



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

**“BAJO NIVEL SOCIOECONÓMICO Y PROBLEMAS DE SALUD MENTAL
EN ADOLESCENTES DE LIMA METROPOLITANA”**

**“LOW SOCIOECONOMIC STATUS AND MENTAL HEALTH PROBLEMS
IN ADOLESCENTS OF LIMA METROPOLITANA”**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TITULO
PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO**

AUTORES

Katherine Lesly Flores Peña

Chris Natalie Huashuayo Cervantes

Francesca Mariana Vila Queirolo

ASESOR

Dr. Javier Esteban Saavedra Castillo

LIMA – PERÚ

2022

JURADO

Presidente: Dr. Johann Martin Vega Dienstmaier

Vocal: Dr. Paulo Jorge Ruiz Grosso

Secretario: Dr. Edward Antonio Lozano Vargas

Fecha de sustentación: 03 de junio de 2022

Calificación: Aprobado

ASESOR DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Dr. Javier Esteban Saavedra Castillo

Departamento Académico de Clínicas Médicas

ORCID: 0000-0001-8403-5363

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestros padres, quienes han creído siempre en nosotras, dándonos el ejemplo de perseverancia para seguir adelante y virtudes que finalmente han forjado las profesionales que somos ahora. A nuestra familia en general, por ofrecernos amor, calidez y un apoyo incondicional a lo largo de nuestra carrera.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecemos a nuestro asesor, el doctor Javier Saavedra Castillo, por apoyarnos y tenernos paciencia en cada uno de los pasos a realizar en nuestro estudio, al Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” por habernos dado su confianza en ofrecernos su base de datos para la elaboración de nuestro trabajo.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El estudio ha sido autofinanciado por los coinvestigadores.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Declaramos no tener conflictos de interés de ningún tipo.

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVO GENERAL	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
MATERIALES Y MÉTODOS.....	7
RESULTADOS	11
DISCUSIÓN.....	13
CONCLUSIONES	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19
TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS	26

RESUMEN

Antecedente: Desde finales del siglo XX, se ha indagado la relación entre bajo nivel socioeconómico (NSE) y salud mental; se ha propuesto la existencia de un ciclo bidireccional entre estos dos. Hasta el momento, en el Perú no se ha realizado ningún estudio con una muestra representativa a nivel poblacional sobre bajo NSE y salud mental en adolescentes. Objetivo: El presente estudio pretende evaluar la relación entre bajo nivel socioeconómico y problemas de salud mental en adolescentes de Lima Metropolitana. Materiales y métodos: Se ha considerado realizar un estudio transversal analítico, en una muestra de tipo probabilística trietápica, usando la base de datos obtenidos de la encuesta efectuada por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM). Resultados: Únicamente se encontró relación directa, estadísticamente significativa, entre fobia social y bajo NSE ($p=0,031$). De las demás variables de problemas de salud mental no hubo relación, estadísticamente significativa, con bajo NSE. Conclusiones: Se confirma una relación entre fobia social y bajo NSE en adolescentes que residen en Lima Metropolitana, en donde a mayor pobreza, mayor fobia social.

Palabras clave: salud mental, estado socioeconómico, adolescentes.

ABSTRACT

Background: Since the end of the 20th century, the relationship between low socioeconomic status (SES) and mental health has been investigated; the existence of a bidirectional cycle between these two has been proposed. To this day, no study has been carried out in Peru with a representative sample of the population on low SES and mental health in adolescents. Objective: The present study aims to evaluate the relationship between mental health disorders and socioeconomic status in adolescents in Metropolitan Lima. Methods: An analytical cross-sectional study was considered, in a probabilistic tri-stage sample, using the database obtained from the survey conducted by the National Institute of Mental Health "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" (INSM). Results: Only a statistically significant direct relationship was found between social phobia and low SES ($p=0,031$). The other variables of mental health disorders did not show a statistically significant relationship with low SES. Conclusions: A relationship between social phobia and low SES is confirmed in adolescents residing in Metropolitan Lima, where the greater the poverty, the greater the social phobia.

Key words: mental health, socioeconomic status, adolescents

I. INTRODUCCIÓN

La pobreza ha adquirido múltiples definiciones a lo largo del tiempo, basándose en términos de inequidad tanto económica como falta de acceso a educación, salud, agua potable, electricidad, entre otros servicios esenciales (1,2). Según cifras del Banco Mundial, se aprecia una reducción de personas en el mundo que subsistían con menos de 1,90 dólares al día de 36% en el año 1990 a un 10% en el 2015; asimismo, se tiene como objetivo internacional hacia el 2030 haber eliminado la pobreza extrema, pero debido a la pandemia del SARS-CoV-2 este panorama resulta incierto (**Error! Bookmark not defined.**). En el Perú se observó una reducción del índice de pobreza monetaria (IPM) del 25,8% en el 2012 a un 20,2% en el 2019; mas, en Lima Metropolitana no se observó una reducción sustancial ya que en el 2012 el IPM fue de 14,5% y en el 2019 de 14,2% (3). Asimismo, la incidencia de pobreza extrema en el Perú también tiende al descenso; sin embargo, en el año 2019 en comparación al 2018 se percibió un aumento de 0,1% (3).

Desde finales del siglo XX, se ha indagado si el bajo nivel socioeconómico y la salud mental están relacionados, donde no se ha afirmado si el aumento del primero exacerba la patología mental ya que se ha propuesto que entre ambas variables existe un ciclo de doble sentido (4). La pobreza puede medrar la salud mental por el incremento de la angustia que ocasiona la violencia, la exclusión social, los ingresos económicos y pobre acceso a la salud (4). Por otro lado, debido a que involucra pérdida de la productividad ante la discapacidad, posible desempleo, inversión en salud incrementada y que los

pacientes se sienten juzgados, la patología mental puede actuar como agente del aumento del grado de pobreza (5).

Desde la última década, la OMS ha mostrado una mayor preocupación en la salud mental, colocando especial atención a las personas de menores recursos, implementando pautas específicas para prevención y manejo de trastornos psiquiátricos en conjunto con el sector salud, gubernamental y social; asimismo se han aprobado programas de acción para mayor acceso de la población a la atención sanitaria (6).

En una revisión sistemática en población adulta de países de bajo y mediano ingreso se concluyó que el pobre estado económico tiene asociación directamente proporcional con ansiedad, depresión y desórdenes somatomorfos (7). Según este estudio, se señaló que, mediante diversas mediciones de pobreza, existe asociación positiva con las enfermedades mencionadas en 73% y 79% de las investigaciones, en función del tipo de análisis bivariado y multivariado respectivamente (7).

En oriente, un estudio longitudinal realizado en Corea del Sur, cuya población de estudio fue adultos mayores, concluyó que aumentó la probabilidad de muerte por suicidio en este grupo etario debido a la pobreza (8). En el caso de un estudio canadiense, se investigó si la existencia de trastornos y las entradas monetarias de los participantes están relacionados, donde se comprobó mayormente con el abuso de sustancias, episodio depresivo mayor y fobia social (9).

A nivel de Latinoamérica, no se ha hallado muchos estudios que relacionen las variables: pobreza y salud mental. En Colombia se realizó un estudio con una muestra

representativa de su población donde se evidenció en el grupo de familias pobres, una prevalencia mayor de trastorno de depresión y ansiedad, de igual manera que el número de casos de abuso de consumo de cigarro, en comparación al otro grupo (10). Así infirieron que existe relación entre el escaso acceso a la cesta básica de bienes y la enfermedad mental. No obstante, no se evidencia claramente una asociación entre el aumento de pobreza y agravamiento de la afección mental (10).

En nuestro país, un estudio publicado en Anales de Salud Mental 2012, evidenció una relación entre bajo NSE y trastornos mentales en población adulta (11). Se informó la prevalencia actual, a seis meses y anual de patología mental en población general según NSE, definido según las necesidades básicas insatisfechas. Los valores obtenidos fueron 15,2%, 17,4% y 18,8% en el grupo pobre, mientras que, en el otro grupo fue de 5,8%, 7,2% y 8% respectivamente (12). En una investigación secundaria de este estudio, concluyó que existe la probabilidad aumentada en 2,54 en el grupo no pobre de presentar alta o muy alta felicidad en comparación del grupo pobre extremo (13). En otras zonas del Perú, se ha corroborado hallazgos similares en personas adultas (14,15).

Asimismo, un estudio transversal en adultos mayores, reportó que la prevalencia de depresión es considerable en este grupo etario y que el principal factor de riesgo fue la pobreza, así como ser del sexo femenino, tener más de 75 años, ausencia de conviviente, vivir en zona rural, carencia en la educación y discapacidad física (16). Cabe resaltar que gran parte de los autores que investigan esta doble relación entre pobreza y salud mental ha tenido como población de estudio a adultos y existe muy

poca o nula investigación enfocada en población adolescente, lo cual resulta en una problemática dado que es un grupo etario evidentemente vulnerable.

Existe un creciente reconocimiento de la importancia de la adolescencia para dar forma a la salud a lo largo de la vida (17). Primero, es crucial en el desarrollo de conductas saludables, y los hábitos desarrollados durante esta etapa persisten hasta la edad adulta (18). Segundo, es una época de rápido desarrollo físico, social, emocional y cognitivo, por lo que las condiciones de salud y los comportamientos que afectan o reflejan los procesos de desarrollo durante la adolescencia pueden tener consecuencias a largo plazo. Finalmente, en esta etapa, una salud física y/o mental deficiente puede dificultar el éxito educativo y ocupacional. (17,18).

Los trastornos psiquiátricos son importantes en los adolescentes, en Anales 2012, se observó que en adolescentes las afecciones más prevalentes fueron el episodio de depresión mayor, tendencia a trastornos de la conducta alimentaria, trastorno de ansiedad generalizada sin depresión y fobia social, en este mismo orden (12). Además, se encontró una alta tasa de uso de sustancias como alcohol y tabaco (12).

Existen pocos estudios sobre bajo NSE y salud mental en el adolescente, entre estos se encuentran los realizados en Colombia y Estados Unidos, donde no se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre bajo NSE y trastornos de salud mental (19,20). Perales et al. seleccionó una zona rural (bajo NSE) y una zona urbana (alto NSE) de Trujillo, con una muestra de adolescentes no representativa de la población de Perú (21). Se encontró que el abuso de sustancias y el intento suicida fueron más

frecuentes en la zona urbana mientras que el deseo de morir, la depresión y la ansiedad tendieron a ser ligeramente mayores en la zona rural, demostrando resultados similares a los trabajos internacionales (21).

En el Perú no se ha realizado hasta el momento ningún estudio sobre el NSE y la salud mental en el adolescente con una muestra representativa a nivel poblacional. Los pocos estudios reportados han sido en países desarrollados, por lo tanto, no se cuenta con referentes estadísticos en países en desarrollo con distintos modelos culturales que influyen tanto en las percepciones como en los enfoques de la enfermedad, al mismo tiempo que tienen un impacto en la experiencia de esta, es decir cómo el paciente interpreta y expresa los síntomas y la manera cómo lo afronta (22). Ante la escasez de información en esta área, este estudio tiene como finalidad evaluar la relación entre el bajo NSE y los problemas de salud mental en el adolescente de la metrópoli.

Actualmente, la OMS ha elaborado un plan a nivel mundial, donde se logre que para el 2030 cada adolescente tenga derecho a llegar a un equilibrio de salud biopsicosocial. Para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, se ubica al adolescente como elemento esencial (23). Guiándose de este último, el Perú ha implementado Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC), en donde psicólogos y psiquiatras se encargan de promocionar, prevenir, diagnosticar y ayudar en la rehabilitación de este grupo etario con trastornos psiquiátricos (24).

Esta investigación aporta sustentos estadísticos para preservar la salud mental en este grupo poblacional, y a su vez enriquece las estrategias en la lucha contra la pobreza.

Además, se puede dar paso a la implementación de políticas a nivel nacional en establecimientos educativos públicos que en la actualidad cuentan con limitado acceso a psicólogos y psiquiatras (24). A nivel de atención primaria, se puede evaluar estrategias para identificar adolescentes en situación de pobreza y hacer mayor énfasis en el descarte de distintos trastornos de salud mental para reconocer a aquellos más vulnerables a desarrollar estos y promover intervención temprana para prevenir la progresión del trastorno hacia la adultez.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la relación entre bajo nivel socioeconómico y problemas de salud mental en adolescentes de Lima Metropolitana.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la relación entre bajo nivel socioeconómico y depresión en adolescentes de Lima Metropolitana según sexo.
- Evaluar la relación entre bajo nivel socioeconómico y trastornos de ansiedad en adolescentes de Lima Metropolitana según sexo.
- Evaluar la relación entre bajo nivel socioeconómico e indicadores suicidas en adolescentes de Lima Metropolitana según sexo.
- Evaluar la relación entre bajo nivel socioeconómico y uso de sustancias en adolescentes de Lima Metropolitana según sexo.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

a) Diseño del estudio:

Se realizará un estudio transversal correlacional, probabilístico basándonos en los datos obtenidos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012 (12). El estudio original fue de tipo poblacional a través de encuestas cara a cara, recolectadas por el INSM entre los meses de mayo y diciembre del 2012, en el cual se obtuvo indicadores de salud mental y cifras de prevalencia sobre los principales trastornos mentales.

b) Población:

Corresponde a los habitantes de Lima y Callao que conforman todos sus distritos, excluyendo a cinco de estos, ubicados en la costa sur de Lima, debido al número escaso de personas que habitan en ellos. Para este trabajo de investigación, la población elegida corresponde a los adolescentes de ambos sexos, entre 12 y 17 años residentes habituales (12).

c) Muestra:

La muestra del estudio original fue seleccionada a través de un proceso probabilístico de 3 etapas. Las unidades de muestreo primarias fueron 700 conglomerados aleatorios de Lima y Callao. En las unidades secundarias de muestreo se eligió, por un sistema probabilístico aleatorizado, cierto número de viviendas contiguas por conglomerado. Las unidades finales de muestreo estuvieron conformadas por un adolescente entre 12

y 17 años, sin dificultades para comunicarse, elegido de cada vivienda al azar. No obstante, en casos donde el adolescente tenía algún trastorno de la comunicación, se realizó de modo indirecto con la cabeza de familia mediante una entrevista. En el caso donde vivían más de 1 hogar en 1 vivienda, se consideró solo al hogar principal ya que este tipo de viviendas con múltiples hogares eran mínimas. El número seleccionado de adolescentes fue de 1671 con un nivel de participación del 89,2% mientras que la tasa de no respuesta fue del 10,8%, alcanzando 1481 entrevistados (12).

d) Procedimientos y técnicas

Se presentó el protocolo de investigación para su respectiva evaluación por parte de la Facultad de Medicina y se aseguró que los procedimientos del estudio vayan acorde a los estándares éticos de los comités institucionales de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Luego, se procedió a redactar una carta al director del INSM para la autorización del uso de la base de datos obtenidas por el INSM (12). Las encuestas fueron realizadas por profesionales de la salud, especialmente psicólogos. Tanto los supervisores de calidad como entrevistadores, recibieron capacitación técnica de 15 días, la cual incluyó el correcto llenado de las encuestas, aspectos conceptuales, prácticas de campo, registro de domicilios y enfatizando en técnicas para entrevistar a los participantes y en solucionar posibles inconvenientes que se den. Cabe resaltar que los investigadores del estudio ejecutaron visitas randomizadas a las viviendas durante la recolección de datos para así asegurar la calidad de la información obtenida.

Instrumentos

Cuestionario de Salud Mental Modificado. Adaptado de la versión original colombiana para estudios del INSM tanto en adultos como en adolescentes (25,26). Es una herramienta para evaluar la salud mental en una población diversa debido a su adecuación cultural. Es de fácil aplicabilidad ya que no requiere experiencia clínica. Recoge información sobre conductas auto y heteroagresivas, uso de sustancias, entre otros. Para efectos de este estudio se incluirán preguntas de las siguientes áreas (ver gráficos): indicadores suicidas, uso de sustancias y conductas de abuso de alcohol

MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Ha sido validada y adaptada lingüísticamente a una versión española de la elaborada por Sheehan, Lecrubier y colaboradores (27). Se basa en criterios de la CIE-10, de fácil aplicación, dura aproximadamente 15 minutos, no requiere un entrenamiento intenso y recoge información sobre los principales trastornos psiquiátricos.

Datos sociodemográficos. Se utilizará una ficha de datos sociodemográficos donde se registra edad, sexo, domicilio, el nivel socioeconómico según el NBI.

e) Aspectos éticos del estudio

El trabajo de investigación fue aprobado por comités institucionales responsables de la conducta ética como por el Comité de Investigación de UPCH. Se solicitó un permiso para el uso de la base de datos del INSM, para recaudar información sobre la unidad de análisis del adolescente. El estudio original fue financiado a través de medios ordinarios y directamente recolectados por el instituto. Asimismo, cabe recalcar que

este requirió un asentimiento informado firmado por cada participante, así como también un consentimiento informado firmado por los padres o tutor del adolescente.

f) Plan de análisis

Todas las prevalencias estimadas fueron ponderadas para tener en consideración la probabilidad conocida de selección y para restaurar la distribución de la población. Para la variable de NSE, se agruparon los dos niveles de pobreza (pobre extremo y pobre) en uno solo en búsqueda de mayor poder estadístico. En primera instancia, se analizaron las características generales de la muestra, a través de análisis descriptivos como frecuencia y principales medidas de tendencia central y porcentajes. Se realizaron análisis estadísticos relacionales entre la condición socioeconómica (Nivel de pobreza) y episodio depresivo, TAG, conductas suicidas, fobia social y uso de sustancias. Dado que se trata de una muestra de tipo compleja, si la variable independiente es nominal (sexo, nivel de pobreza), para verificar si hay relación, se realizaron pruebas de chi cuadrado convertidas al estadístico F, teniendo en cuenta un nivel de significancia $<0,05$. Para todas las variables dependientes se realizaron análisis multivariado, a través del método de regresión logística con método de inclusión por pasos, para controlar variables confusoras como edad y sexo, ya que ambos se encuentran asociados significativamente con algunos problemas de salud mental en adolescentes. Se obtuvieron odds ratio (OR) con su intervalo de confianza al 95% (IC95%) correspondiente. Se utilizó el paquete estadístico SPSSV26 para muestras complejas. Se calculó la potencia de la muestra con STATA.

IV. RESULTADOS

Sociodemográficos

Fueron analizados un total de 1481 adolescentes que residen en Lima Metropolitana, el 48,84% (706) tenían entre 12 a 14 años, el 51,16% (775) entre 15 a 17 años. Asimismo, el 50,66% de adolescentes (735) eran de sexo masculino y el 49,34% (746) eran de sexo femenino. Con respecto a la variable sociodemográfica de NSE, considerando como nivel de pobreza pobre y no pobre, según NBI, se encontró que el 27,65% (418) provenían de hogares pobres y el 72,35% (1063) de no pobres. **(tabla 1)**.

Depresión, trastornos de ansiedad e indicadores suicidas

El trastorno psiquiátrico más frecuente en los adolescentes fue el episodio depresivo con 6,99%, seguido de TAG con 3,01%. Con respecto al NSE, se evidenció que, en aquellos adolescentes con un NSE pobre, un 9,04% presentaron depresión (aumentado en un 50% más que los no pobres), 2,49% presentaron TAG y un 4,61% fobia social. Entre estas, solo se contempló una relación estadísticamente significativa entre el NSE y fobia social, teniendo en cuenta tres niveles socioeconómicos comparando pobre y no pobre (OR:2,12; IC95%:1-4,48) con un p de 0,049 **(tabla 2)** y dos niveles socioeconómicos (OR: 2,13; IC95%:1,07-4,22) con un p de 0,031 **(tabla 3)** en donde la prevalencia de esta, en el grupo de adolescentes con bajo NSE, fue de 4,61%,

mientras que en los adolescentes no pobres fue 2,21% (p:0,028) (**tabla 4**). Comparando el grupo pobre extremo con no pobre se encontró un OR:2,15 (IC95%:0,64-7,27), sin embargo, esta relación positiva no fue estadísticamente significativa (p:0,219). Con respecto a los indicadores suicidas, se encontró una tendencia a una diferencia significativa entre adolescente pobres y no pobres en la prevalencia de vida y anual de deseo de morir, 29,7% versus 24,4% y 14,12% versus 10,10% respectivamente. Asimismo, la prevalencia de vida y anual del pensamiento suicida en los adolescentes pobres fue más elevada que en los no pobres, aunque esto no alcanzó diferencias estadísticamente significativas. La prevalencia de vida y anual del pensamiento suicida en adolescentes pobres fue de 13,44% y 7,23% respectivamente, mientras que la prevalencia en adolescentes no pobres alcanzó el 9,98% y 5,58% respectivamente. Respecto al planeamiento suicida, la prevalencia de vida en el grupo de adolescentes pobres fue de 6,67% y finalmente en cuanto al intento suicida la prevalencia de vida en este mismo grupo fue de 4,69%, prevalencia anual de 2,04% y prevalencia de mes de 0,62% (**tabla 4**). No se encontraron diferencias significativas según sexo.

Consumo de sustancias

No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre adolescentes pobres y no pobres con respecto al consumo de sustancias, como el alcohol, tabaco o marihuana tanto en la clasificación de NSE en dos y tres niveles. En el grupo de adolescentes con un NSE pobre se observó una prevalencia de mes del consumo de alcohol de 9,87%, la prevalencia del mes del consumo de tabaco fue de 3,65%, la prevalencia de mes de cualquier sustancia fue de 13,35%, la prevalencia de vida y la prevalencia anual de

consumo de sustancias ilegales fue de 2,25% y 2,83% respectivamente. El abuso de alcohol con mínimo un criterio tiene una prevalencia de 14,84% y con al menos dos criterios fue de 3,47%, finalmente, la prevalencia de embriaguez fue de 2,73%.

Mientras que en el grupo de adolescentes con un NSE no pobre se evidenció una prevalencia de mes del consumo de alcohol de 11,79%, la prevalencia de mes del consumo de tabaco de 4,28%, la prevalencia de mes de cualquier sustancia de 13,72%, la prevalencia de vida y anual de consumo de sustancias ilegales de 1,83% y 1,50%. El abuso de alcohol con mínimo un criterio tiene una prevalencia de 18,24% y con al menos dos fue de 3,31%, y la prevalencia de embriaguez fue de 2,65%. (**tabla 5**). No se encontraron diferencias significativas según sexo.

A través de análisis estadístico, se obtuvo una potencia de la muestra (considerando la prevalencia de episodio depresivo) en 0,4320. Asimismo, se halló que el tamaño de muestra estimada mínimo para alcanzar una potencia de 0,8 es 3448 adolescentes, 2463 no pobres y 985 pobres (razón de 2,5).

V. DISCUSIÓN

El presente estudio corresponde a uno de los primeros en Latinoamérica y en el Perú que se ocupa del nivel socioeconómico y la salud mental en los adolescentes con una muestra representativa a nivel poblacional. En el resto del mundo los pocos hallazgos han sido contradictorios, donde se encontró asociación positiva, específicamente en Brisbane (Australia), Christchurch (Nueva Zelanda), Santiago de Chile (Chile) y asociación no estadísticamente significativa como Colombia y Estados Unidos (28,29,

30,19,20). Se encontró un alto porcentaje de prevalencia de adolescentes con bajo NSE según NBI de un 27,65%, mayor a lo que se ve reflejado en países desarrollados como Estados Unidos (según ingresos monetarios) (31) y Cataluña (España) (32), donde en ambos la prevalencia de pobreza en menores de 18 años fue de 17,6% en el 2005 y 2011 respectivamente, así como en Colombia se obtuvo un porcentaje de 13,5% (medido a través del IPM) de hogares en condiciones de pobreza (10). Esta diferencia de prevalencia de pobreza puede deberse a los diferentes métodos de medición de pobreza.

En este estudio el trastorno de salud mental más prevalente en los adolescentes de Lima Metropolitana fue el episodio depresivo con 6,99%. Este resultado fue similar a lo observado en el estudio de Santiago de Chile donde la prevalencia fue de 7,8% (30). Por otro lado, la prevalencia de TAG en adolescentes (3,01%) es similar a ciudades latinoamericanas como el realizado en Santiago de Chile, ya mencionado, donde su prevalencia alcanzó un 3,1% (30). La prevalencia de fobia social en adolescentes de nuestro estudio (2,87%) fue menor a lo evidenciado en Santiago de Chile (5,2%), y Bambuí (Brasil) (4,7%) (30,33). Además, la prevalencia de adolescentes con abuso de sustancias (3,35%) presenta resultados similares a lo reflejado en Santiago de Chile (3,3%) (30). Con respecto a indicadores suicidas, se encontró una prevalencia de vida del pensamiento suicida del 10,94% y deseos de morir del 25,86%, este último hallazgo fue similar a adolescentes de Lima rural con un 21,4% (34).

En cuanto a problemas de salud mental en adolescentes y su relación con la condición de bajo NSE, los resultados obtenidos difieren parcialmente de aquellos estudios

realizados en otros países. Únicamente se encontró una relación directa, estadísticamente significativa, entre fobia social y bajo NSE teniendo en cuenta tres niveles socioeconómicos ($p=0,049$). No obstante, en la búsqueda de mayor poder se agruparon los dos niveles de pobreza en uno solo obteniendo así una relación positiva (OR ajustado: 2,13) con un p de 0,031. Este estudio es el primero que ha buscado y ha encontrado relación entre fobia social y bajo NSE en esta población, no obstante, en adolescentes colombianos no se ha encontrado resultados estadísticamente significativos (19). Estos hallazgos serían coherentes con un estudio realizado, pero en población no exclusiva de adolescentes, en Canadá, donde se reportó un mayor porcentaje de fobia social en población de bajos ingresos ($p=0,01$) (9).

Esta relación positiva se puede explicar debido a que en nuestra sociedad pluricultural existe discriminación y prejuicio entre distintos estratos socioeconómicos que afectan especialmente a los adolescentes, al ser una población vulnerable al impacto de la discriminación social dado que aún no poseen las habilidades cognitivas y de afrontamiento requeridas para hacer frente a la discriminación de la sociedad (35). La edad de inicio de síntomas de este trastorno se da en la adolescencia media, por lo que es importante saber identificar estos síntomas en aquellos con factores de riesgo como el bajo NSE (36). Asimismo, el desarrollo de personas que pertenecen a un grupo de estatus privilegiado es más beneficiado que los del grupo de estatus bajo por sentirse más valorados y confiados al ser parte de una sociedad en donde pueden tener un mejor futuro (37). En un metaanálisis, se evidenció que las correlaciones más fuertes observadas entre discriminación y salud mental en adolescentes fue con depresión y

síntomas como ansiedad, soledad, estrés y síntomas somáticos (35). Asimismo, su importancia recae en que la fobia social predice la presencia de depresión en adolescentes varones (38)

Se encontró una tendencia significativa con respecto a indicadores suicidas, específicamente en prevalencia de vida y anual de deseo de morir. Esto se correlaciona con una cohorte de Christchurch (Nueva Zelanda), donde se reportó que, en jóvenes de 15 a 21 años de familias de bajo NSE, presentan una mayor tasa de comportamientos suicidas (29).

No se encontraron diferencias significativas entre los adolescentes pobres y no pobres con respecto al episodio depresivo, otros trastornos de ansiedad, indicadores suicidas y consumo de sustancias. Asimismo, comparando el grupo pobre extremo y no pobre, se obtuvieron resultados similares con estas variables. Estos hallazgos difieren de lo estudiado en Santiago de Chile, Irán y Trujillo (30,39,21).

En Santiago de Chile, con una muestra representativa de adolescentes, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos de asociación directa entre trastornos de ansiedad y bajo nivel socioeconómico (30). Por otro lado, en un estudio basado en población infantil y adolescentes de Irán, se halló que tanto la depresión como la ansiedad disminuyen en el grupo de mayor NSE (39).

Asimismo, en Trujillo, donde se estudió población adolescente en una zona rural empobrecida vs una zona urbana con alto NSE, se evidenció que el abuso de alcohol fue significativamente más frecuente en la zona rural, además, la edad media de inicio

de este fue más temprana en esta zona (21). En adolescentes de Santiago de Chile se observó que los desórdenes de uso de sustancias fueron menos comunes en el grupo de bajo NSE (OR ajustado 0,2; IC95% 0,03-0,8) (30).

En contraste, en un estudio similar de Lima Metropolitana, pero en población adulta, se halló una asociación significativa de la pobreza con episodio depresivo y TAG (11). Esta diferencia entre adolescentes y adultos puede deberse a que los adolescentes no sean conscientes en su totalidad de su bajo NSE a diferencia de los padres que cargan con el peso de la pobreza (40).

Esta diferencia de los resultados entre países desarrollados y en vías de desarrollo puede ser explicada por el hecho de que cada uno cuenta con distintos modelos culturales, los cuales influyen en la percepción y en el enfoque de la enfermedad, así como en el impacto de la experiencia de esta, es decir cómo el paciente interpreta, expresa y afronta los síntomas y signos de su enfermedad (22). Además, existe una diferencia significativa entre la prevalencia de bajo NSE entre ambos países.

Las limitaciones a considerar en este trabajo de investigación son las mencionadas a continuación. En primer lugar, si bien la base de datos usada para este estudio es del 2012, no se pretende evaluar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos ni de la pobreza sino únicamente la relación entre estos dos. Asimismo, si bien se observó una reducción del IPM del 25,8% del país en el año 2012 a un 20,2% en el 2019, esta reducción no se ha modificado sustancialmente en Lima Metropolitana ya que en el 2012 el IPM fue de 14,5% y en el 2019 de 14,2%. Cabe resaltar que, en el 2020, el IPM aumentó considerablemente a 27,5% en Lima Metropolitana, lo cual coincide con la

crisis económica debido a la pandemia de COVID-19 (3). Debido a la diferencia significativa de estos porcentajes, podrían ser necesarios estudios con data actualizada.

Por otro lado, teniendo en cuenta la potencia de la muestra (0,432), una muestra más amplia podría haber ayudado a identificar asociaciones con problemas de salud mental de prevalencias bajas, por lo que se recomienda que otros estudios tomen en cuenta esto. Se decidió agrupar a los dos niveles de pobreza en uno solo, obteniendo así una relación estadísticamente significativa entre fobia social y bajo NSE en adolescentes. Además, como se trata de una base de datos recolectada mediante encuestas, los participantes pudieron no responder con sinceridad u ocultar datos importantes por miedo a ser juzgados, del mismo modo, se puede dar omisión de información debido a no recordar situaciones del pasado, generando sesgos.

Asimismo, las encuestas utilizadas para tamizaje de trastornos mentales no fueron verificadas por especialistas en el ámbito psiquiátrico pudiendo producir un sub o sobre diagnóstico. Es por esto, que los entrevistadores recibieron una capacitación previa al desarrollo de las encuestas. Se debe tener en cuenta que los participantes del presente estudio no incluyeron a aquellos que no tuvieran un hogar fijo o que estuvieran hospitalizadas por trastornos mentales. En último lugar, no se busca causalidad sino relación, al ser un estudio transversal.

VI. CONCLUSIONES

En conclusión, se confirma una relación entre fobia social y bajo nivel socioeconómico en adolescentes que residen en Lima Metropolitana, en donde a mayor bajo NSE,

mayor fobia social. No obstante, dicha relación no fue observada de manera significativa en las demás variables de problemas de salud mental, por lo que amerita estudios posteriores con mayor número de muestra para evaluar dicha relación. Al vivir en un país con gran diversidad sociocultural entre distintas regiones, los resultados obtenidos deben ser extrapolados con precaución. Es indispensable seguir investigando estas variables en diferentes regiones del país para así enriquecer las estrategias en la lucha contra la pobreza y así dar paso a la implementación de políticas a nivel nacional en establecimientos educativos públicos que en la actualidad cuentan con limitado acceso a psicólogos y psiquiatras (24). De igual manera, a nivel de la atención primaria, se podrían evaluar estrategias para identificar adolescentes en situación de pobreza y hacer mayor énfasis en el descarte de distintos trastornos de salud mental, como depresión, ansiedad, uso de sustancias y principalmente fobia social. De esta manera, se reconoce a aquellos más vulnerables a desarrollar trastornos mentales y promover intervención temprana e incluso prevenir la progresión del trastorno hacia la adultez.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Aufseeser D. Towards a relational understanding of child poverty: Care and adverse inclusion among street-affiliated children in Peru. *Geoforum*. 2020;114:10-18.

² Pobreza: Panorama general [Internet]. World Bank. 2020 [citado el 6 Agosto 2020]. Disponible en:

<https://www.bancomundial.org/es/topic/poverty/overview>

³ Perú Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Inei.gob.pe. 2020 [citado el 6 Agosto 2020]. Disponible en : <https://www.inei.gob.pe/cifras-de-pobreza/>

-
- ⁴ Saraceno B, Barbui C. Poverty and mental illness. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* 1997;42:285–90.
- ⁵ Lund C, De Silva M, Plagerson S, Cooper S, Chisholm D, Das J, Knapp M, Patel V. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *Lancet.* 2011;378:1502–14.
- ⁶ OMS | Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP) [Internet]. Who.int. 2021 [citado el 11 febrero 2021]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/mhgap/es/
- ⁷ Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, Swartz L, Patel V. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Soc Sci Med.* 2010; 71(3):517-528. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.04.027.
- ⁸ Choi J, Kim T, Shin J, Han E. Poverty and suicide risk in older adults: A retrospective longitudinal cohort study. *International Journal of Geriatric Psychiatry.* 2019;34(11):1565-1571.
- ⁹ Caron J, Liu 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 populations. *Chronic Dis Can.* 2010;30:84–94.
- ¹⁰ Quitian H, Ruiz-Gaviria R, Gómez-Restrepo C, Rondón M. Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría.* 2016; 45:31-38.

11 Saavedra JE. Pobreza y salud mental en la población adulta de Lima Metropolitana: trastornos psiquiátricos y otros problemas de salud mental asociados. *Anales de Salud Mental*. 2019; 34(2):21-41.

12 Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2013; XXIX (Suplemento 1).

13 Saavedra J. Factores sociodemográficos y eventos de vida tempranos asociados con la felicidad en adultos de Lima Metropolitana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2020, 37(1):42-50.

14 Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Rural 2009. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2012; XXVIII (Suplemento 2).

15 Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2008. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2009; 25 (1-2):1-318.

16 Martina M, Ara M, Gutiérrez C, Nolberto V, Piscoya J. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2018;78(4):393.

17 Sawyer S, Afifi R, Bearinger L, Blakemore S, Dick B, Ezeh A, Patton G. Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*. 2012;379(9826):1630-1640.

18 Viner R, Ozer E, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, Currie C. Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*. 2012; 379 (9826):1641-1652.

¹⁹ Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Tamayo Martínez N, Rondón M, Bautista N, Rengifo H, Medina M. Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población de adolescentes colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2016;45:50-57.

²⁰ Kim P, Neuendorf C, Bianco H, Evans G. Exposure to Childhood Poverty and Mental Health Symptomatology in Adolescence: A Role of Coping Strategies. *Stress and Health*. 2015;32(5):494-502.

²¹ Perales A, Sogi C, Morales R. Salud mental en adolescentes de las Delicias (Trujillo - Perú). *Anales de la Facultad de Medicina*. 2001;62(4):301-311.

²² Mesquita B, Walker R. Cultural differences in emotions: a context for interpreting emotional experiences. *Behaviour Research and Therapy*. 2003; 41(7):777–793.

²³ OMS. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016 – 2030). 2015 [citado el 14 octubre 2020]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/

²⁴ Ministerio de Salud. Plan Nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018–2021. 1era. ed. Lima: SINCO Diseño E.I.R.L; 2018 [citado el 14 octubre 2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>

²⁵ Perales A, Sogi C, Salas RE. Salud Mental en Adolescentes del distrito de Magdalena, en Serie: Monografías de Investigación No.4. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”. 1996.

²⁶ Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Confiabilidad y Validez de los Cuestionarios de los Estudios Epidemiológicos de Salud

Mental de Lima y de la Selva Peruana. *Anales de Salud Mental*. 2009; XXV (Suplemento 1).

²⁷ Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 1998;59(20):22-57.

²⁸ Najman J, Hayatbakhsh M, Clavarino A, Bor W, O'Callaghan M, Williams G. Family Poverty Over the Early Life Course and Recurrent Adolescent and Young Adult Anxiety and Depression: A Longitudinal Study. *American Journal of Public Health*. 2010;100(9):1719-1723

²⁹ Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med*. 2000;30(1):23–39.

³⁰ Vicente B, de la Barra F, Saldivia S, Kohn R, Rioseco P, Melipillan R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Santiago, Chile: a community epidemiological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012 Jul;47(7):1099–109.

³¹ Dashiff C, DiMicco W, Myers B, Sheppard K. Poverty and Adolescent Mental Health. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2009;22(1):23-32.

³² Quiroga, Violeta; Guasch, Carmen. La afectación de salud mental en la población infantil y adolescente en situación de riesgo en Cataluña. *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa*. 2014;57(1):137-155

-
- ³³ Lopes F, Resende C, Uchoa E, Costa M. Comparing the prevalence rates of social phobia in a community according to ICD-10 and DSM-III-R Comparando estimativas de prevalência da fobia social na comunidade empregando-se a CID-10 e a DSM-III-R. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005; 27(3):222-4
- ³⁴ Bazán-López JL, Olórtegui-Malaver VM, Vargas-Murga HB, Huayanay-Falconí L. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. *Rev Neuropsiquiatr.* 2016;79(1):3.
- ³⁵ Benner A, Wang Y, Shen Y, Boyle A, Polk R, Cheng Y. Racial/ethnic discrimination and well-being during adolescence: A meta-analytic review. *American Psychologist.* 2018;73(7):855-883.
- ³⁶ Beidel D, Ferrell C, Alfano C, Yeganeh R. The treatment of childhood social anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America.* 2001;24(4):831-846.
- ³⁷ Keyes, C. Social well-being. *Social Psychology Quarterly,* 1998; 61, 121-140.
- ³⁸ Väänänen J-M, Fröjd S, Ranta K, Marttunen M, Helminen M, Kaltiala-Heino R. Relationship between social phobia and depression differs between boys and girls in mid-adolescence. *J Affect Disord.* 2011;133(1–2):97–104.
- ³⁹ Heshmat R, Qorbani M, Ghoreishi B, Djalalinia S, Tabatabaie O, Safiri S et al. Association of socioeconomic status with psychiatric problems and violent behaviours in a nationally representative sample of Iranian children and adolescents: the CASPIAN-IV study. *BMJ Open.* 2016;6(8):e011615.
- ⁴⁰ Dominguez J, Peña W, Robles C, Rivera M, Meléndez J, Navas G, Ramírez R, Pleites M. Percepciones de niñas, niños y adolescentes sobre su bienestar: ¿Apostando por el futuro de El Salvador?. San Salvador: Unicef: 2015 (Consultado 1 Jun 2022).

Disponible

en:

<https://www.unicef.org/elsalvador/media/1126/file/Percepciones%20de%20niñas.%20Niños%20y%20adolescentes%20sobre%20su%20bienestar.pdf>

VIII. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

Indicadores suicidas

AHORA TE HARÉ ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE ALGUNOS PENSAMIENTOS

46. OBSERVA LA TARJETA 21, ¿HAS TENIDO LA EXPERIENCIA (O SITUACION) 'A'? (¿ALGUNA VEZ EN TU VIDA HAS DESEADO MORIR?)

SI	1	Pase a P46b
NO	0	

48. OBSERVA LA TARJETA 21, ¿HAS TENIDO LA EXPERIENCIA (O SITUACION) 'C'? (¿ALGUNA VEZ EN TU VIDA HAS PENSADO EN QUITARTE LA VIDA?)

SI	1	
NO	0	Pase a P52

50. OBSERVA LA TARJETA 21, ¿HAS TENIDO LA EXPERIENCIA (O SITUACION) 'E'? (¿ALGUNA VEZ EN TU VIDA HAS PLANEADO QUITARTE LA VIDA?)

SI	1	
NO	0	Pase a P52

Uso de sustancias y abuso de sustancias

AHORA TE HARE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL CONSUMO DE ALGUNAS SUSTANCIAS

17a. ¿ALGUNA VEZ EN TU VIDA HAS PROBADO ALGUNA BEBIDA ALCOHOLICA O LICOR (COMO CERVEZA, VINO, PISCO, RON, ANISADO, CONAC, CALIENTE, AGUARDIENTE, YONQUE, CHICHA DE JORA, LECHE DE MONJA, LEVA, MASATO, MACERADO DE FRUTAS, CHICHA DE MAIZ, UVACHADO CLARITO, QUEMADO, CANELAZO, CACHINA, CALIENTITO, CHICHARON, CHICHA DE MOLLE, CHABELITA, COCONACHADO, ENTRE OTROS)?

SI, más de una vez	1	Pase a P22
SI, pero sólo una vez	2	
NO	0	

17b. LA PRIMERA VEZ QUE TOMASTE ¿QUE EDAD TENÍAS?

ANOS

ENTREVISTADOR(A): SI SOLO TOMÓ UNA VEZ, PASE A P22

18. EN LAS ULTIMAS 4 SEMANAS QUE PASARON ¿HAS PROBADO ALGUNA BEBIDA ALCOHOLICA O LICOR (COMO CERVEZA, VINO, PISCO, RON, ANISADO, CONAC, CALIENTE, AGUARDIENTE, YONQUE, CHICHA DE JORA, LECHE DE MONJA, LEVA, MASATO, MACERADO DE FRUTAS, CHICHA DE MAIZ, UVACHADO, CLARITO, QUEMADO, CANELAZO, CACHINA, CALIENTITO, CHICHARON, CHICHA DE MOLLE, ENTRE OTROS)?

SI	1	Pase a P20
NO	0	

19. EN LAS ULTIMAS 4 SEMANAS QUE PASARON, ¿CUANTAS VECES TE HAS EMBRIAGADO (EMBORRACHADO)?

19A. ¿CON QUE FRECUENCIA TOMAS LICOR?

TARJETA 18

Menos de una vez al mes	0
1 a 3 veces al mes	1
1 o 2 veces a la semana	2
3 a 4 veces a la semana	3
5 a 7 veces a la semana	4

19A1. Especifique:

_____ veces/mes

p. Su esposo(a) o pareja lo prohibiría?	1	0	3
q. Sus vecinos hablarían mal de usted si se enteraran?	1	0	3
r. Por temor a que lo(a) vieran como enfermo(a) mental?	1	0	3
s. Experiencia de mala atención anterior?	1	0	3
u. Por falta de tiempo?	1	0	3
v. No hay centro de salud cercano?	1	0	3
w. Prefería tratamiento con naturista no médico o yerbero?	1	0	3
x. Prefería tratamiento con curandero o brujo?	1	0	3
y. No era serio, grave o muy importante?	1	0	3
t. Otro?	1	0	3
(Especifique)			

20. EN GENERAL, ¿CUAL ES LA BEBIDA ALCOHOLICA QUE TOMAS CON MAYOR FRECUENCIA?

(acepte más de una respuesta)

Cerveza	1	Masato	14
Ron	2	Macerado de frutas	15
Vino	3	Chicha de maíz	16
Vodka	4	Clarito	17
Whisky	5	Quemado	18
Anisado	6	Canelazo	19
Chicha de jora	7	Cachina	20
Pisco	8	Calentito	21
Aguardiente	9	Chicharon	22
Cañazo	10	Chicha de molle	23
Cañicola	11	Chabelita	24
Leche de monja	12	Coconachado	25
Leva	13	Otro (especifique)	88

4 de 23

21. CON RESPECTO AL CONSUMO DE ALCOHOL (CERVEZA, RON, CHICHA DE JORA, ETC.)

	SI	NO
a. ¿Has sentido la necesidad de disminuir la cantidad de bebidas alcohólicas que tomas?	1	0
b. ¿Alguna persona te ha criticado por tu manera de beber?	1	0
c. ¿Has tenido problemas o te has peleado con otras personas estando ebrio(a) o borracho(a)?	1	0
d. ¿Alguna vez has tomado bebidas alcohólicas para cortar la resaca o curar la cabeza?	1	0
e. ¿Puedes dejar de beber fácilmente después de uno o dos tragos?	1	0

EESISPR .D.03

f. ¿Bajo el efecto del alcohol, has tenido accidentes de tránsito ya sea como peatón o conductor?	1	0
g. ¿Has tenido otro tipo de accidentes bajo el efecto de bebidas alcohólicas (caídas, quemaduras, entre otros)?	1	0
h. ¿Bajo el efecto de bebidas alcohólicas has sido golpeado(a) o herido(a)?	1	0
i. ¿Bajo el efecto de bebidas alcohólicas has golpeado o herido a otra persona?	1	0
j. ¿Has dejado de asistir al colegio, al trabajo, o la universidad a consecuencia de tomar licor?	1	0

AHORA TE HARE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL USO DE OTRAS SUSTANCIAS

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
OBSERVA LA TARJETA 26 Y SENALA LA QUE CORRESPONDA															
ENTREVISTADOR(A): MARQUE CON UN CIRCULO EN LAS LETRAS POSITIVAS, SEGUN LAS RESP. DEL INFORMANTE.															
22. ¿CUAL DE ESTAS SUSTANCIAS HAS PROBADO ALGUNA VEZ EN TU VIDA YA SEA POR CURIOSIDAD, PLACER O PORQUE TE PRESIONARON A HACERLO? (NO POR INDICACION MEDICA)	SI = 1														
ENTREVISTADOR(A): SI NO SE HA CODIFICADO NINGUNA LETRA PASE A P28a.	NO = 0														
23. ¿A QUE EDAD CONSUMISTE POR PRIMERA VEZ?															
24. ¿LA HAS USADO (CONSUMIDO)...															
a. en la última semana	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
b. hace más de una semana pero menos de un mes	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
c. hace más de un mes pero menos de un año	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
d. hace más de un año	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
25. ¿ALGUNA VEZ HAS PENSADO O TE HAN DICHO QUE CONSUMES (O CONSUMIAS) MUCHO?	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
26. ¿HAS QUERIDO O QUISIERAS DEJAR DE CONSUMIRLA?	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
27. ¿ALGUNA VEZ INTENTASTE DEJAR DE CONSUMIRLA PERO NO PUDISTE?	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
28. ¿HAS ESTADO EN TRATAMIENTO PARA DEJAR DE CONSUMIRLA(O)?	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O

Tabla 1. Características sociodemográficas de adolescentes residentes en Lima Metropolitana.

Características Sociodemográficas	n	%
Nivel de pobreza		
<i>Pobre</i>	418	27,65
<i>No pobre</i>	1063	72,35
Edad		
<i>12 a 14</i>	706	48,84
<i>15 a 17</i>	775	51,16
Sexo		
<i>Femenino</i>	746	49,34
<i>Masculino</i>	735	50,66

Tabla 2. Relación entre pobreza (3 niveles) y trastornos de salud mental en adolescentes de Lima Metropolitana.

Variables	Análisis Bivariado				Análisis Multivariado			
	Pobre Extremo*		Pobre*		Pobre Extremo**		Pobre*	
	OR crudo (IC95%)	p valor	OR crudo (IC95%)	p valor	OR ajustado (IC95%)**	p valor	OR ajustado (IC95%)**	p valor
Episodio Depresivo Actual	2,09 (0,96 - 4,54)	0,062	1,32 (0,71 - 2,44)	0,379	1,91 (0,83 - 4,38)	0,129	1,29 (0,70 - 2,36)	0,417
TAG Actual	1,07 (0,39 - 2,91)	0,897	0,67 (0,30 - 1,49)	0,328	1,19 (0,43 - 3,25)	0,740	0,68 (0,31 - 1,50)	0,337
Fobia Social Actual	2,17 (0,67 - 7,03)	0,195	2,13 (0,99 - 4,53)	0,051	2,15 (0,64 - 7,27)	0,219	2,12 (1,00 - 4,48)	0,049
Deseo de Morir (Prev. Vida)	1,49 (0,87 - 2,55)	0,150	1,25 (0,90 - 1,74)	0,182	1,41 (0,83 - 2,38)	0,208	1,24 (0,88 - 1,73)	0,223
Deseo de Morir (Prev. anual)	1,56 (0,71 - 3,41)	0,267	1,43 (0,93 - 2,20)	0,104	1,39 (0,64 - 3,00)	0,406	1,40 (0,90 - 2,16)	0,134
Deseo de Morir (Prev. mes)	1,30 (0,37 - 4,61)	0,684	0,72 (0,36 - 1,45)	0,366	0,70 (0,20 - 2,50)	0,587	1,36 (0,68 - 2,72)	0,392
Pensamiento suicida (Prev. de vida)	1,29 (0,56 - 2,99)	0,550	1,44 (0,93 - 2,23)	0,105	1,23 (0,53 - 2,85)	0,633	1,43 (0,92 - 2,22)	0,112
Pensamiento suicida (Prev. anual)	1,26 (0,54 - 2,97)	0,594	1,34 (0,75 - 2,37)	0,320	1,10 (0,46 - 2,62)	0,827	1,30 (0,73 - 2,31)	0,378
Pensamiento suicida (Prev. mes)	0,66 (0,14 - 3,08)	0,596	0,96 (0,34 - 0,27)	0,939	0,63 (0,13 - 3,00)	0,559	0,96 (0,34 - 2,67)	0,939
Planeamiento Suicida (Prev. de vida)	1,72 (0,47 - 6,27)	0,408	1,63 (0,88 - 3,04)	0,118	1,71 (0,48 - 6,05)	0,404	1,63 (0,88 - 3,01)	0,119
Intento suicida (Prev. de vida)	0,56 (0,13 - 2,43)	0,446	1,82 (0,90 - 3,66)	0,093	0,56 (0,13 - 2,41)	0,437	1,83 (0,90 - 3,70)	0,093
Intento suicida (Prev. anual)	1,00 (0,23 - 4,49)	0,991	1,16 (0,45 - 2,99)	0,754	0,87 (0,19 - 3,90)	0,851	1,11 (0,43 - 2,88)	0,828
Intento suicida (Prev. de mes)	1,18 (0,14 - 10,05)	0,880	0,68 (0,13 - 3,58)	0,649	1,04 (0,11 - 9,42)	0,976	0,65 (0,12 - 3,54)	0,621
Consumo de Alcohol (prev. Mes)	0,97 (0,48 - 1,94)	0,929	0,77 (0,47 - 1,28)	0,315	1,29 (0,61 - 2,72)	0,507	0,77 (0,46 - 1,29)	0,317
Consumo de Tabaco (prev. Mes)	0,28 (0,04 - 2,07)	0,213	1,04 (0,54 - 1,99)	0,904	0,37 (0,05 - 2,79)	0,338	1,05 (0,54 - 2,04)	0,892
Consumo de cualquier sustancia (prev. Mes)	0,81 (0,41 - 1,62)	0,559	1,02 (0,67 - 1,55)	0,923	1,08 (0,51 - 2,26)	0,843	1,04 (0,67 - 1,59)	0,877
Consumo de sustancias ilegales (prev. De vida)	1,07 (0,29 - 4,05)	0,915	1,29 (0,41 - 4,06)	0,661	1,68 (0,43 - 6,50)	0,452	1,27 (0,40 - 4,01)	0,680
Consumo de sustancias ilegales (prev. anual)	1,32 (0,34 - 5,13)	0,689	2,12 (0,76 - 5,93)	0,154	2,01 (0,50 - 8,02)	0,323	2,14 (0,76 - 6,07)	0,152
Consumo de Marihuana (Prev. vida)	1,14 (0,30 - 4,34)	0,844	1,37 (0,43 - 4,35)	0,589	1,78 (0,46 - 6,92)	0,408	1,36 (0,43 - 4,31)	0,602
Abuso de Alcohol (por lo menos 1 criterio)	0,51 (0,24 - 1,07)	0,074	0,88 (0,59 - 1,30)	0,516	0,62 (0,28 - 1,35)	0,228	0,88 (0,59 - 1,32)	0,545
Abuso de Alcohol (por lo menos 2 criterio)	0,96 (0,20 - 4,46)	0,953	1,08 (0,56 - 2,11)	0,816	1,33 (0,27 - 6,53)	0,726	1,09 (0,55 - 2,14)	0,813
Embriaguez	2,10 (0,67 - 6,56)	0,201	0,69 (0,26 - 1,82)	0,454	3,20 (0,98 - 10,47)	0,055	0,68 (0,26 - 1,80)	0,438

* Categoría de referencia: No pobre

**Ajustado: edad y sexo

Tabla 3. Relación entre pobreza (2 niveles) y trastornos de salud mental en adolescentes de Lima Metropolitana

Variables	Pobre /No pobre*			
	OR crudo (IC95%)	p valor	OR ajustado (IC95%)**	p valor
Episodio Depresivo Actual	1,50 (0,89 - 2,53)	0,125	1,44 (0,86 - 2,41)	0,167
TAG Actual	0,77 (0,39 - 1,50)	0,444	0,79 (0,41 - 1,55)	0,495
Fobia Social Actual	2,14 (1,07 - 4,27)	0,032	2,13 (1,07 - 4,22)	0,031
Deseo de Morir (Prev. Vida)	1,31 (0,97 - 1,76)	0,078	1,27 (0,94 - 1,73)	0,115
Deseo de Morir (Prev. anual)	1,46 (0,98 - 2,19)	0,066	1,39 (0,93 - 2,08)	0,106
Deseo de Morir (Prev. mes)	0,81 (0,42 - 1,57)	0,540	1,19 (0,62 - 2,27)	0,608
Pensamiento suicida (Prev. de vida)	1,40 (0,93 - 2,11)	0,109	1,38 (0,91 - 2,08)	0,127
Pensamiento suicida (Prev. anual)	1,32 (0,79 - 2,21)	0,296	1,24 (0,74 - 2,10)	0,411
Pensamiento suicida (Prev. mes)	0,89 (0,35 - 2,26)	0,799	0,88 (0,35 - 2,21)	0,777
Planeamiento Suicida (Prev. de vida)	1,65 (0,90 - 3,03)	0,104	1,65 (0,91 - 2,99)	0,098
Intento suicida (Prev. de vida)	1,50 (0,77 - 2,91)	0,231	1,51 (0,77 - 2,94)	0,230
Intento suicida (Prev. anual)	1,13 (0,48 - 2,66)	0,788	1,05 (0,44 - 2,94)	0,919
Intento suicida (Prev. de mes)	0,80 (0,19 - 3,35)	0,764	0,75 (0,17 - 3,29)	0,706
Consumo de Alcohol (prev. Mes)	0,82 (0,53 - 1,26)	0,369	0,87 (0,56 - 1,36)	0,547
Consumo de Tabaco (prev. Mes)	0,85 (0,45 - 1,59)	0,608	0,91 (0,48 - 1,73)	0,773
Consumo de cualquier sustancia (prev. Mes)	0,97 (0,66 - 1,41)	0,869	1,04 (0,71 - 1,55)	0,831
Consumo de sustancias ilegales (prev. De vida)	1,24 (0,46 - 3,32)	0,672	1,34 (0,50 - 3,63)	0,559
Consumo de sustancias ilegales (prev. anual)	1,92 (0,75 - 4,88)	0,173	2,12 (0,82 - 5,44)	0,120
Consumo de Marihuana (Prev. vida)	1,32 (0,48 - 3,56)	0,588	1,43 (0,53 - 3,89)	0,482
Abuso de Alcohol (por lo menos 1 criterio)	0,78 (0,54 - 1,12)	0,181	0,82 (0,57 - 1,19)	0,302
Abuso de Alcohol (por lo menos 2 criterio)	1,05 (0,54 - 2,02)	0,883	1,13 (0,58 - 2,22)	0,717
Embriaguez	1,03 (0,47 - 2,28)	0,940	1,11 (0,49 - 2,50)	0,798

* Categoría de referencia: No pobre

**Ajustado: edad y sexo

Tabla 4. Depresión, trastornos de ansiedad e indicadores suicidas asociadas a Nivel Socioeconómico en adolescentes residentes en Lima Metropolitana.

Variables	n (1481)	%	Pobre	No Pobre	p valor a/
			% (IC95%)	% (IC95%)	
Episodio depresivo actual					
<i>Si</i>	100	6,99	9,04 (6,04 - 13,31)	6,20 (4,73 - 8,09)	0,123
<i>No</i>	1381	93,00	90,96 (86,69 - 93,96)	93,80 (91,91 - 95,27)	
TAG actual					
<i>Si</i>	50	3,01	2,49 (1,43 - 4,29)	3,21 (2,25 - 4,54)	0,442
<i>No</i>	1431	96,99	97,51 (95,71 - 98,57)	96,79 (95,46 - 97,75)	
Fobia Social actual					
<i>Si</i>	41	2,87	4,61 (2,75 - 7,63)	2,21 (1,43 - 3,39)	0,028
<i>No</i>	1440	97,13	95,39 (92,37 - 97,25)	97,79 (96,61 - 98,57)	
Deseo de Morir (Prev. Vida)					
<i>Si</i>	376	25,86	29,70 (24,67 - 35,27)	24,40 (21,59 - 27,45)	0,078
<i>No</i>	1105	74,14	70,30 (64,73 - 75,33)	75,60 (72,55 - 78,41)	
Deseo de Morir (Prev. anual)					
<i>Si</i>	160	11,21	14,12 (10,52 - 18,69)	10,10 (8,22 - 12,36)	0,065
<i>No</i>	1321	88,79	85,88 (81,31 - 89,49)	89,90 (87,64 - 91,78)	
Deseo de Morir (Prev. mes)					
<i>Si</i>	52	3,61	4,15 (2,51 - 6,79)	3,41 (2,30 - 5,01)	0,539
<i>No</i>	1429	96,39	95,85 (93,21 - 97,49)	96,59 (94,99 - 97,70)	
Pensamiento suicida (Prev. de vida)					
<i>Si</i>	155	10,94	13,44 (9,93 - 17,49)	9,98 (8,09 - 12,24)	0,108
<i>No</i>	1326	89,06	86,56 (82,06 - 90,07)	90,02 (87,76 - 91,91)	
Pensamiento suicida (Prev. anual)					
<i>Si</i>	83	6,04	7,23 (4,93 - 10,50)	5,58 (4,12 - 7,52)	0,294
<i>No</i>	1398	93,96	92,77 (89,50 - 95,07)	94,42 (92,48 - 95,88)	
Pensamiento suicida (Prev. mes)					
<i>Si</i>	27	2,15	1,97 (0,93 - 4,13)	2,22 (1,30 - 3,76)	0,799
<i>No</i>	1454	97,85	98,03 (95,87 - 99,07)	97,78 (96,24 - 98,70)	
Planeamiento Suicida (Prev. de vida)					
<i>Si</i>	67	4,84	6,67 (4,20 - 10,43)	4,14 (2,93 - 5,83)	0,101
<i>No</i>	1414	95,16	93,33 (89,57 - 95,08)	95,86 (94,17 - 97,07)	
Intento suicida (Prev. de vida)					
<i>Si</i>	52	3,60	4,69 (2,76 - 7,88)	3,18 (2,22 - 4,53)	0,228
<i>No</i>	1429	96,40	95,31 (92,12 - 97,24)	96,82 (95,47 - 97,78)	
Intento suicida (Prev. anual)					
<i>Si</i>	29	1,88	2,04 (1,03 - 4,01)	1,82 (1,10 - 2,98)	0,788
<i>No</i>	1452	98,12	97,96 (95,99 - 98,97)	98,18 (97,02 - 98,90)	
Intento suicida (Prev. de mes)					
<i>Si</i>	10	0,73	0,62 (0,19 - 1,95)	0,77 (0,34 - 1,74)	0,763
<i>No</i>	1471	99,27	99,38 (98,05 - 99,81)	99,23 (98,26 - 99,66)	

a/ p valor obtenido con la prueba F para muestras complejas

Tabla 5. Consumo de sustancias asociadas a Nivel socioeconómico en adolescentes residentes en Lima Metropolitana.

Consumo de sustancias	n (1481)	%	Pobre	No Pobre	p valor ^{a/}
			% (IC95%)	% (IC95%)	
Consumo de Alcohol (prev. Mes)					
<i>Sí</i>	166	11.26	9,87 (6,98 - 13,78)	11,79 (9,74 - 14,19)	0.368
<i>No</i>	1315	88.74	90,13 (86,22 - 93,02)	88,21 (85,81 - 90,26)	
Consumo de Tabaco (prev. Mes)					
<i>Sí</i>	63	4.1	3,65 (2,16 - 6,09)	4,28 (3,10 - 5,86)	0.608
<i>No</i>	1418	95.9	96,35 (93,91 - 97,84)	95,72 (94,14 - 96,90)	
Consumo de cualquier sustancia (prev. Mes)					
<i>Sí</i>	203	13.62	13,35 (10,03 - 17,56)	13,72 (11,54 - 16,25)	0.869
<i>No</i>	1278	86.38	86,65 (82,44 - 89,97)	86,28 (83,75 - 88,46)	
Consumo de sustancias ilegales (prev. De vida)					
<i>Sí</i>	30	1.95	2,25 (0,97 - 5,13)	1,83 (1,12 - 2,98)	0.671
<i>No</i>	1451	98.05	97,75 (95,87 - 99,03)	98,17 (97,02 - 98,88)	
Consumo de sustancias ilegales (prev. anual)					
<i>Sí</i>	27	1.86	2,83 (1,37 - 5,74)	1,50 (0,85 - 2,63)	0.166
<i>No</i>	1454	98.14	97,17 (94,26 - 98,63)	98,50 (97,37 - 99,15)	
Consumo de Marihuana (Prev. vida)					
<i>Sí</i>	29	1.87	2,25 (0,97 - 5,13)	1,72 (1,04 - 2,85)	0.586
<i>No</i>	1452	98.13	97,75 (94,87 - 99,03)	98,28 (97,15 - 98,96)	
Abuso de Alcohol (por lo menos 1 criterio)					
<i>Sí</i>	248	17.3	14,84 (11,29 - 19,27)	18,24 (15,72 - 21,06)	0.180
<i>No</i>	1233	82.7	85,16 (80,73 - 88,71)	81,76 (78,94 - 84,28)	
Abuso de Alcohol (por lo menos 2 criterio)					
<i>Sí</i>	54	3.35	3,47 (2,04 - 5,86)	3,31 (2,32 - 4,70)	0.883
<i>No</i>	1427	96.65	96,53 (94,14 - 97,96)	96,69 (95,30 - 97,68)	
Embriaguez					
<i>Sí</i>	39	2.67	2,73 (1,40 - 5,25)	2,65 (1,77 - 3,94)	0.94
<i>No</i>	1442	97.33	97,27 (94,75 - 98,60)	97,35 (96,06 - 98,23)	

a/ p valor obtenido con la prueba F para muestras complejas

ANEXOS

Definición conceptual de variable	Definición operacional, indicador	Escala de medición	Codificación
VARIABLE DEMOGRÁFICA			
Edad	Variable independiente. Años cumplidos al momento de la entrevista.	Continua	Según registro
Sexo	Variable independiente. Características biológicas que definen a los seres humanos como masculino o femenino.	Nominal	Masculino=1; Femenino=2
Domicilio	Variable independiente. Lugar donde habita la persona (provincia/departamento)	Nominal	Según registro
VARIABLE SOCIOECONÓMICA			
Nivel de pobreza	Variable independiente.	Nominal	Respuesta

según Necesidades básicas Insatisfechas (NBIs)	Medición objetiva de la pobreza, se define a través del NBI, las cuales se refieren a ciertos parámetros que incluye material de la vivienda, hacinamiento, y dependencia económica establecidos por la CEPAL. La presencia de al menos una NBI define la situación de pobreza y dos o más como pobreza extrema (12).		politómica a cuestionario. Codificación: 0 = No pobre 1 = Pobre 2= Pobre extremo
VARIABLES CLÍNICAS			
Episodio depresivo actual	Variable dependiente. Presencia del diagnóstico presuntivo de episodio depresivo obtenida mediante el MINI, según criterios de investigación de la CIE-10.	Nominal	1= Presente 0= Ausente
Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)	Variable dependiente. Presencia del diagnóstico presuntivo de trastorno de ansiedad	Nominal	1= Presente 0= Ausente

actual	generalizada obtenida por medio del MINI, según criterios de investigación de la CIE-10. Se excluye del diagnóstico los sujetos con comorbilidad con otros trastornos de ansiedad o de episodio depresivo.		
Fobia social actual	Variable dependiente. Presencia del diagnóstico presuntivo de fobia social obtenida por medio del MINI, según criterios de investigación de la CIE-10.	Nominal	1= Presente 0= Ausente
INDICADOR DESEO, PENSAMIENTO, PLANEAMIENTO E INTENTO SUICIDA			
Deseos de morir	Variable dependiente. Según el Cuestionario de Salud Mental (CSM).	Nominal	1= Presente 0= Ausente
Pensamiento suicida	Variable dependiente. Pensamientos de deseo y el plan de matarse. Según el CSM.	Nominal	1= Presente 0= Ausente

Planeamiento suicida	Variable dependiente. Se refiere a la organización por parte del sujeto en pensamiento o en actos sobre la manera específica y concreta (el método) en que desea acabar con su vida. Según el CSM modificado.	Nominal	1= Presente 0=Ausente
Intento suicida	Variable dependiente. Acción con el fin de morir, puede concluir con el acto consumado. Según el CSM.	Nominal	1= Presente 0= Ausente
INDICADOR USO DE SUSTANCIAS			
Uso de cualquier sustancia psicoactiva	Variable dependiente. Consumo de sustancias psicoactivas como alcohol, tabaco, marihuana, cocaína que puedan generar consumo perjudicial o dependencia. Medido a través del CSM.	Nominal	1= Presente 0= Ausente

Conductas de abuso de alcohol	Variable dependiente. Consumo de alcohol que puede generar un número de conductas de abuso de alcohol, embriaguez. Medido a través del CSM.	Nominal	0 = sin conductas de abuso de alcohol 1=Al menos una conducta de abuso de alcohol
-------------------------------	---	---------	--