	24

ANEXO D: SALUD MENTAL Y NEOLIBERALISMO

por Iván de la Mata Ruíz;

*“There is no such thing as society. There are individual men and women and there are families”
 (“No existe tal cosa como la sociedad. Hay hombres y mujeres individuales y hay familias”)*

Margaret Thatcher, 1987

LA RAZÓN NEOLIBERAL

El gobierno neoliberal, se puede entender simplemente, como una actualización de la teoría liberal clásica, esa ideología que presupone, que el libre mercado es el motor de la riqueza de los ciudadanos y sobre el que el Estado no puede intervenir, o sólo lo debe hacer, de forma mínima, para garantizar que sus propias reglas funcionen. Sería la parte “negativa” del poder neoliberal, “el laissez faire” clásico: El Estado, debe dejarse en su mínima expresión, básicamente, con funciones de mantener el “orden público”. Esta forma de entender el gobierno neoliberal, explica muy bien los recortes en servicios públicos, prestaciones sociales y derechos laborales que hemos sufrido en las últimas décadas, así como las políticas represivas en materia de derechos civiles. Digamos, que, al “laissez faire” económico, le corresponde un poder “disciplinario” clásico y represivo.

Sin embargo, como señalan Dardot y Laval, el neoliberalismo, es mucho más que una nueva expresión del capitalismo, es una nueva forma de sociedad. A diferencia del liberalismo clásico, el neoliberalismo va más allá de la cuestión de limitar la intervención del Estado. Ya no solo se trata de limitar, sino de extender. Extender la lógica del mercado, más allá de la estricta esfera de la actividad económica, y con ese fin, reformar el funcionamiento interno del Estado, de manera que sea la palanca principal de esa extensión. El neoliberalismo, se expande, como una razón que atraviesa todas las esferas de la existencia humana, que conforma las relaciones sociales, que “hace mundo”, que crea nuevas subjetividades presididas por una lógica de competencia. En ese sentido, las palabras de Margaret Thatcher, “la economía es el medio, nuestro objetivo es el alma”, sintetizan magistralmente, el programa neoliberal. El poder neoliberal, no es, por lo tanto, solo un poder represivo, sino, que es un poder creador de subjetividad, un poder seductor, en que la razón general de la competencia que preside la economía, se introyecta en cada individuo y en las relaciones sociales. Byung Chal Han, define este nuevo poder, como “Psicopolítica”, un poder, cuya eficacia se basa en la ilusión del individuo en torno a su propia libertad, a su propio sometimiento. Nos interesa, especialmente, este aspecto performativo de la subjetividad, para entender el discurso hegemónico de la psiquiatría y del resto de las disciplinas “psi”, en la época neoliberal.

EL HOMBRE NEOLIBERAL

El lugar que ocupa, en nuestra cultura, la figura del “emprendedor”, nos da una idea de esta transformación que se ha producido en la subjetividad. Frente a la concepción clásica, del “homo economicus” en el siglo XVIII, basada en virtudes personales de cálculo, prudencia y ahorro (equilibrio en los intercambios, balanza de los placeres y los esfuerzos, búsqueda de la felicidad sin excesos), el hombre neoliberal, está llamado a conducirse como una “empresa de sí mismo”, en que el individualismo más atroz y la competencia con los otros, preside el conjunto de sus relaciones. La búsqueda de beneficio, se traslada a las relaciones entre las propias personas, a las relaciones íntimas, presididas por el cálculo y la lógica del mercado. Ser “empresario de sí”, significa vivir por completo en el riesgo, de una conminación constante a ir más allá de uno mismo, de asumir en la propia vida un desequilibrio permanente, no descansar o pararse jamás, superarse siempre y encontrar el disfrute en esa misma superación, de toda situación dada. La lógica, de la acumulación indefinida del capital, se ha convertido en una modalidad subjetiva, y a la vez, es en esa subjetividad donde se amplían los mercados.

El hombre neoliberal, aparece como único responsable de su destino, ajeno a cualquier determinante social. Los manuales de autoayuda, de la psicología positiva, expresan de una forma clara, estas técnicas psicopolíticas, en el que, a través de un lenguaje cargado de términos económicos, reproducen este modelo de subjetividad y localizan en el individuo, la fuente de su infortunio o de su éxito. Así, la felicidad pasa a ser entendida como un camino de “superación y desarrollo personal”, en que uno debe “optimizar los recursos personales”, y aprender a “gestionar sus emociones”, para conseguir un mejor “valor” de sí mismo, una mayor “autoestima”. El libro de Spencer Johnson de 1998, “Quien se ha llevado mi queso”, es paradigmático de esta ideología, en el que, a través de una parábola con ratones y liliputienses, nos ofrece un verdadero camino para la introyección psicológica del despido libre: Uno tiene que calcular los riesgos en los que vive y adelantarse a ellos, actuar para el cambio, conocer a los competidores, salir de la empresa antes de que prescinda de uno.

EFFECTOS DE LAS POLÍTICAS NEOLIBERALES

El éxito, de este cambio antropológico, en el que todos los aspectos de la vida social aparecen mercantilizados, pasa por una serie de prácticas previas que se van organizando en el espacio social, y sobre las que a posteriori, se van construyendo los armazones ideológicos que las justifican. Podemos destacar algunos, como la destrucción de los mecanismos de protección social, que se habían construido para paliar las contradicciones del capitalismo industrial tras la Segunda Guerra Mundial. Estos mecanismos, giraban en torno a la institución social del salario y asignaban al Estado cierto poder redistributivo a través de impuestos progresivos, seguros de desempleo, pensiones públicas, servicios públicos universales, convenios colectivos, entre otros. También, la desactivación de las luchas y resistencias colectivas clásicas, como, por ejemplo, los sindicatos o las solidaridades en el trabajo.

Igualmente, la mercantilización de los servicios públicos, que, en lo referido a los servicios sanitarios, se trata de una doble estrategia. Por un lado, el cuestionamiento de la universalidad de las prestaciones sanitarias, deteriorando los servicios públicos y potenciando el aseguramiento privado, en determinados sectores de la clase media. Por otro lado, introduciendo mecanismos de mercado, en la sanidad pública, a través de la privatización de los proveedores que compiten en captar clientes rentables. La planificación, basada en las necesidades de una población adscrita a un territorio, se sustituye, por mecanismos de elección individual, en los que el paciente tiene la ilusión y el deber, de elegir entre la oferta de los proveedores. La “autoridad”, responsable de la salud colectiva, se difumina en una responsabilidad exclusivamente individual. Esta lógica de mercado, ha tenido un impacto importante en el modelo de atención de la salud mental comunitario.

Cómo se señalaba antes, estas prácticas estratégicas, preceden en muchos casos, a la teoría que termina justificándolas. Así, la necesidad de abrir los servicios públicos al mercado privado, se justifica en función de la supuesta ineficiencia de los mismos, y en la “libertad” del ciudadano para elegir donde quiere ser tratado. El Estado, renuncia de esta manera, a uno de los principales valores de los servicios públicos: la equidad. El sistema, ya no garantiza el igual acceso a los recursos, sino que, convertido en un consumidor de servicios, debe ser él, quien los busque. Resulta clave, en este escenario, el poder de la información, aunque es conocido, que este poder es asimétrico, que los elementos de marketing de las empresas sanitarias, de los profesionales y de la industria farmacéutica o tecnológica, condicionan las necesidades de consumo.

El resultado, de estas políticas neoliberales, es la creación de sociedades cada vez más desiguales. Mientras los ricos acumulan cada vez más riqueza, amplios sectores de la población, se ven abocados al desempleo, la precariedad y la temporalidad. El riesgo de exclusión, se impone como un campo psicológico en el que transitar. En este sentido, los elementos más vulnerables de la sociedad, como, por ejemplo, las personas con problemas graves de salud mental, son los más abocados a este proceso de exclusión social.

El desmantelamiento, del conjunto de los sistemas de protección de las políticas keynesianas, requiere de nuevo, una construcción ideológica que lo justifiquen: Estas políticas, desincentivan a determinadas capas de la población, a tener una actitud “psicológica activa”, a la hora de buscar empleo. De alguna manera, las ayudas sociales, irían en contra de la “naturaleza” emprendedora del ser humano. Los receptores de todo tipo de subsidios, se convierten en una población sospechosa, de “acomodarse a vivir” del Estado. La estigmatización, de las clases más desfavorecidas, es otra herramienta de poder psicopolítico. Se trata, de sustituir las dinámicas de solidaridad entre los desfavorecidos, por dinámicas de la sospecha, en las que los receptores de ayudas sociales, pasan a dividirse en categorías del “buen pobre”, aquel cuya situación es coyuntural y merece la ayuda, del “mal pobre”, aquel que es responsable de haber caído en desgracia, bien por sus vicios, bien por su ociosidad, o bien por no pertenecer al grupo. Cabe preguntarse, si es posible acabar con el estigma que conlleva la locura

en una sociedad, en que las causas políticas de la exclusión y la violencia, se silencian gracias a estereotipos estigmatizadores, que identifican, al diferente como peligroso o como merecedor de su destino.

SUFRIMIENTO PSÍQUICO Y NEOLIBERALISMO

Sabemos, que la desigualdad, es uno de los mayores determinantes de la salud de las poblaciones, en especial de la salud mental, a tenor de las investigaciones realizadas sobre este tema. A mayor desigualdad, mayor prevalencia de los problemas de salud mental. La desigualdad de ingresos, parece ser el factor decisivo para determinar la salud mental de una sociedad. Las bajas laborales y las pensiones por enfermedades mentales, no han dejado de incrementar en las pasadas décadas, sin que sea un efecto de la crisis económica de los últimos años, y a expensas de los llamados trastornos mentales comunes como la depresión y ansiedad. Conviene recordar, que España se halla a la cabeza de los países de la Unión Europea, en lo que se refiere a desigualdad. La última crisis del capitalismo, nos ha permitido constatar, como las adicciones, el sufrimiento psíquico o los suicidios, se han incrementado en los países, en que las políticas de ajuste se han aplicado con mayor violencia.

Pero este conjunto de investigaciones, nada nos dice, de las características del sufrimiento psíquico de la sociedad neoliberal. El sufrimiento psíquico siempre se expresa o se desarrolla, en el marco de los discursos culturales dominantes, y así sucede en la gobernabilidad neoliberal. Sociólogos y autores psicoanalíticos, se han ocupado de caracterizar estas nuevas formas de expresión del sufrimiento, que surgen de este sujeto neoliberal. Lo que tienen en común, todos estos análisis, es que este sufrimiento, surge de una hiperidentificación con la norma de conducta neoliberal, en la que el sujeto se define como “una empresa de sí mismo”, en constante proceso de autovalorización, empujado al goce constante del mercado, y con la obligación de reinventarse continuamente. No se trata, de una ausencia de norma o de límites, como se postula con frecuencia desde posiciones neoconservadoras y morales, sino, un llevar al extremo la norma empresarial y del mercado, en la consideración de uno mismo y de las relaciones con los otros. A continuación, señalaremos varias configuraciones de este sufrimiento, que aparecen en la clínica, bien como temáticas que atraviesan las estructuras clínicas clásicas, o bien como nuevas estructuras psicológicas:

1. Sufrimiento del valor personal. Se dice que la depresión, se ha convertido en una de las epidemias de nuestro tiempo. Pero ya no se trata, de una melancolía por la pérdida o por la falta, sino, de un sentimiento de desmoralización, de vergüenza, de incompetencia y fracaso personal. El sujeto hiperindividualizado, es continuamente llamado a valorar su rendimiento, su capacidad de gestionarse. En último término, es responsable de sus crisis personales, de sus malas elecciones, de su desempleo, de sus desahucios. La “falta de autoestima”, el narcisismo dañado, es la narrativa de presentación de la clínica. En un mundo en que se valora el riesgo, las condiciones políticas estructurales de la inseguridad, son negadas y traspasadas al individuo, incapaz de controlarlas. Los altibajos emocionales, se

reconfiguran en el campo semántico de la bipolaridad, que guarda una simetría con las oscilaciones de la economía: “We are the champions, no time for losers” (“Somos los campeones, no hay tiempo para los perdedores”).

2. La inestabilidad de las narrativas biográficas. Richard Sennet, describe magistralmente las consecuencias, sobre el carácter y la identidad personal de la sociedad neoliberal. La flexibilidad, la temporalidad, la precariedad, la pérdida de referentes institucionales, la necesidad permanente de adaptación, de reinención de uno mismo, dificultan la posibilidad de construirse una identidad coherente y duradera, que generalmente estaba construida, en torno al trabajo o los roles sociales estables. Se abre una brecha generacional, entre aquellos que forjaron su identidad en torno a una ocupación estable, la jaula de oro weberiana, y aquellos que llegan a un mercado de trabajo precario, flexible, globalizado, donde las coordenadas para crear un proyecto vital se han desdibujado. El riesgo social, asumido de alguna u otra manera por alguna figura política del Estado, se ha convertido ahora, en un riesgo de existencia. La inestabilidad biográfica, se acompaña de la fragilidad de los vínculos sociales, de las antiguas solidaridades, de las luchas colectivas. Se forjan así, identidades parciales en torno al consumo, al fetiche de la marca, o pseudoidentidades grupales volátiles, que tratan de compensar la ausencia de una narrativa que otorgue sentido.
3. El sufrimiento del rendimiento. La competencia y la productividad, son ensalzadas por el discurso empresarial. El sujeto debe maximizar su rendimiento en el trabajo, en la escuela, en sus interacciones personales, en su ocio, en sus relaciones sexuales. La fatiga, es un síntoma de un cuerpo productivo averiado. El dopaje, para mejorar el rendimiento en todos estos aspectos, es una realidad cotidiana. Incluso, en la escuela, concebida antes como un lugar para incluir y garantizar igualdad de oportunidades, es ahora un lugar de competencia, donde al niño se le exige rendir al máximo, y si es necesario, con el uso de estimulantes.
4. El sufrimiento de la nueva simbolización. Lo que tienen en común, los anteriores puntos, es que la temática clínica actual, se relaciona con un debilitamiento de los marcos institucionales y estructuras simbólicas clásicas, donde el sujeto encontraba su lugar e identidad. El sentimiento de vacío, es una condición humana, que rellenamos gracias a la inmersión en un mundo simbólico construido por la cultura. La neurosis clásica, se planteaba en términos de un conflicto entre el deseo y la realidad. Sin embargo, la normalidad ahora no es el dominio de las pulsiones, sino su intensificación máxima. Ningún principio ético, ninguna prohibición, parece sostenerse, frente a una exaltación de la capacidad de elección infinita. La alienación de la sociedad neoliberal, consiste en que el límite para el goce, no está en los límites de la cultura, sino, ilusoriamente, en el propio individuo.

LA RESPUESTA TÉCNICA: EPISTEMOLOGÍA DE LAS PRÁCTICAS “PSI”

Durante las décadas, del llamado “Estado de bienestar”, la protección frente a los riesgos de la enfermedad, era considerada una responsabilidad colectiva. Las políticas de salud pública, se dirigían al conjunto de la comunidad y a los determinantes sociales de la enfermedad. Las políticas de salud, eran transversales a todas las políticas: Mejora de los saneamientos, control de la calidad de los alimentos, acceso a una alimentación adecuada, seguridad en el trabajo, infraestructuras, contaminación ambiental y otros. Es en esta época, dónde se diseñan los modelos de atención primaria y de salud mental comunitaria, que ponían el acento en la prevención sobre la comunidad. El gran giro, que se produce en la medicina con el neoliberalismo, de la mano de la tecnificación, ha sido reducir a la mínima expresión los principios de la salud pública, pasando de un enfoque poblacional en los riesgos del enfermar, a un enfoque individual. Las condiciones de vida, son transformadas en “estilos de vida” o en “riesgos genéticos”, poniendo el acento, en la responsabilidad exclusiva del individuo, en procurarse una adecuada salud. La prevención ya no es una responsabilidad colectiva, sino que, de alguna manera, cada uno tiene la salud que se merece. De nuevo, vemos como los cambios sociales y políticos, determinan la construcción de los discursos y prácticas científicas, y cómo éstas, a su vez, sirven de justificación a la ideología dominante. A la ideología del individualismo neoliberal, le corresponde, una concepción del riesgo de la salud individual y unas prácticas centradas en el individuo.

Esta concepción individual de la salud, tiene su correlato, en la psiquiatría y en el conjunto de las prácticas “psi”. A principios de los años 80, coinciden la puesta en práctica de las políticas neoliberales, con la aparición de la tercera edición de manual de diagnóstico de la psiquiatría americana, el famoso sistema de clasificación DSM. La tercera edición del DSM, representa de alguna manera, el exponente del cambio de narrativa que se estaba produciendo en la psiquiatría, de la mano de la tecnología psicofarmacológica, con una vuelta a una concepción de la enfermedad mental, en términos exclusivamente biológicos. Las perspectivas psicosociales dominantes, en las tres décadas anteriores, son reemplazadas por unas narrativas biomédicas simplificadoras, pero que se articulan perfectamente con el discurso político neoliberal. Los problemas de salud mental, ya no tienen un origen social o a la interacción entre el individuo y el medio, sino que se deben, al fallo de un cerebro alterado o de una mente entendida en términos computacionales. Las hipótesis de que las enfermedades mentales, se deben a la falta de unas sustancias en el cerebro, los neurotransmisores, que es corregida por una serie de fármacos específicos, la teoría del desequilibrio bioquímico, se convierte en unos de los mayores mitos de la psiquiatría. Estas hipótesis, jamás demostradas, ya no se aplican solo a las enfermedades mentales clásicas (esquizofrenia, psicosis maniaco depresiva), sino a todo tipo de sufrimiento psíquico, incluidos los trastornos más leves. Rose, acuña el término de “self bioquímico”, para referirse a esta nueva subjetivización del individuo, en la que la explicación de la depresión, ya no se debe, por ejemplo, a las condiciones laborales, sino a un déficit de serotonina, o a un conjunto de creencias erróneas que se deben reprogramar. Se abre una nueva etapa, en la que todas las esferas de la actividad social y humana, son resignificadas en términos

neurobiológicos: Neuropsicología, neuroeconomía, neurolingüística, neuroteología, neuroaprendizaje... Lo que interesa señalar, de este nuevo discurso de la psiquiatría y de la psicología, es su narrativa individual. Su éxito se debe, al doble juego discursivo: Por un lado, son coherentes con el discurso político neoliberal, y por otro lado, pueden actuar como discurso científico legitimador.

LA MERCANTILIZACIÓN DEL SUFRIMIENTO PSÍQUICO

En este nuevo contexto, el mercado, encuentra en la salud y en la subjetividad, un buen lugar donde ampliarse. El sufrimiento psíquico, pasa a ser una mercancía que genera valor. La industria farmacéutica, es uno de los agentes que participa activamente en la medicalización del sufrimiento psíquico, convirtiéndose los psicofármacos, en una de las panaceas más lucrativas de las últimas décadas. Su papel, no ha sido solamente, el de la comercialización de los psicofármacos, sino, que ha sido estratégico en la configuración del discurso biomédico de la enfermedad mental, a través del control de la investigación, los lazos con la “academia psiquiátrica”, la formación de los profesionales y la financiación de asociaciones médicas y de usuarios. Su estrategia, no ha sido la publicidad de los medicamentos, sino vender necesidades de salud, vender enfermedades. La historia de cómo la depresión, pasó de ser una enfermedad rara en los años 60, a una auténtica epidemia en nuestros días, es un ejemplo, de esta alianza entre el poder psiquiátrico y la industria del medicamento. Pero no solo, las farmacéuticas han sido las beneficiadas de este mercado. También toda una industria psicológica, ha participado de esta medicalización del sufrimiento, con la expansión de la necesidad de ayuda psicológica, como guía de la buena vida: Explosión de técnicas psicoterapéuticas, la celebración del coaching o de los libros de autoayuda.

Si los modelos de salud mental comunitaria, surgidos bajo la óptica de las políticas del “bienestar”, ampliaron el objeto de las intervenciones de salud mental -al dirigirse ya no solo a la población manicomial, sino al conjunto de la población-, el giro individual del discurso neoliberal y la voracidad del mercado, terminaron por medicalizar o psicologizar, todo tipo de sufrimiento psíquico. De esta manera, los problemas de salud mental, se descontextualizan de sus raíces sociales o políticas, y son dejados en manos de expertos y técnicas que tratan de reparar al individuo. Técnicas, en muchos casos, de dudosa eficacia, cuando no contraproducentes, generadoras de narrativas de enfermedad, de un incremento de la demanda en las consultas de los servicios, y del enorme gasto en psicofármacos.

A MODO DE CONCLUSIÓN

En el presente trabajo, se ha tratado de contextualizar, el discurso dominante de la psiquiatría y de las ciencias “psi”, dentro de la razón neoliberal. Este discurso, sobre el sufrimiento psíquico, debe ser entendido, por lo tanto, en una doble lógica, por un lado, como producto coherente del contexto socioeconómico en el que se desarrolla, y por otro lado, como elemento justificador de la propia ideología. El sufrimiento psíquico, entendido exclusivamente, como producto individual de una mente

o un cerebro averiado, actúa como coartada científica, para evitar situarlo también en el espacio social y político. El paro, la exclusión, los desahucios, la precariedad y las nuevas formas de alienación en el trabajo, afectan al individuo, pero su raíz es política. La respuesta, asistencial e individual al sufrimiento psíquico, es insuficiente. En último término, lo psicológico es político, y son las acciones colectivas, las que nos pueden sacar de esta trampa del individualismo, y de la razón neoliberal.

Posted on 28 June, 2017 by AMSM

Capítulo del libro “Salud Mental y capitalismo”, varios autores, Cisma editorial, año 2017

REFERENCIAS

1. Laval C, Dardot P. La nueva razón del mundo. Editorial Gedisa. Barcelona 2013.
2. Han BC. Psicopolítica. Editorial Herder. Barcelona 2014.
3. Johnson S. ¿Quién se ha llevado mi queso? Como adaptarnos a un mundo en constante cambio. Editorial Empresa Activa 1998.
4. Informe de la Asociación Madrileña de Salud Mental sobre la Atención de Salud Mental en Madrid. Septiembre de 2014. <https://amsm.es/2014/09/18/informe-de-la-amsm-sobre-la-atencion-de-salud-mental-en-madrid-septiembre-2014/>
5. Viola S, Moncrieff J. Claims for sickness and disability benefits owing to mental disorders in the UK: trends from 1995 to 2014. *BJPsych Open* (2016) 2, 18–24. doi: 10.1192/bjpo.bp.115.002246
6. Fernando Pérez del Río. Desigualdad económica y enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 2013, vol. XI, no 45: 66-74,.
7. Vijaya Murali, Femi Oyebode. Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment* (2004), vol. 10, 216–224
8. Sennett R. La corrosión del carácter. Barcelona: Anagrama. Colección Argumentos, 2010.
9. Beck U. La sociedad del riesgo global. Editorial Siglo XXI, 2006.
10. Rose N, Abi-Raeched, JM. *Neuro. The new Brain Sciences and the management of the mind*. Princeton University Press, 2013.

11. Ortiz Lobo A, Mata Ruiz I. Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. *Atopos* 2004; 2: 15-22. http://www.atopos.es/pdf_03/yaesprimavera.pdf
12. Mata Ruiz I, Ortiz Lobo A. Industria farmacéutica y psiquiatría, *Revista de la AEN*, 2003, 86. <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15839>

ANEXO E: LOCURA Y NEOLIBERALISMO. EL LUGAR DE LA ANTIPSIQUIATRÍA EN LA SALUD MENTAL CONTEMPORÁNEA
por Juan Carlos Cea Madrid y Tatiana Castillo Parada.

RESUMEN

Este artículo, pretende analizar los cambios en la comprensión de la locura, luego de la irrupción del movimiento de la antipsiquiatría, y examinar los procesos de adaptación de sus planteamientos, en el marco del ascenso y auge del neoliberalismo. De acuerdo, a la observación crítica de los postulados del movimiento de “expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría”, y el modelo de “recuperación” [recovery] en salud mental, se describen las transformaciones ideológicas en la comprensión y abordaje de la locura, en la salud mental contemporánea. Finalmente, se examina la vigencia de la antipsiquiatría, en un contexto neoliberal, con base en el reconocimiento de la importancia de la defensa de derechos de ciudadanía, el fortalecimiento de la autonomía y la construcción de una política de alianzas, así como el potencial transformador de los espacios comunitarios y movimientos sociales, que reivindican la locura, como base de su identidad colectiva.

1. INTRODUCCIÓN

Pensar el lugar, de la locura en la sociedad contemporánea, implica comprender, el entramado de relaciones sociales y políticas que han determinado su existencia y sentido. Si bien Foucault (1967), inauguró una tradición de estudio de la locura en el ámbito de las ciencias sociales, una concepción crítica de este concepto, se inscribe en el contexto más amplio del movimiento anti psiquiátrico. La antipsiquiatría, surge en los años 60, como corriente política y contracultural en oposición a toda forma de opresión de la subjetividad, en interrelación e influencia con otras perspectivas de cambio estructural, que emergieron en una década sensible y contestataria hacia toda forma de dominación (Pérez-Soto, 2012).

Para Castel (1984), la antipsiquiatría irrumpe en el campo intelectual, de la mano de nuevas formas de análisis críticos de las instituciones, y el poder que se puede encasillar bajo el rótulo de “problemática de control social”. En esta línea, la antipsiquiatría tuvo una influencia considerable en los análisis críticos de las relaciones de poder y de violencia hacia los colectivos desviados, así como los procesos de rotulación, estigmatización y etiquetamiento de las diferencias (Goffman, 2001; Szasz, 2001; Basaglia y Ongaro, 1987). Si se toma como centro la experiencia de la locura, la antipsiquiatría desplegó una perspectiva de denuncia de la coerción de la jerarquía y la opresión de las instituciones, y a su vez, una política del sujeto como estrategia de liberación (Castel, 1984).

El primer objeto de cuestionamiento de la antipsiquiatría, fue el manicomio y sus prácticas de encierro. Experiencias locales, como las comunidades terapéuticas que

se desarrollaron en Inglaterra de la mano de David Cooper y Ronald Laing, representaron alternativas de abordaje comunitario en el campo de la locura (Sabbadini, 1976). A su vez, el movimiento de psiquiatría democrática en Italia liderado por Franco Basaglia, en su vertiente de disputa política e institucional, posibilitó reformas en el Estado y la promoción de nuevas técnicas e instituciones, que implicaron una modernización del sistema de salud mental (Foot, 2014).

Así, diversos movimientos en las décadas de los 60 y 70, expresaron una ofensiva crítica. La antipsiquiatría permitió cuestionar el lugar predominante del modelo asilar, e influir en un proceso de transformación de la asistencia psiquiátrica, que culminó con la elaboración de políticas de salud mental a nivel global (Galende, 1990). Sin embargo, en oposición a las orientaciones de la antipsiquiatría como movimiento social, la implementación de políticas de salud mental, permitió la restauración de una hegemonía biomédica a través de la modernización, racionalización y humanización de las condiciones de ejercicio de la psiquiatría en el marco del Estado.

Por otra parte, el predominio irrestricto del mercado y la influencia de la industria farmacéutica, fueron las claves del ascenso y auge del neoliberalismo en el campo de la salud mental, que permitieron reconfigurar el modelo manicomial bajo una nueva hegemonía: El paradigma farmacológico. En esta línea, la conceptualización de la “enfermedad mental”, bajo una matriz biologicista, representó un cambio de paradigma bajo los parámetros de la medicalización de la subjetividad, caracterizado por el aumento exponencial, del consumo de psicofármacos en las sociedades de capitalismo avanzado (Martínez-Hernández, 2006; Whitaker, 2015).

En este nuevo escenario, de administración de la locura, se apaciguaron los conflictos, se disolvieron las resistencias y las prácticas alternativas fueron neutralizadas en sus componentes críticos. Diversas iniciativas, fueron desplazadas a los márgenes del sistema o bien se adaptaron a las condiciones generadas para su cooptación, por lo que se anularon sus elementos radicales, y ocuparon un lugar subordinado en una estructura dominada por el modelo psiquiátrico. Así, los años 80 y 90 representaron un momento de reflujo, del imaginario político de liberación de la locura y una reconfiguración de la psiquiatría dominante en el marco del Estado y el mercado.

Para analizar este proceso, en el contexto del mundo occidental europeo y norteamericano en particular, a continuación, se examinará el ciclo de luchas sociales inauguradas por el movimiento de “expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría”, que, en el marco de la antipsiquiatría, permitieron la irrupción de la locura en la sociedad contemporánea (Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2016). Luego, se analizarán de manera crítica, los principios y desarrollos del modelo de “recuperación” [recovery] en salud mental y sus vínculos con el modelo neoliberal, que expresan nuevas formas de domesticación de la locura. Finalmente, se problematizarán los conceptos de autonomía y comunidad, y se plantearán algunas orientaciones para la construcción de alternativas, a partir del vínculo entre salud mental y movimientos sociales en la actualidad.

2. MOVIMIENTO DE “EXPACIENTES O SOBREVIVIENTES DE LA PSIQUIATRÍA”: LA LOCURA LIBERADA.

Se mencionaba anteriormente, la necesidad de situar la experiencia de la locura en la sociedad y su fabricación histórica. La trama discursiva que permite comprender el devenir de esta experiencia, ha sido delineada por Foucault (1967), quien sitúa en los albores de la modernidad, el rechazo social de la locura, la exclusión de la sinrazón que culminaría en la captura de las diferencias subjetivas bajo el modelo manicomial. De acuerdo a este enfoque, la locura formaría parte de la construcción histórica de la desviación, según las instituciones de control social dominantes. Sin embargo, Foucault (2005), sostiene que las prácticas de encierro, a la postre, se justificarían como una medida terapéutica, bajo los principios del discurso médico. De esta manera, se emprende un camino de medicalización de la locura, que en palabras de Conrad (1992: 209) representa un “proceso por el cual problemas no médicos, son definidos y tratados como problemas médicos, generalmente en términos de enfermedades o desórdenes”.

Bajo estos parámetros, el vínculo entre medicalización y control social, se manifestó tempranamente en la experiencia de la locura, y la denuncia de esta situación, constituyó la esencia del movimiento antipsiquiátrico. Si bien esta corriente, tuvo su origen en el ámbito académico y profesional (Pérez-Soto, 2012), influyó ampliamente el campo social y cultural de la época, y promovió el reconocimiento de la locura como parte de las identidades colectivas que condensaban las marcas de la opresión social.

En este contexto, a finales de los años 60 y principios de los años 70, irrumpen en la escena social, las luchas de emancipación que comenzaron a llevar adelante las mismas comunidades de “locos(as)” contra el poder psiquiátrico (Cea-Madrid y Castillo, 2016). Este nuevo ciclo histórico del movimiento antipsiquiátrico, protagonizado por “expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría”, tuvo su primera expresión, en agrupaciones y colectivos que se organizaron contra las prácticas represivas de la psiquiatría, como la internación forzosa y las terapias de shock. Tenían como fuente de inspiración, en su forma de organización y estrategias de lucha, las acciones de protesta de las minorías étnicas por los derechos civiles, así como la influencia del movimiento feminista y de liberación homosexual (Chamberlin, 2006).

Este nuevo referente, del movimiento antipsiquiátrico, comprendía una batalla cultural en el campo de la subjetividad, e integraba una perspectiva crítica hacia las formas de dominación, que dependían de la coerción directa para mantener el consenso social, y del control social a distancia, bajo los parámetros de normalidad establecidos. En este nuevo escenario, se comprendía que junto a la segregación brutal y la exclusión manicomial, la marginación de los individuos también pasaba, por la negación de su capacidad de sujeto y por la destrucción de su historia (Castel, 1984). Así, junto a las prácticas abusivas de restricción física o química, este movimiento también denunciaba la supresión de las voces subalternas, el régimen dominante de la narrativa psiquiátrica omnipresente de la “enfermedad mental”, y la negación de las historias de

vida de las personas etiquetadas con diagnósticos psiquiátricos (Joseph, 2014; Russo y Beresford, 2015).

De esta manera, el movimiento de “expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría”, no solo vino a cuestionar el trato deshumanizante del modelo psiquiátrico, sino también, la forma en que sus tratamientos anulan la conciencia y la capacidad de las personas para tomar el control de su propia vida, y narrar sus experiencias en relación a la locura. Como respuesta, este movimiento sostuvo que las personas que han vivido dicha experiencia, tienen derecho a tomar decisiones sobre su cuidado, y que el ejercicio de ese derecho es esencial para su bienestar y autonomía. De esta manera, diversas agrupaciones organizadas en red, transformaron en acción colectiva, los principios de la justicia social en el ámbito de la locura, reafirmando su compromiso político con otros movimientos de liberación (Cea-Madrid y Castillo, 2016).

El ciclo de luchas sociales y políticas, que inauguran estos actores sociales, expresan una postura firme y radical contra la medicalización de las diferencias, establecen una crítica directa al concepto de “enfermedad mental”, desarrollan alternativas colectivas, para detener los abusos de la psiquiatría, y promueven la comprensión del lugar de la locura, bajo los ejes de democratización de los derechos de ciudadanía (Chamberlin, 1995; Burstow, 2004; Cohen, 2005). Al respecto, Judi Chamberlin (1990), una de los principales referentes del movimiento, explica que estuvo conformado por personas que habían vivido la experiencia de la opresión psiquiátrica, y enfatizaba que a pesar de que eran, de hecho, consideradas “enfermas mentales”, podían hablar por sí mismas. Y de acuerdo a esta convicción, desarrollaron acciones de defensa de sus derechos y crearon alternativas a los tratamientos convencionales, bajo los principios de la solidaridad y el apoyo mutuo.

Estos planteamientos, vinieron a cuestionar, el desarrollo de las políticas de salud mental en el marco de una radical democratización del poder y los recursos. El movimiento de “expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría”, vino a sostener, que la participación debía aplicarse en todos los niveles y aspectos del sistema de salud mental, incluida la formación profesional, el diseño de los servicios, la implementación, la evaluación y la investigación (Chamberlin, 2005). Cabe señalar, además, que estas exigencias surgen al calor de la movilización social, que daba legitimidad a sus luchas y reivindicaciones. En este sentido, Chamberlin (2005), sostenía, que el conjunto de experiencias y conocimientos que albergaba el movimiento, merecía ser reconocido y respetado, y que solo el diálogo permanente y abierto permitiría la implicación real de los “usuarios” en los servicios de salud mental.

Este posicionamiento, fue sumamente relevante, ya que vino a cuestionar, en el campo de la salud mental, la inequidad de la lógica asistencialista y suponer la igualdad de condiciones para el ejercicio de derechos. En esta perspectiva, Chamberlin (1998) también sostendría, que no corresponde hablar de “los derechos de los enfermos mentales”, como si ser “enfermo mental” o llevar esa etiqueta, implicara derechos especiales o diferentes. Por el contrario, la ampliación de los derechos de ciudadanía, en

igualdad de condiciones con los demás, expresa el más poderoso argumento, contra el paternalismo del sistema de salud mental, que legitima el internamiento involuntario, el tratamiento forzoso y el control psiquiátrico, sobre la toma de decisiones (Chamberlin, 1998).

En este sentido, la democratización de la salud mental y la ampliación de los derechos de ciudadanía, contienen, según Chamberlin (1984), dos principios básicos del movimiento de “expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría”: Que las personas tienen derecho a la libre determinación y el control de sus vidas; y que la autoayuda y los programas controlados por los usuarios deben estar disponibles para todos los que deseen participar en ellos. De esta forma, el potencial transformador del vínculo entre locura y ciudadanía que defendía el movimiento, representaba un cuestionamiento a las reglas del juego que orientaban las políticas públicas y las instituciones psiquiátricas, y a la postre, un punto de no retorno en los procesos democratizadores de la salud mental contemporánea.

En particular, el movimiento de “expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría”, implicaba un cuestionamiento radical hacia la psiquiatría hegemónica, como sistema experto, al demostrar que las personas que habían vivido la experiencia de la locura, podían apoyarse mutuamente en un entorno que les permitiera potenciar colectivamente sus capacidades, y desarrollar bajo estas premisas, un sistema de apoyo sin la supervisión de profesionales de la salud mental (Chamberlin, 2006; Clay, 2005). A su vez, en el ámbito de la producción simbólica, el movimiento tuvo un alcance de transformación de estigmas y estereotipos en el imaginario social, al mostrar que las personas etiquetadas con diagnósticos psiquiátricos son “como todo el mundo”, gente con peculiaridades y diferencias, pero también con talentos y habilidades, capaces de ayudarse a ellas mismas y entre sí, en los momentos difíciles de la vida (Chamberlin, 2001).

En este sentido, la influencia de este movimiento en el campo de la cultura, ha sido muy significativa, al advertir que la locura es una construcción social, no un hecho natural. Sus raíces se expresan en el presente, a través del Movimiento “Orgullo Loco” [Mad pride], que subvierte el sentido peyorativo de la palabra “loco”, y valora la dignidad de las personas mentalmente diversas, aspira al reconocimiento de su identidad y plantea que, en vez de patologizar la diferencia mental, dicha condición merece respeto, apreciación y afirmación (Lewis, 2006). Estas iniciativas, actualmente, expresan una autonomía relativa de los marcos convencionales de la psiquiatría, al sortear los principios de la institucionalización y sus lógicas de financiamiento, y siguen vigentes, debido a la constancia de las formas de violencia institucional al amparo del carácter represivo de la medicalización de la subjetividad (Burstow, 2014).

Para cerrar este apartado, el recorrido histórico anteriormente planteado, puede resumirse de la siguiente forma: El potencial creativo del movimiento de “expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría”, impulsó una vigorosa tendencia de desmedicalización de la locura, en el transcurso que el modelo manicomial perdía visibilidad y cen-

tralidad. Con ello, la impugnación hacia la psiquiatría se intensificó, ya que presentaba considerables grietas en su legitimidad social y política, al calor de los movimientos sociales que defendían la recuperación de los derechos de ciudadanía, en el campo de la locura. Sin embargo, aun sin desmoronarse, la psiquiatría dominante pudo recomponerse en la construcción de políticas de salud mental, como superación del modelo asilar, en el lapso en que las perspectivas más radicales de la antipsiquiatría, perdieron su desafiante vitalidad.

En dicha contienda, la locura dejó de ser protagonista y los elementos más positivos del movimiento se circunscribieron a los espacios convencionales, dominados por la psiquiatría en los campos del Estado y el mercado. Los actores sociales involucrados, redefinieron sus afinidades, lealtades y compromisos, y afrontaron el dilema de reconocer, hasta qué punto un movimiento puede (o debe o es capaz de) institucionalizarse, y con qué recursos y lógicas jerárquicas. En este escenario, los espacios de confrontación se restringieron, y el camino propicio del restablecimiento del orden psiquiátrico, se asentó en el retorno de la medicalización, y la hegemonía creciente del modelo neoliberal. Para describir este proceso, se revisará a continuación, desde una perspectiva crítica, el modelo de “recuperación” [recovery] en salud mental, como eslabón clave en esta transición.

3. MODELO DE “RECUPERACIÓN” [RECOVERY] EN SALUD MENTAL: LA LOCURA DOMESTICADA.

El concepto “recuperación”, surge desde el movimiento de “expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría”, para describir el proceso de superación y fortalecimiento, frente a las experiencias negativas que las personas etiquetadas con diagnósticos psiquiátricos, que habían vivido en el sistema psiquiátrico (Bransford y Russo, 2016). A través del activismo social y el apoyo colectivo, el concepto de “recuperación”, expresaba un sentido alternativo acerca de las experiencias subjetivas sobre la locura, desde la reapropiación de los derechos humanos y reafirmación de la justicia social. De esta forma, el término “recuperación”, que emerge en este contexto, comprende un proceso de superación de las invalidaciones que experimentan las personas, que presentan diferencias subjetivas al ser etiquetadas por motivos psiquiátricos: Experiencias negativas relacionadas al rechazo y el estigma social, tratamientos iatrogénicos, prácticas abusivas, sostenidas por profesionales y daños en la autoestima causados por los diagnósticos psiquiátricos (Chassot y Mendes, 2015).

En este sentido, los activistas del movimiento de “expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría”, comenzaron a utilizar el concepto de “recuperación”, para describir un estado de equilibrio y bienestar, que se lograba al superar las limitaciones que imponían las etiquetas diagnósticas, en la construcción de su identidad, así como los efectos indeseados producidos por los tratamientos psiquiátricos, como también el ejercicio de libertad y autonomía alcanzado tras abandonar el sistema de salud mental (Stastny y Lehmann, 2007). De acuerdo a estas orientaciones, el concepto de “recuperación”, no se restringía a un nuevo paradigma o un nuevo modelo, sino a una perspectiva que sur-

gía desde las propias personas, que habían vivido la experiencia de la psiquiatrización, para reorientar las miradas acerca de la locura, al destacar sus relaciones, contextos y significados sociales (Frese y Davis, 1997).

De acuerdo a ello, para Deegan (1988), el concepto de “recuperación”, se refiere al carácter positivo, que adquieren las experiencias de las personas, cuando aceptan su condición diferente a partir del desarrollo de roles sociales significativos, al superar el estigma del “trastorno mental”. Así, este concepto implicaba, una superación de las limitaciones de las etiquetas diagnósticas, y un reconocimiento de las potencialidades de la persona, en donde el apoyo mutuo tenía un lugar central para alcanzar ese estadio superior de bienestar (Deegan, 1988). En esta línea, Deegan (1988) sostiene, que el concepto de “recuperación” no separa el cambio individual de la acción colectiva, por lo tanto, la participación en organizaciones y grupos de pares era fundamental, para compartir experiencias personales en acciones sociales y causas políticas, al poner en común experiencias y perspectivas acerca de la locura (Adame y Knudson, 2007). En este contexto, se advierte que las personas que han vivido la experiencia del diagnóstico son los indicados y los verdaderos expertos en su “recuperación”, por lo tanto, es posible que exista recuperación sin la figura del profesional, pero no puede haber recuperación sin el compromiso por parte de la persona y su comunidad (Agrest y Druetta, 2011).

Sin embargo, el concepto de “recuperación”, fue permeando su campo semántico, en la medida que su utilización estuvo directamente relacionada, al recorrido histórico del movimiento en el que tuvo origen. Al respecto, cabe señalar que a mediados de la década de los 80, el movimiento de “expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría”, decae en visibilidad y capacidad organizativa con su integración a la Conferencia Anual “Alternatives” financiada por el National Institute of Mental Health (NIMH) de Estados Unidos. Este hito, marcó el inicio, de un proceso de institucionalización de las acciones de defensa de derechos y de las formas de apoyo mutuo, en el marco del avance de políticas de salud mental y procesos de reforma psiquiátrica. Diversas iniciativas, se asociaron a centros de investigación y casas de estudio, para desarrollar sus propuestas teóricas (como el modelo de “recuperación” [recovery]) y prácticas alternativas (como el programa de “apoyo de pares” [peer support]), en directa vinculación, con servicios públicos de salud mental, por lo que perdieron su autonomía crítica e independencia financiera (Cea-Madrid y Castillo, 2016).

Este giro, en las condiciones de desarrollo del movimiento en el cual nace el concepto de “recuperación”, no estuvo exento de reformulaciones en torno a su significado, pues entrañaba, contradicciones con sus planteamientos originales. A lo largo de la década de los 80 y 90, el concepto de “recuperación”, que surge a partir de las experiencias positivas de las personas “al salir” o “ir más allá” de los servicios de salud mental, es reintegrado como un enfoque complementario a las corrientes predominantes de la psiquiatría hegemónica (McLean, 2000). Para llevar a cabo este proceso, fue necesario circunscribir el concepto de “recuperación” a los estrechos límites de la “enfermedad mental” y, a su vez, limitar su desarrollo a una perspectiva individual

anulando su componente colectivo. De acuerdo a esta matriz ideológica, Anthony (1993) sostuvo que “recuperación” [recovery] en salud mental, refiere al proceso de cambio individual de actitudes, valores, sentimientos, metas y habilidades con el fin de vivir una vida satisfactoria dentro de las limitaciones causadas por la enfermedad mental. Reducido a estos estrechos límites, el concepto de “recuperación”, adquiere un nuevo significado, en un escenario diametralmente distinto al que lo hizo posible en sus orígenes.

De esta manera, si bien el movimiento “expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría”, permitió la configuración de un modo de acción colectiva, que tuvo por finalidad reconocer y valorar la subjetividad de la locura, fortalecer la organización de la comunidad loca y promover la transformación de la sociedad; el modelo de “recuperación” [recovery] en salud mental, condensa el tránsito de un escenario en que prevalecía la discusión pública, sobre los derechos políticos, la ciudadanía social y la autonomía de la locura al considerar la voz, la protesta y la participación de sus protagonistas. Se pasó a un contexto, en que la potencialidad de este movimiento, fue conducida al lugar de la “enfermedad mental”, bajo el lenguaje del “usuario” como cliente y consumidor de prestaciones clínicas, asistencias profesionales y psicofármacos, en un marco global dominado por la lógica del mercado.

De acuerdo a lo anterior, McLean (1995) sostiene que el modelo de “recuperación” [recovery] en salud mental, presenta una amnesia social, respecto a la visión emancipadora que originalmente planteaba el interior del movimiento “expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría”. En la actualidad, este modelo se encuentra fuertemente limitado por las definiciones biomédicas de “enfermedad mental”, y a un enfoque orientado a la libre determinación y responsabilidad personal (Piat et al., 2009). Así, predominan como elementos gravitantes el poder y el control, la esperanza y el optimismo, el riesgo y la responsabilidad como valores individuales (Bonney y Stickley, 2008). De esta manera, se produjo una incorporación selectiva e integración parcial de elementos originales del concepto de “recuperación”, y se anuló su perspectiva crítica y emancipadora, tamizada por los principios ideológicos neoliberales.

Al respecto, McWade (2016), señala que el neoliberalismo ha logrado distorsionar el concepto de “recuperación”. Lo ha reducido a su componente individual, lo ha restringido al ámbito de los servicios de salud mental, y se ha desvalorizado el componente colectivo y comunitario. A su vez, Carpenter (2002), ha sostenido que el modelo biomédico en salud mental ha sido perjudicial para el sentido de esperanza y autoeficacia, siendo contradictorio a los valores y creencias planteados por el concepto de “recuperación” en sus orígenes. Del mismo modo, voces críticas han planteado que el modelo de “recuperación” [recovery] en salud mental, ha permitido reforzar los ajustes neoliberales de reducción del gasto público y recortes presupuestarios en el marco del Estado, así como el traspaso de funciones estatales a la sociedad civil, bajo los principios de tercerización, autogestión y privatización (Menzies et al., 2013; Beresford y Russo, 2016).

En este escenario neoliberal, las prácticas de construcción de vínculos comunitarios, participación en procesos colectivos, creación de espacios de enriquecimiento mutuo y fortalecimiento de redes solidarias, que eran propias del movimiento “expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría”, fueron trastocadas radicalmente. El modelo de “recuperación” [recovery] en salud mental, comenzó a comprenderse como un proceso de cambio personal a través del cual, los individuos desarrollan una vida autodirigida y se esfuerzan por alcanzar su máximo potencial, por medio de servicios ajustados a sus necesidades. Las personas diagnosticadas, comienzan a asumir una actitud activa y de responsabilidad frente “a su tratamiento”, mayor conocimiento sobre los aspectos “de su enfermedad” y optimizan así la relación servicio-usuario. A su vez, este conjunto de orientaciones, mantiene la predominancia del saber profesional, recurriendo a prácticas prescriptivas y psicoeducativas, para lograr que las personas se adhieran a un tratamiento farmacológico como fin principal (Rosillo et al., 2013).

En definitiva, en un escenario neoliberal de medicalización de la subjetividad, dejan de adquirir protagonismo las claves de ciudadanía política y social, se diluyen los vínculos sociales de solidaridad. El predominio irrestricto del mercado farmacéutico, crea la figura del “manicomio químico”, como nuevo espacio de domesticación de la locura (Cipriano, 2017). A su vez, el orden neoliberal, determina el paso de intereses colectivos a demandas individuales y de acuerdo al predominio del mercado, como mecanismo de regulación social, establece los ejes de consumo y necesidades sobre los derechos y el tejido asociativo (Castel, 2012). Así lo advierten, evaluaciones críticas del modelo de “recuperación” [recovery] en salud mental, al reconocer que este enfoque, ha dejado de lado la importancia de reducir y eliminar las barreras que impiden a las personas ejercer sus derechos de ciudadanía (Leamy et al., 2011; Slade et al., 2014).

De esta manera, el modelo de “recuperación” [recovery] en salud mental, se encuentra en el centro de las estrategias de poder y transformaciones globales, que permitieron modernizar y racionalizar las condiciones de ejercicio de la psiquiatría, en un contexto neoliberal. Estos elementos, facilitaron la recomposición del poder de la psiquiatría biológica, y se potenciaron mutuamente en un escenario de creciente medicalización, y en un contexto social dominado por los valores del neoliberalismo (Moncrieff, 2014). Bajo los parámetros del modelo de “recuperación” [recovery] en salud mental, cada usuario o consumidor de servicios de salud mental, puede encarar “su enfermedad” y elegir “su tratamiento” de manera libre en la sociedad, pero no cambiar su estructura ni cuestionar lo establecido, reproduciendo una ideología, afín a los principios del orden neoliberal (Moncrieff, 2006). A partir de este análisis crítico, se plantearán a continuación, algunos lineamientos para pensar transformaciones en la salud mental contemporánea, y afrontar los desafíos del presente con la “caja de herramientas” de la antipsiquiatría.

4. ¿EL RETORNO DE LA ANTIPSIQUIATRÍA? CONCLUSIONES EN MOVIMIENTO.

El análisis, del contexto histórico, del nacimiento de organizaciones de “ex-

pacientes o sobrevivientes de la psiquiatría”, tiene como trasfondo los levantamientos juveniles, movimientos de derechos civiles y luchas radicales de la izquierda en la década de los 60 y 70. En este escenario, la locura comienza a disputar espacios de reconocimiento en el espacio público. El examen de este proceso histórico, permite comprender la emergencia de perspectivas críticas hacia la opresión psiquiátrica, en un escenario de politización creciente. Sin embargo, desde los años 80 hasta la actualidad, en un contexto de menor antagonismo, de acuerdo al avance de procesos de reforma psiquiátrica y la expansión del mercado farmacéutico, surgieron estrategias de despolitización y cooptación de perspectivas críticas. La reconceptualización del modelo de “recuperación” [recovery] en salud mental, ejemplifica muy bien, los alcances e implicancias de la profundización neoliberal en este proceso. Al respecto, la restauración de la hegemonía psiquiátrica en la salud mental contemporánea, no solo ubicó en un lugar predominante el reduccionismo biológico, sino que sentó las condiciones para una apropiación y subordinación de perspectivas alternativas.

El núcleo económico, de esta nueva hegemonía, es el mercado farmacéutico, la férrea alianza entre medicalización y mercantilización en el campo de la subjetividad, la proliferación de diagnósticos psiquiátricos y el aumento del consumo de psicofármacos (Whitaker, 2015). A su vez, en términos socioculturales, este patrón de dominación, consolidó un paradigma biológico y farmacéutico que modificaría sustancialmente la comprensión de las diferencias subjetivas en la sociedad, integrando y neutralizando la irrupción de perspectivas críticas, y frenando la capacidad de transformación de las comunidades organizadas que han promovido la democratización de los derechos de ciudadanía en el campo de la locura.

Gramsci (1984), definió como “hegemonía”, el poder de los grupos dominantes, para vencer a los grupos subalternos, de que sus intereses coinciden con los suyos, y obtener a partir de ahí, un consenso general que les incluye aun cuando sea de manera subordinada. A partir de este concepto, es posible comprender bajo qué condiciones el modelo de “recuperación” [recovery] en salud mental, fue integrado al sistema psiquiátrico, anulando los intereses de poder, tensiones y conflictos, que había implicado este enfoque en la irrupción de la locura en el escenario social. Este aspecto de la dominación es relevante, en la medida que Gramsci (1984), sostiene la importancia de considerar, que la hegemonía no opera solamente como forma de control social, sino que implica la dimensión cultural, el ámbito de la producción y circulación de representaciones sociales, así como la elaboración del sentido común.

Al respecto, si consideramos el escenario de la salud mental contemporánea, cabe preguntarse, ¿es posible desplegar una batalla cultural en torno a los imaginarios sociales de la locura con las armas de la antipsiquiatría? Para reconsiderar sus postulados, se pueden mencionar tres elementos sobre la importancia de su legado en la actualidad: La defensa de los derechos de ciudadanía, el fortalecimiento de la autonomía y la construcción de una política de alianzas.

Como se ha mencionado, las demandas políticas por la igualdad y justicia social

en el campo de la locura, tienen una larga tradición histórica, de la mano del movimiento “expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría”. En la actualidad, sigue vigente una perspectiva de defensa de derechos, debido a la continuidad del autoritarismo psiquiátrico y el control social de las diferencias, que se expresan en prácticas de exclusión que afectan directamente a personas con mayor desventaja económica y social, como son las medidas de internación involuntaria y tratamiento psiquiátrico forzado (Minkowitz, 2006; McWade, 2016).

En este marco, la defensa de derechos civiles y políticos en términos individuales y colectivos sigue siendo imprescindible; sin embargo, también pueden defenderse una serie de derechos alternativos. Derecho a las expectativas de vida, derecho al control colectivo de los recursos de propiedad común, derecho a la autonomía en el campo de la subjetividad, entre otros. No obstante, según Harvey (2007: 223) “proponer derechos diferentes a los que son considerados sacrosantos por el neoliberalismo conlleva la obligación de especificar un proceso social alternativo al que puedan ser inherentes estos derechos alternativos”.

En este sentido, para pensar alternativas que posibiliten una nueva forma de ver el mundo, en contraposición a los valores neoliberales de individualismo y competitividad, es necesario ir más allá de los procesos de mercantilización y medicalización, que determinan un enfoque asistencialista y paternalista en el campo de la salud mental. En el análisis del modelo de “recuperación” [recovery] en salud mental, se pudo visualizar, en qué medida las relaciones de cooptación generan patrones de subordinación y neutralizan el desarrollo de procesos emancipatorios.

A este respecto, es necesario reconsiderar el conjunto de repertorios de acción colectiva, ciclos de protesta, lógicas de confrontación y estrategias de lucha que han desarrollado las comunidades bajo los principios de la autonomía. El conjunto de estas “ideas fuerza” refiere a la esencia de la antipsiquiatría en sus orígenes: establecer una ruptura con las ideologías legitimadores del orden establecido para liberar el despliegue de la creatividad social más allá de los espacios institucionales. En relación a la autonomía, Thwaites Rey (2004) sostiene que esta perspectiva tiene sus raíces en distintas tradiciones emancipatorias, y enfatiza que la construcción política alternativa no debe tener como eje central la conquista del poder del Estado, sino que debe partir de la potencialidad de las acciones colectivas que emergen de y arraigan en la sociedad para construir “otro mundo”.

De acuerdo a ello, liberar la salud mental contemporánea del neoliberalismo no implicaría la “ocupación” y “retorno del Estado”, más bien, requiere analizar los procesos de subjetivación que produce el neoliberalismo, y contrarrestar esos procesos a través de prácticas cotidianas, centradas en la construcción de identidades colectivas, al considerar la dimensión simbólica y producción de significados, la creación de espacios alternativos, la sistematización de experiencias comunitarias, los espacios de militancia social y el desarrollo de metodologías participativas (Cea-Madrid, 2015).

De esta forma, actualmente la antipsiquiatría, permite pensar en una perspectiva crítica, radical y renovada, en torno a una autonomía que apueste por “agrietar el sistema de salud mental” y crear, dentro de la misma sociedad que se rechaza, espacios, momentos o áreas de actividad, donde se prefigure un mundo distinto. A este respecto, en un crisol de rebeldías en movimiento, es posible conectar las grietas e intensificar las fisuras, creando nuevas formas de potenciarlas, extenderlas, comunicarlas, y desarrollar nuevas formas de comunidad en torno a la locura. Esta perspectiva, permite comprender el valor de la interseccionalidad y la integración de diferentes actores sociales, en el camino hacia una transformación de la sociedad (Crossley, 2004; Shantz, 2008; Joseph, 2013); es decir, establecer una política de alianzas.

Sobre este punto, el incipiente campo de los Estudios Locos [Mad Studies], ha permitido desafiar la mercantilización y medicalización de la subjetividad, establecer barreras a las estrategias de cooptación por parte del modelo biomédico, abrir instancias de diálogo para establecer alianzas políticas e ideológicas en las luchas de supervivencia, en y contra el sistema psiquiátrico, todo lo anterior, reconociendo a los activistas “locos”, como sujetos de su propia historia y protagonistas de su propia liberación (Cresswell y Spandler, 2013, 2016; Beresford, 2016; Beresford y Russo, 2016; LeFrançois, et al. 2016).

A su vez, iniciativas como el movimiento Orgullo Loco [Mad Pride], evidencian la fortaleza, creatividad y vigencia de los colectivos que defienden el derecho a la locura en la actualidad. Como movimiento social, se ha orientado a ampliar su protagonismo, sin excluir la participación de profesionales críticos, a los que se entiende como aliados en la construcción de una propuesta colectiva (Parker, 2010; McKeown, Cresswell y Spandler, 2014). Al respecto, las conquistas políticas del movimiento de psiquiatría democrática en Italia y de sobrevivientes de la psiquiatría en Estados Unidos, en sus respectivos contextos, han mostrado, que en la medida que las alianzas fueron más amplias (incluyendo al movimiento de izquierdas, estudiantil y feminista), posibilitaron una mayor capacidad de incidencia en los asuntos públicos e imaginarios sociales, en torno a la locura (Castel, 1984; Schepers-Hughes y Lovell, 1986; Foot, 2014).

Si bien el bloque hegemónico de la psiquiatría biológica y la industria farmacéutica, junto a las fuerzas del Estado y el mercado, representan un poder enorme; la historia muestra, que solo la comunidad organizada ha podido desafiar ese poder en el campo de la locura. A pesar de las adversidades, los principios del movimiento de “expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría” continúan su desarrollo en el presente, a partir de acciones de movilización y protesta en el espacio público, creando iniciativas basadas en las redes de apoyo mutuo y la toma de conciencia de su situación colectiva, y manteniendo una autonomía relativa del sistema de salud mental como eje de su democratización.

Hoy en día, estas iniciativas buscan reinventar las representaciones sociales en torno a la locura, en un marco inclusivo y pluralista, al convocar a “consumidores/sobrevivientes/expacientes” que resisten la internalización del estigma y desarrollan

formas de activismo social, contra las prácticas discriminatorias de la psiquiatría (Morison, 2005; Schrader et al., 2013). Al desarrollar estas alternativas, este movimiento continúa ayudando a muchas personas que presentan diferencias subjetivas, a iniciar un proceso de valoración de su identidad y recuperación de su autonomía. Mientras esa luz de esperanza prevalezca, ante los fríos vientos del neoliberalismo, el poder de la locura y el legado de la antipsiquiatría, permanecerán vigentes para prefigurar una sociedad respetuosa de las diferencias y consciente de la diversidad.

Recibido: 20-09-2017 / Aceptado: 02-02-2018

Cea Madrid, J.C. y T. Castillo Parada (2018): “Locura y neoliberalismo. El lugar de la antipsiquiatría en la salud mental contemporánea”, *Política y Sociedad*, 55(2), pp. 559-574.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Adame, A. y R. Knudson (2007): “Beyond the counter-narrative: Exploring alternative narratives of recovery from the psychiatric survivor movement”, *Narrative Inquiry*, 17(2), pp. 157-178.
- Agrest, M. y I. Druetta (2011): “El concepto de recuperación: La importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios”, *Vertex*, 95, pp. 56-64.
- Anthony, W. (1993): “Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s”, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), pp.-11-23.
- Basaglia, F. y F. Basaglia-Ongaro eds. (1987): *Los crímenes de la paz. Investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión*, México, Siglo XXI.
- Bonney, S. y T. Stickley (2008): “Recovery and mental health: a review of the British literature”, *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 15(2), pp. 140-153.
- Beresford, P. (2016): “From psycho-politics to mad studies: learning from the legacy of Peter Sedgwick”, *Critical and Radical Social Work*, 4(3), pp. 343-355.
- Beresford, P. y J. Russo (2016): “Supporting the sustainability of Mad Studies and preventing its co-option”, *Disability & society*, 31(2), pp. 270-274.
- Burstow, B. (2004): “Progressive psychotherapists and the psychiatric survivor movement”, *Journal of humanistic psychology*, 44(2), pp. 141-154.
- Burstow, B. (2014): “The Whitering Away of Psychiatry: An Attrition Model for

Antipsychiatry”. En Burstow, B., B. LeFrançois y S. Diamond, Eds., *Psychiatry Disrupted. Theorizing resistance and crafting the (R)evolution*, Montreal, McGillQueen’s University Press, pp. 34-51.

- Carpenter, J. (2002): “Mental health recovery paradigm: Implications for social work”, *Health & Social Work*, 27(2), pp. 86-94.
- Castel, R. (1984): *La gestión de los riesgos. De la antipsiquiatría al postanálisis*, Barcelona, Anagrama.
- Castel, R. (2012): *El ascenso de las incertidumbres: trabajo, protecciones, estatus del individuo*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Cea-Madrid, J. C. (2015): “Metodologías participativas en salud mental: Alternativas y perspectivas de emancipación social más allá del modelo clínico y comunitario”, *Teoría y Crítica de la Psicología*, (5), pp. 79-97.
- Cea-Madrid, J. C. y T. Castillo-Parada (2016): “Materiales para una historia de la antipsiquiatría: balance y perspectivas”, *Teoría y Crítica de la Psicología*, (8), pp.-169-192.
- Chamberlin, J. (1984): “Speaking for ourselves: An overview of the ex-psychiatric inmates’ movement”, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 8(2), pp. 56-63.
- Chamberlin, J. (1990): “The ex-patients’ movement: Where we’ve been and where we’re going”, *Journal of Mind and Behavior*, 11(3), pp. 323-336.
- Chamberlin, J. (1995): “Rehabilitating ourselves: The psychiatric survivor movement”. *International Journal of Mental Health*, 24(1), pp. 39-46.
- Chamberlin, J. (1998): “Citizenship rights and psychiatric disability”, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21(4), pp. 405-408.
- Chamberlin, J. (2001): *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system*, Lawrence, Massachusetts, National Empowerment Center.
- Chamberlin, J. (2005): “User/consumer involvement in mental health service delivery”, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14(01), pp. 10-14.
- Chamberlin, J. (2006): “Servicios dirigidos por usuarios”. En Read, J., L. Mosher y R. Bentall, eds. *Modelos de Locura. Aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas a la esquizofrenia*, Barcelona, Herder, pp. 343-351.
- Chassot, C. y F. Mendes (2015): “The experience of mental distress and recovery among people involved with the service user/survivor movement”, *Health*,

19(4), pp. 372-388.

- Cipriano, P. (2017): *El manicomio químico. Crónicas de un psiquiatra recalci-trante*, Madrid, Enclave de Libros.
- Clay, S. (2005): *On our own, together: Peer programs for people with mental illness*, Tennessee, United States, Vanderbilt University Press.
- Cohen, O. (2005): "How do we recover? An analysis of psychiatric survivor oral histories", *Journal of Humanistic Psychology*, 45(3), pp. 333-354.
- Conrad, P. (1992): "Medicalization and Social Control", *Annual Review of So-ciology*, 18, pp. 209-232.
- Cresswell, M. y H. Spandler (2013): "The engaged academic: academic intellec-tuals and the psychiatric survivor movement", *Social Movement Studies*, 12(2), pp. 138-154.
- Cresswell, M., y H. Spandler (2016): "Solidarities and tensions in mental health politics: Mad Studies and Psychopolitics", *Critical and Radical Social Work*, 4(3), pp. 357-373.
- Crossley, N. (2004): "Not being mentally ill: Social movements, system survivors and the oppositional habitus", *Anthropology & Medicine*, 11(2), pp. 161-180.
- Deegan, P. (1988): "Recovery: The lived experience of rehabilitation", *Psycho-social Rehabilitation Journal*, 11(4), p. 11.
- Foot, J. (2014): "Franco Basaglia and the radical psychiatry movement in Italy, 1961-78", *Critical and radical social work*, 2(2), pp. 235-249.
- Foucault, M. (1967): *Historia de la locura en la época clásica*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2005): *El poder psiquiátrico. Curso en el College de France (1973-1974)*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Frese, F. y W. Davis (1997): "The consumer-survivor movement, recovery, and consumer professionals", *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(3), pp. 243-245.
- Galende, E. (1990): *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*, Buenos Aires, Paidós.
- Goffman, E. (2001): *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfer-*

mos mentales, Buenos Aires, Amorrortu.

- Gramsci, A. (1984): Cuadernos de la cárcel, Ciudad de México, Ediciones Era.
- Harvey, D. (2007): Breve historia del neoliberalismo, Madrid, Akal.
- Joseph, A. J. (2013): “Empowering alliances in pursuit of social justice: Social workers supporting psychiatric-survivor movements”, *Journal of Progressive Human Services*, 24(3), pp. 265-288
- Joseph, A. J. (2014): “A prescription for violence: The legacy of colonization in contemporary forensic mental health and the production of difference”, *Critical criminology*, 22(2), pp. 273-292.
- Leamy, M., V. Bird, C. Le Boutillier, J. Williams y M. Slade (2011): “Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis”, *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), pp. 445-452.
- LeFrançois, B., P. Beresford y J. Russo (2016): “Editorial: Destination Mad Studies”, *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice*, 5 (3), pp. 1 -10.
- Lewis, B. (2006): “A mad fight: Psychiatry and disability activism”, en L. David, ed., *The disability studies reader*, New York, Routledge, pp. 331-354.
- Martínez-Hernández, A. (2006): “La mercantilización de los estados de ánimo. El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aficciones”, *Política y sociedad*, 43(3), pp. 43-56.
- McKeown, M., Cresswell, M. y H. Spandler (2014): “Deeply Engaged Relationships: Alliances between Mental Health Workers and Psychiatric Survivors in the U.K.” En Burstow, B., B. LeFrançois y S. Diamond, Eds., *Psychiatry Disrupted. Theorizing resistance and crafting the (R)evolution*, Montreal, McGill-Queen’s University Press, pp. 144-162.
- McLean, A. (1995): “Empowerment and the psychiatric consumer/ex-patient movement in the United States: Contradictions, crisis and change”, *Social Science & Medicine*, 40(8), pp. 1053-1071.
- McLean, A. (2000): “From ex-patient alternatives to consumer options: Consequences of consumerism for psychiatric consumers and the ex-patient movement”, *International Journal of Health Services*, 30(4), pp. 821-847.
- McWade, B. (2016): “Recovery-as-policy as a form of neoliberal state making”, *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity,*

and Practice, 5(3), pp. 62-81.

- Menzies, R., B. LeFrançois y G. Reaume (2013): *Mad matters: A critical reader in Canadian Mad Studies*, Toronto, Canadian Scholars' Press.
- Minkowitz, T. (2006): "United Nations Convention on the rights of persons with disabilities and the right to be free from nonconsensual psychiatric interventions". *Syracuse Journal of International Law and Commerce*, 34, pp. 405-428.
- Moncrieff, J. (2006): "Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism", *The British Journal of Psychiatry*, 188(4), pp. 301-302.
- Moncrieff, J. (2014): "Ideas about mental health in a neoliberal world", *Group Analysis*, 47(4_suppl), pp. 12-16.
- Morrison, L. J. (2005): *Talking back to psychiatry: The psychiatric consumer/survivor/expatient movement*, New York, Routledge.
- Parker, I. (2010): *La psicología como ideología: contra la disciplina*, Madrid, Los libros de la catarata.
- Pérez-Soto, C. (2012): *Una nueva antipsiquiatría. Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*, Santiago de Chile, Ediciones Lom.
- Piat, M., J. Sabetti, A. Couture, J. Sylvestre, H. Provencher, J. Botschner y D. Stayner (2009): "What does recovery mean for me? Perspectives of Canadian mental health consumers", *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32 (3), pp. 199-207.
- Rosillo, M., M. Hernández y S. Smith (2013): "La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), pp. 257-271.
- Russo, J. y P. Beresford (2015): "Between exclusion and colonisation: Seeking a place for mad people's knowledge in academia", *Disability & Society*, 30(1), pp. 153-157.
- Sabbadini, A. (1976): "Las comunidades antipsiquiátricas inglesas". En Forti, L. ed. *La otra locura. Mapa antológico de la psiquiatría alternativa*, Barcelona, Tusquets, pp.-101-122.
- Schepers-Hughes, N. y A. Lovell (1986): "Breaking the circuit of social control: Lessons in public psychiatry from Italy and Franco Basaglia", *Social Science & Medicine*, 23(2), pp. 159-178.

- Schrader, S., N. Jones y M. Shattell (2013): “Mad pride: Reflections on sociopolitical identity and mental diversity in the context of culturally competent psychiatric care”, *Issues in Mental Health Nursing*, 34(1), pp. 62-64.
- Shantz, J. (2008): “Beyond therapy: autonomist movements against “mental illness” *Journal of Social and Psychological Sciences*, 1(2), pp. 66-87.
- Slade, M., M. Amering, M. Farkas, B. Hamilton, M. O’Hagan, G. Panther, R. Perkins, G. Shepherd, T. Samson y R. Whitley (2014): “Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems”, *World Psychiatry*, 13(1), pp.-12-20.
- Stastny, P. y P. Lehmann (2007): *Alternatives Beyond Psychiatry*, Berlin-EugeneSherwbury, Peter Lehmann Publishing.
- Szasz, T. (2001): *Ideología y enfermedad mental*, Buenos Aires, Amorrurto.
- Thwaites Rey, M. (2004): *La autonomía como búsqueda, el Estado como contradicción*, Buenos Aires, Prometeo.
- Whitaker, R. (2015): *Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*, Madrid, Capitán Swing.

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, solo en términos económicos. Si una persona gana 409 soles mensuales, o más, no es considerada pobre. Así de simple, los gobiernos de turno, se saltan con garrocha, la medición de la pobreza multidimensional.

¿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.

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.

ISBN:978-612-49090-1-6



9 786124 909016

Apertura
Grupo de Comunicación Multimedia

