



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.  
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada, Toluca, Estado de México. 7223898476*

RFC: ATI120618V12

**Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.**

<http://www.dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/>

**Año: IX Número: 2. Artículo no.:117 Período: 1ro de enero al 30 de abril del 2022.**

**TÍTULO:** El nivel de vida en zona rural, pobreza y salud mental en la migración por la COVID-19.

**AUTORES:**

1. Máster. Franklin Pedro Cieza Paquiyauri.
2. Máster. Daniel Dongo Contreras.
3. Máster. Sarita Melisa Quispe Llactahuamán.

**RESUMEN:** La investigación es en San José de Secce en la provincia de Huanta-Ayacucho, referente por ser un punto de estudio rural-urbano. La investigación describe el análisis de la percepción del nivel de vida y pobreza en la zona rural del Perú por COVID-19. Se analizan tres grupos distintos, y para obtener a los participantes se realizó un muestreo aleatorio con la aplicación de la entrevista y la observación participante. Se buscó reflejar la prevalencia en puntos como la educación y trastornos mentales con un resultado de 39,4% que evidencian el nivel de vida en zona rural. Hay que implementar políticas que fomenten la reducción de pobreza con trabajo y estabilidad de un predio.

**PALABRAS CLAVES:** pobreza, aprendizaje, ingreso, infraestructura y condiciones de vida.

**TITLE:** The standard of living in rural areas, poverty and mental health in migration due to COVID-19.

**AUTHORS:**

1. Master. Franklin Pedro Cieza Paquiyaury.
2. Master. Daniel Dongo Contreras.
3. Master. Sarita Melisa Quispe Llactahuamán.

**ABSTRACT:** The research is in San José de Secce in the province of Huanta-Ayacucho, a benchmark for being a rural-urban study point. The research describes the analysis of the perception of the standard of living and poverty in rural Peru due to COVID-19. Three different groups are analyzed, and to obtain the participants, a random sampling was carried out with the application of the interview and participant observation. It was sought to reflect the prevalence in points such as education and mental disorders with a result of 39.4% that show the standard of living in rural areas. Policies must be implemented that promote poverty reduction with work and farm stability.

**KEY WORDS:** poverty, learning, income, infrastructure and living conditions.

**INTRODUCCIÓN.**

El análisis de vida y las actividades productivas en la zona rural, es de conocimiento nacional por las migraciones a la ciudad capital en busca de un mejor futuro. En ello radican los niveles socioeconómicos de las familias, la calidad de vida y la pobreza como indicador social, pues evidencia la realidad de un país con un plan de ruta poco fortalecido y en vías de desarrollo (Sapag & Kawachi, 2007). Podemos mencionar que una serie de necesidades básicas puedan estar insatisfechas debido a nuestra calidad de vida.

Partiendo de esta idea inicial, podemos abordar la pobreza reflejada a la realidad en términos de acceso a vivienda, saneamiento, educación, electricidad, salud y entre otros factores. Podemos medir también, los niveles de pobreza acorde al ingreso y si este le permite cubrir

todas sus necesidades diarias. Por otro lado, es pobre monetario una persona que su gasto per cápita es inferior al valor de una canasta de bienes básico (Tuman & Emmert, 2004).

En el Perú, se señala de pobre a toda persona desde un enfoque monetario, tenemos también al Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), que proporciona información sobre la pobreza; estos resultados son producto de una Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), partiendo de su informe Evolución de la Pobreza Monetaria 2007-2016, podemos evidenciar que la línea de pobreza es calificada en valor monetario. De otra forma, se contrasta el gasto mensual de todo un hogar para definir si están bajo circunstancias de pobreza (INEI, 2011).

## **DESARROLLO.**

### **Materiales y Métodos.**

La metodología aplicada buscará brindar un análisis sistemático de un caso ocurrido en el interior del país. Tiene una particularidad y característica por el proceso de búsqueda e indagación. El estudio se compuso de tres grupos distintos: rurales, migrantes rurales a urbanos y habitantes urbanos (Kalimullah et al., 2012).

El pueblo en el que se inicia la investigación es San José de Secce, ubicado en la provincia de Huanta-Ayacucho, y lo tenemos como referente por ser un punto de estudio céntrico. Las Pampas de SJM, esta selección se da por pertenecer a un área urbana. Posterior a ello, se acredita una selección de participantes migrantes, urbanos y rurales-urbanos, de un barrio en el sur de Lima.

Para obtener a los participantes, se realizó un tipo de muestreo aleatorio, en un solo momento a todos los grupos y tomando como precedente un censo realizado a mediados del año 2007 para identificar a la zona adulta. Finalmente, se recabó para la muestra a los nacidos en Lima, grupo urbano, proveniente de un censo local por el año 2014. El reflejo de la pobreza y la situación

económica que afronta nuestro país es una constante, entre ellas la salud y sus diversas ramas como la mental.

Los instrumentos y pruebas previstos fueron la entrevista, herramienta que permiten excavar en la vida social de los sujetos de estudio; ello nos permite acceder a información que el investigador no puede observar directamente, dentro de ellas se optó por las entrevistas semi-estructuradas que cuentan con una guía de preguntas base sin impedimento que en el proceso pueda realizar otras.

La observación participante, que es otro instrumento cualitativo, se manifiesta por una interacción social continua entre el sujeto de estudio e investigador. Los resultados buscaron reflejar la prevalencia en puntos como la educación, la alimentación y canasta familiar, trastornos mentales comunes con un resultado de 39,4%, entre otros factores que evidencian el nivel de vida en zona rural y la pobreza que suscita.

Se puede observar, que los patrones elevados son del grupo rural, resultados similares para el capital social cognitivo y el capital social estructural; sin embargo, después de la categorización por sexo, edad, ingresos familiares, y educación; todas estas relaciones significativas se atenuaron, lo que sugiere que en esta población la migración no tiene impacto en los trastornos comunes de salud mental o el capital social.

Las conclusiones de esta investigación es aportar con información útil y de conocimiento que tome a consideración los precedentes, la implementación de políticas distritales, regionales, provinciales y a nivel nacional, una serie de estrategias para que cada vez un puesto laboral sea accesible y contrarrestar con políticas nacionales la situación. Es fomentar la reducción de pobreza con trabajo y estabilidad de un predio, orientar el proceso de descentralización con educación y salud, generar mejores condiciones de vida y reducir los índices de pobreza.

De esta manera, se constituye y se expresa el interés por la diversidad cultural y donde la ciudadanía ejerce su derecho. Cabe rescatar, que en los últimos años ha tomado rigor e interés la educación en la zona rural del país como principios de desarrollo poblacional. La idea del territorio no solo refiere a un espacio geográfico sino también a una representación colectiva, que une las dimensiones geográfica, económica, sociocultural y política, así como elementos de identidad, sentido de pertenencia y proyección al futuro.

Finalmente, en el estudio no observamos una diferencia en la prevalencia de trastornos mentales comunes, capital social cognitivo y estructural entre los grupos migratorios y urbanos. Este patrón de asociaciones fluctúa de forma similar en los grupos rurales y urbanos, excepto que se observó una mayor razón de prevalencia del capital social estructural en el grupo rural.

La perspectiva y análisis de los datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y los Censos Nacionales del país son el complemento necesario para la interpretación de resultados anteriores (De Mola et al., 2012). “El INEI desde el año 1997, mide la incidencia de la pobreza, se dice que es pobreza monetaria, porque no considera las otras dimensiones no monetarias de la pobreza, como desnutrición, necesidades básicas insatisfechas, exclusión social, capacidades” (INEI, 2011). Se utilizan dos tipos de líneas: Pobreza Extrema y Pobreza Total.

La Línea de Pobreza Extrema es un valor monetario necesario para la adquisición de una canasta de alimentos capaz de satisfacer un mínimo de necesidades nutricionales de las personas. La Línea de Pobreza Total es el valor de la línea de Pobreza Extrema más el valor monetario necesario para satisfacer un conjunto de necesidades no alimentarias consideradas esenciales como vestido y calzado, alquiler de la vivienda, combustible, muebles y enseres,

cuidado de la salud, transportes y comunicaciones, esparcimiento, educación y cultura, y otros gastos (INEI, 2011).

Según el Banco Mundial, citado por Roa (2013), el Perú fue una de las economías que destacó por presentar mayores niveles de crecimiento en América Latina y el Caribe, predominó el tema principal si el crecimiento económico ha ayudado a mejorar la situación de peruanos. La pobreza en el Perú se ha reducido 12.8 p. p, ha pasado de 33.5% en el año 2009 a 20.7% en el 2016. En el Perú, el trabajo de Escobal & Torero (2005) “señala que la geografía peruana impacta sobre la pobreza a través de la infraestructura pública. De acuerdo a esto, se debe tener en cuenta la medición de la pobreza, el índice de bienestar autopercebido”. La pandemia ha traído malas noticias y afectado la inversión pública de forma histórica, pues al 3 de octubre del 2020, solo alcanza el 27,3%, una de las más bajas de las últimas décadas. Eso explica el derrumbe de la economía en más de 12% este año y la situación de incremento del desempleo y la pobreza.

Basado en esta situación problemática, se evidencia la desigualdad de oportunidades incluso en la educación y salud, y enfocándonos en la pobreza, podemos visualizar que la población residente en zonas rurales son las más perjudicadas ante esta situación. La educación no es integral y tiene menos amplitud en cada rincón del país, la salud está privatizada en gran parte y carece de cobertura íntegra. Las oportunidades se ven esfumarse ante una tentativa de cambio, la era digital no ve consumado su propósito para el año 2021. “En el periodo 2009-2016, la economía en el Perú ha presentado una tendencia de crecimiento positiva, el Producto Bruto Interno (PBI) nacional creció a una tasa promedio de 4.7%” (INEI, 2011).

Una nueva política educativa en el Perú es una propuesta al cambio de la educación y el fortalecimiento del sector salud con medidas con convergen en un mismo punto. En tiempos de pandemia, estado de emergencia, emergencia sanitaria; la comunidad educativa afronta

situaciones de diversa índole, que ponen en riesgo el año escolar y la deserción de estudiantes de todo nivel, la pérdida de vidas humanas por falta de atención son temas para concientizar (Ogun, 2010).

La poca velocidad de internet que se tiene para el trabajo remoto o la educación a distancia sobre todo en zonas rurales es un factor de importancia. Ante estas ideas surgen las interrogantes: ¿Por qué no estamos preparados para afrontar estas circunstancias? ¿Es posible implementar una nueva política educativa? ¿Podemos descentralizar la educación y salud? ¿Es posible incrementar el presupuesto anual para el sector salud para cada región del país? ¿Se está administrando correctamente los recursos públicos en el sector educación y salud? ¿La gestión pública del sector administra de forma oportuna los recursos? ¿Se está brindando un soporte para el crecimiento de la zona rural o fronteriza?

Ante lo expuesto, se esclarece que lo mencionado posee carácter pertinente y viable, puesto que el tiempo que afrontamos busca tener un mayor control del Desarrollo Sostenible y la Gestión de Políticas Públicas en todo el Territorio. El proceso de descentralización política del Estado ha dado nuevos cauces al planteamiento de propuestas de gestión en educación, buscando atender los desafíos en las nuevas políticas educativas, como la inclusión, la calidad y la pertinencia, vinculadas estrechamente con la capacidad de manejo de la diversidad en nuestro país, en el que persiste la discriminación y exclusión de importantes sectores de la población.

Perú es un país culturalmente diverso, y durante los últimos 30 años, ha experimentado una gran migración interna desde áreas rurales a urbanas. Durante las décadas de violencia política, entre las décadas del 1970 y 1990, la migración masiva se produjo en todo el país (Gergen, 2007).

Durante este periodo, miles murieron y miles de familias fueron desplazadas, en su mayoría de zonas rurales creando un fuerte factor de empuje para migrar. Más de la mitad de estas muertes ocurrieron en el departamento andino de Ayacucho y la mayor parte de la migración se gesta desde Ayacucho a Lima, la capital de Perú. La migración es un problema de salud importante, ya que los cambios en el entorno físico y social pueden influir en los patrones de enfermedad, especialmente los relacionados con la salud mental.

A pesar de los numerosos estudios que investigan la relación entre la migración y la salud mental, existe evidencia inconsistente sobre si la migración es un factor de riesgo significativo para los trastornos de salud mental. Además, muy pocos estudios han analizado la migración interna dentro de los países en desarrollo y sus hallazgos pueden no necesariamente aplicarse al contexto peruano.

En el contexto del aumento de la migración y la urbanización en los países de ingresos bajos y medianos, quedan por abordar cuestiones relacionadas con la salud mental y el capital social después de la migración. Se reconoce que las poblaciones rurales tienen estructuras sociales más sólidas, y por lo tanto, esperaríamos que el proceso de migración interna, de entornos rurales a urbanos, altere el capital social y el riesgo para la salud mental. Capital social, definido como las relaciones, vínculos y percepciones sociales dentro de sociedades o grupos de personas, está fuertemente relacionado con la salud mental, y algunas de esas pruebas se derivaron de Perú.

Una revisión reciente de la literatura en la región de América Latina y el Caribe concluyó que el capital social podría tener una relación protectora con varias áreas relacionadas con la salud, y no solo con la salud mental. Otras áreas en las que el capital social se ha relacionado con la salud incluyen la mortalidad, la calidad de vida, el trauma y la nutrición (Goldberg et al., 1997).



Este artículo tiene como objetivo identificar el efecto de la migración tanto en el capital social como en los trastornos mentales comunes en el Perú. Posteriormente, investigaremos si factores como la edad al momento de la primera migración, el tiempo acumulado vivido en un área urbana o el porcentaje de exposición de por vida a un entorno urbano afectan el capital social y los trastornos mentales comunes.

Perú ofrece una oportunidad única para evaluar el impacto de la migración en la salud. Los patrones de migración en Perú cambiaron drásticamente durante la violencia política que ocurrió en el periodo 1970-1990, donde ocurrieron aproximadamente 70.000 muertes, 79% de ellas en áreas rurales, junto con altas tasas de desplazamiento, aproximadamente 120.000 familias desplazadas.

Ayacucho, un departamento andino, fue una de las áreas severamente afectadas durante este período de violencia: más del 50% de todas las muertes ocurrieron en Ayacucho. Para el periodo 1988-1993, el 50,7% del total de emigrantes de Ayacucho se trasladó a Lima, lo que convierte a Ayacucho en la principal fuente de emigrantes a Lima (Haller, 2017).

## **Resultados.**

La población de estudio se describe en la tabla 1. La población migrante en este estudio fue un grupo migrante establecido. El 90% había migrado a Lima hace más de 20 años. La mayoría tenía más de 12 años en el momento de la migración y aproximadamente el 50% del grupo había pasado al menos la mitad de su vida en el área urbana reflejada en la tabla 2.

Los grupos de estudio fueron similares con respecto a la distribución por sexo y edad; sin embargo, los grupos diferían en el nivel de educación y los ingresos familiares (tabla 1). El grupo rural tenía menores niveles de educación e ingresos familiares más bajos.

Tabla 1. Categorización de la población migrante.

	Grupo			Total	pág.*
	Urbano	Inmigrante	Rural		
<b>Sexo</b>					
Masculino	92(46,2%)	281(47,6%)	95(47,3%)	468(47,3%)	0,943
<b>Edad</b>					
Edad Media	48,1(46,5–49,8)	47,8(46,8–48,7)	48,3(46,5–50,1)	48(47,2–48,7)	0,84**
<b>Nivel de Educación</b>					
Ninguno	2(1%)	59(10%)	68(33,8%)	129(13,1%)	\0,001
Primaria incompleta	10(5,6%)	124(21,1%)	65(31,8%)	199(20,2%)	
Primaria completa	23(11,6%)	99(16,8%)	30(14,9%)	152(15,4%)	
Secundaria incompleta	50(25,3%)	126(21,4%)	16(8%)	192(19,5%)	
Secundaria completa	112(56,6%)	180(30,6%)	23(11,4%)	315(31,9%)	
<b>Ingresos familiares por mes</b>					
BS/ 150	2(1%)	8(1,4%)	109(68,9%)	119(13,1%)	\0,001
S/151-450	36(18,7%)	143(25,8%)	32(20,3%)	211(23,3%)	
S/ 451-750	104(53,9%)	292(52,6%)	10(6,3%)	406(44,8%)	
S/751-1050	40(20,7%)	82(14,8%)	4(2,5%)	126(13,9%)	
S/1051-1350	8(4,2%)	26(4,7%)	2(1,3%)	36(4%)	
CS/1351	3(1,6%)	4(0,7%)	1(0,6%)	8(0,9%)	

El grupo urbano tenía mayor probabilidad de completar la escuela secundaria alrededor de un 57%, y la mayoría ganaba entre S/ 450.00 nuevos soles y S/ 750.00 por mes oscilando el 54%. Los migrantes tenían patrones de ingresos similares, pero diferían en educación tanto de los grupos urbanos como rurales. La prevalencia general de trastornos mentales comunes fue alta en la población según migrante de Perú comprendido con un 39,4%.

Se observó una tendencia de prevalencia creciente: el grupo urbano tuvo la prevalencia más baja 33%, seguido del grupo migrante 38% y el grupo rural 49%. También se observaron tendencias similares para el capital social cognitivo, sector urbano 41%, migrantes 50% y rural

74%; y capital social estructural por encima del cuartil más bajo siendo el urbano un 62%, migrantes 68% y rural 92%.

En la búsqueda de trastornos mentales comunes tras la migración y otros aspectos, se halló al grupo rural una tasa de prevalencia de trastornos mentales comunes 1,49 veces mayor que el grupo urbano. Sin embargo, en el modelo totalmente ajustado, la diferencia se atenuó.

El grupo de migrantes no era diferente del grupo urbano, el patrón de migración, la edad de migración, el número de años viviendo en un área urbana y el porcentaje de exposición de por vida a un área urbana no afectaron la interpretación de los resultados para ninguno de los tres resultados.

Tabla 2. Población migrante.

<b>Mesa 2 Patrones de migración</b>	
<b>Porcentaje de los que viven en un área urbana</b>	
0 – 25%	141 (25,2 %)
25 – 50%	139 (24,9 %)
50 – 75%	142 (25,4 %)
75 – 100%	137 (24,5 %)
<b>Años viviendo en una zona urbana</b>	
/20 años	53 (9,5 %)
20 - 29 años	203 (36,3 %)
30 - 39 años	169 (30,2 %)
[39 años	134 (24,0 %)
<b>Edad de la migración</b>	
/12 años de edad	225 (38,5 %)
[12 años de edad	360 (61,5 %)

### **Discusión.**

Reforzando la investigación con hallazgos relevantes del estudio, nos asociamos a los resultados relativos de Peru Migrant, que evalúa la relación entre la migración y los trastornos mentales comunes y el capital social. No encontramos diferencias en la prevalencia de trastornos mentales comunes, capital social cognitivo o capital social estructural entre los grupos de migrantes y urbanos.

En comparación con el grupo urbano, el grupo rural tuvo una mayor prevalencia de trastornos mentales comunes y capital social cognitivo; sin embargo, esta relación se atenuó por completo en los modelos ajustados, lo que sugiere que la educación y los ingresos pueden explicar parte o la mayor parte de esta relación. Por otro lado, comparando también grupos rurales y urbanos, el capital social estructural mantuvo esta asociación en el modelo ajustado, sugiriendo que la región rural puede tener una mejor estructura social.

Comparación con otros estudios muestra los altos niveles de capital social observados en el medio rural, siendo consistentes con otros informes que abordan el capital social en el Perú. Tras el período de violencia política, el capital social en las zonas rurales se ha recuperado en gran medida.

Para contrarrestar estos resultados, se ha desarrollado programas locales de apoyo social. Las anteriores redes sociales rurales, destruidas por el terrorismo, fueron reemplazadas por organizaciones comunitarias, grupos de mujeres, asociaciones de vecinos, comités de autodefensa y redes individuales. Los niveles más bajos de redes sociales observados en los migrantes en este estudio podrían reflejar el tiempo de residencia en áreas urbanas.

Dado su origen rural, en un contexto donde las redes sociales fuertes estaban presentes, esperaríamos que los migrantes tuvieran inicialmente interacciones fuertes similares a través de las redes sociales, ya que muchos de los colonos de la Pampa se originaron en las mismas áreas rurales; sin embargo, con el tiempo y junto con la exposición urbana sostenida, es posible que estas redes se hayan reducido o disuelto. Esto puede explicar por qué no se observaron diferencias entre el grupo migrante y urbano en términos de trastornos mentales comunes y niveles de capital social.

Los resultados sobre los trastornos mentales comunes son consistentes con los de un metaanálisis reciente, que concluyó que no existe vinculación entre la migración y los trastornos mentales comunes. El número limitado de estudios que encontraron una asociación entre la migración y los trastornos mentales comunes se basó en la migración internacional y en entornos diferentes a los de Perú, que incluye un estudio reciente de migrantes ecuatorianos que viven en España. Esta discordancia puede deberse a la heterogeneidad de la definición de "migrante", incluidos los trabajadores migrantes y/o refugiados, y al uso de diferentes herramientas para medir los trastornos mentales comunes.

Es interesante, que la mayoría de los estudios sobre migración internacional tiendan a colocar a la población migrante como desfavorecida en términos de su salud mental en comparación con los residentes locales no migrantes. La evidencia con respecto a la migración del campo a la ciudad parece indicar lo contrario, indicando que el proceso de migración es un fenómeno mucho más complejo. Los resultados de un estudio reciente centrado en la migración del campo a la ciudad de trabajadores migrantes chinos sugieren que los migrantes están mejor que sus contrapartes rurales en términos de salud mental.

Una publicación más reciente del mismo grupo, centrada en la población general de Beijing, sugiere un posible efecto de deterioro de la experiencia migratoria sobre el estado de salud mental.

El presente estudio proporcionó resultados similares, un gradiente de tasas crecientes de trastornos mentales comunes de grupos urbanos a grupos de migrantes y rurales. Tales estimaciones no se confirmaron en los modelos de regresión multivariable. Tal atenuación en las estimaciones también ocurrió en los estudios con base en China. Un trabajo previo realizado en la misma zona rural de Ayacucho se ha centrado en los trastornos por estrés postraumático.

Tremblay y col., que utilizaron el GHQ-12 como herramienta exploratoria, encontraron una prevalencia del 72% de trastornos mentales comunes. Su estudio; sin embargo, utilizó un punto de corte más bajo. En este estudio, también observamos una prevalencia muy alta de trastornos mentales comunes, particularmente en el grupo rural.

Aunque las herramientas de salud mental utilizadas no fueron validadas en esta población, se utilizó un límite conservador de los trastornos mentales comunes para evitar sobreestimar la prevalencia; sin embargo, la alta prevalencia de trastornos de salud mental observada está en línea con lo informado en estudios anteriores que evaluaron la salud mental en la misma región del Perú, lo que sugiere que los residentes rurales de Ayacucho tienen una prevalencia alta e infradiagnosticada de trastornos de salud mental comunes. Dado que esta herramienta no fue diseñada para investigar la salud mental en los residentes rurales, se necesitan más estudios para validar el GHQ y evaluar la prevalencia de la salud mental en las poblaciones rurales.

## **CONCLUSIONES.**

En este análisis paralelo al estudio de Peru Migrant, no encontramos diferencias en la prevalencia de trastornos mentales comunes o capital social cognitivo entre los grupos migratorios y urbanos como producto de los niveles de pobreza. En el caso de las estimaciones atenuadas en modelos totalmente ajustados, los resultados sugieren que la educación y el ingreso a una educación superior pueden explicar las diferencias entre los residentes rurales y urbanos en el Perú, con excepción del capital social estructural que fue mayor en el grupo rural.

A la luz de estos resultados, los estudios futuros en Perú deberían apuntar a verificar estos hallazgos en diferentes grupos de migrantes y ampliar ellos a los más jóvenes, herramientas para medir poblaciones que utilizan, si es posible, una salud mental diferente a pesar de sus

orígenes. Ante ello, el nivel de pobreza en el Perú sigue siendo una latente y los factores que complican este punto.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

1. De Mola, C. L., Stanojevic, S., Ruiz, P., Gilman, R. H., Smeeth, L., & Miranda, J. J. (2012). The effect of rural-to-urban migration on social capital and common mental disorders: PERU MIGRANT study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(6), 967-973.
2. Escobal, J., & Torero, M. (2005). *Adverse Geography and Differences*. Oxford: Spatial inequality and development.
3. Gergen, K. J. (2007). *Construccionismo social-aportes para el debate y la práctica*. Bogotá. Universidad de Los Andes.
4. Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological medicine*, 27(1), 191-197.
5. Haller, A. (2017). Los impactos del crecimiento urbano en los campesinos andinos. Un estudio de percepción en la zona rural-urbana de Huancayo, Perú. *Espacio y Desarrollo* (29), 37-56.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI. (2011). *Perfil de la pobreza por departamentos, 2001-2010*. Lima, Perú: Talleres de la Oficina Técnica de Administración.
7. Kalimullah, N. A., Alam, K. M. A., & Nour, M. A. (2012). New public management: Emergence and principles. *Bup Journal*, 1(1), 1-22.
8. Ogun, T. P. (2010). Infrastructure and poverty reduction: Implications for urban development in Nigeria. In *Urban Forum* (Vol. 21, No. 3, pp. 249-266). Springer Netherlands.
9. Roa, M. J. (2013). Inclusión financiera en América Latina y el Caribe: acceso, uso y calidad. *Boletín del CEMLA*, 59(3), 121-148.

10. Sapag, J. C., & Kawachi, I. (2007). Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Revista de saúde pública*, 41, 139-149.
11. Tuman, J. P., & Emmert, C. F. (2004). The political economy of US foreign direct investment in Latin America: a reappraisal. *Latin American Research Review*, 39(3), 9-28.

#### **DATOS DE LOS AUTORES.**

1. **Franklin Pedro Cieza Paquiyaury.** Maestro en Ciencias de la Educación. Docente de la Escuela de Posgrado Walter Peñaloza Ramella de la Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle, Perú. E-mail: [fcieza@une.edu.pe](mailto:fcieza@une.edu.pe)
2. **Daniel Dongo Contreras.** Maestro en Educación. Docente de la Escuela de Posgrado Walter Peñaloza Ramella de la Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle, Perú. E-mail: [ddongo@une.edu.pe](mailto:ddongo@une.edu.pe)
3. **Sarita Melisa Quispe Llactahuamán.** Magíster en Administración de la Educación. Docente de la Escuela de Posgrado Walter Peñaloza Ramella de la Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle, Perú. E-mail: [squispell@une.edu.pe](mailto:squispell@une.edu.pe)

**RECIBIDO:** 1 de octubre del 2021.

**APROBADO:** 20 de diciembre del 2021.