

ANALES DE SALUD MENTAL

ÓRGANO OFICIAL DEL INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL

NÚMERO ESPECIAL DEDICADO AL

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO METROPOLITANO EN SALUD MENTAL 2002


INFORME GENERAL

VOLUMEN XVIII

AÑO 2002

NÚMEROS 1 Y 2

ISSN-1023-389X



Anales de Salud Mental es una publicación del Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”. Se dedica a la difusión y promoción de la salud mental desde una perspectiva multidisciplinaria.

Los artículos para publicación, las revistas para intercambio y toda correspondencia, incluyendo la solicitud de información para suscripciones, deberá ser dirigida al editor. La dirección postal es:

Anales de Salud Mental

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

San Martín de Porres. Lima 31, Perú

Teléfono: 4820206 ; Fax: 482-9806

E-mail: inshdhn@minsa.gob.pe

ANALES DE SALUD MENTAL

Lima, Perú - 2002 - Volumen XVIII, Nos. 1 y 2

**PUBLICACIÓN OFICIAL DEL
INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL
"HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI"**

EDITOR

Dr. César Arellano Kanashiro

SECRETARIA DE EDICIÓN

Lic. Betty Gonzales Núñez

SECRETARIO DE REDACCIÓN

Lic. César Malpartida Porras

COMITÉ EDITORIAL

Lic. Flor Albuquerque Jaramillo

Lic. Vilma Chuchón Calle

Dr. Bernardo Guimas Reyna

Dr. Guillermo Ladd Huarachi

Lic. María Mendoza Vilca

Dr. Rolando Pomalima Rodríguez

Lic. Yolanda Robles Arana

Dr. Javier Saavedra Castillo

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL

Dr. Javier Mariátegui

Lic. Delicia Ferrando

Dr. Pablo Macera

Dr. Agustín Montoya

Dra. María Antonieta Silva

Rev. Felipe McGregor

Dr. Moisés Lemlij

Ing. Wilfredo Mormontoy

COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL

Dr. Renato Alarcón (Alabama, U.S.A.)

Dr. Juan E. Mezzich (New York, U.S.A.)

Dr. Germán Berríos (Cambridge, Inglaterra)

Dr. Juan C. Negrete (Montreal, Canadá)

Dr. Eugene B. Brody (Maryland, U.S.A.)

Dr. Pierre Pichot (París, Francia)

Dr. Carlos Castilla del Pino (Córdoba, España)

Dr. Guillermo Vidal (Buenos Aires, Argentina)

Dra. Raquel Cohen (Miami, U.S.A.)

Dr. Moisés Gaviria (Chicago, U.S.A.)

AUTORIDADES AUSPICIADORAS

DR. FERNANDO CARBONE CAMPOVERDE

Ministro de Salud

DR. OSCAR UGARTE UBILLUS

Vice-Ministro de Salud



Directorio del IESM y del Estudio

DR. HÉCTOR TOVAR PACHECO
Director Ejecutivo del IESM

DR. NOÉ YACTAYO GUTIÉRREZ
Director Adjunto del IESM

SR. ABEL HUAMÁN AURIS
Director Administrativo del IESM

DR. JAVIER SAAVEDRA CASTILLO
Jefe del Departamento de Investigación
Coordinador General del Estudio

LIC. CÉSAR MALPARTIDA PORRAS
Coordinador Adjunto del Estudio

LIC. GUILLERMO CANGAHUALA QUIÑONES
Jefe de Operación de Campo

LIC. ALBERTO PADILLA TREJO
Consultor del Proyecto - Diseño de la muestra

LIC. OLINDA YARINGAÑO QUISPE
Consultora de Procesos Informáticos - Control de Calidad



AUSPICIO ACADÉMICO

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Departamento Académico de Psiquiatría

ÁREAS E INVESTIGADORES PRINCIPALES

ÁREA DE ACCESO A SERVICIOS
Dr. Javier E. Saavedra Castillo

ÁREA DE ADICCIONES
Dr. Martín Nizama Valladolid

ÁREA DE CONDUCTAS SUICIDAS
Dr. Freddy Vásquez Gómez
Dr. Luis Matos Retamozo

ÁREA DE DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA
Dr. Julio Huamán Pineda

ÁREA DE POBREZA Y SALUD MENTAL
Dr. Javier E. Saavedra Castillo
Dr. César Arellano Kanashiro
Dr. Rolando Pomalima Rodríguez

ÁREA DE PSICOGERIATRÍA
Dra. Mariella Guerra Arteaga
Dra. Vilma Paz Scheffer

ÁREA DE CALIDAD DE VIDA
Lic. Yolanda Robles Arana

ÁREA DE SALUD MENTAL GENERAL
Dr. César Arellano Kanashiro
Dr. Santos González Farfán

ÁREA DE TRASTORNOS AFECTIVOS
Dr. Abel Sagástegui Soto
Dr. Luis Matos Retamoso
Dr. Horacio Vargas Murga

ÁREA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD
Dr. Javier E. Saavedra Castillo

ÁREA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
Dr. Rolando Pomalima Rodríguez

ÁREA DE TRASTORNOS PSICÓTICOS
Dr. Santiago Stucchi Portocarrero
Dr. Ricardo Chirinos Quiroz

ÁREA DE VIOLENCIA FAMILIAR
Dr. Raúl Díaz Sifuentes

EQUIPO DE OPERACIÓN DE CAMPO

Coordinadores de campo

Leoncio Ernesto Quezada Carrillo
Mary Helen Reyes Díaz

Supervisores de campo

Olga Ayded Carbajal Alvarez
Rosa Marilú Castro Hidalgo
Magaly Yanina Divizzia Acosta
Evelyn S. Hernández Mamani
Pablo Tomás Huamán Medina
Jessica Dora Malca Vicente
Claudia Esmeralda Vásquez Silva
Elena Esther Yaya Castañeda

Encuestadores

Flor Paloma Calvo Maraví
Jisett Jennifer Cano Salinas
Yovana Calderón Echegaray
Bessy Culqui Fachín
Gina Ethel Chávez Sánchez
Mirian Edelmira Esquivel Carrán
Marybel Galarreta Achahuanco
Bernardo Gallardo Villanueva
Gledy Georgina Giraldo Giraldo
Edgar Saúl Gómez Ordóñez
Diego Edmund Jara Carpio
Lelis Fermina Mendoza Vilca
Chera del C Messa Sánchez
Bertila Sofía Pedroso García
Jenny Patricia Pérez Hernando
Jessica Lourdes Pozo Levano
Patricia Liliana Ramírez Pizango
Yuri Rengifo Rivas
Angélica Rodríguez Zuta
Jorge Luis Silva Hurtado
Reina Francisca Vallejos Pereyra
Ana Isabel Vega Delgado
Ezequiel Enrique Vega Zavala
César Augusto Yanac Cahuana

AGRADECIMIENTOS

El presente estudio es una afirmación de nuestra misión y visión , y representa una nueva etapa en la Institución. Todo inicio es difícil y éste ha requerido un compromiso adicional por parte de los miembros de la Institución. Por ello deseamos reconocer ese esfuerzo con el riesgo de caer en omisiones no deliberadas.

Antes que nada deseamos expresar nuestro profundo reconocimiento a las miles de personas entrevistadas, quienes en representación de la población supieron comprender la importancia de su colaboración para el beneficio de la colectividad. A ellos les agradecemos su paciencia y su valioso tiempo.

A todos los miembros del Comité Ejecutivo de Investigación y de las áreas especializadas por su afán inquisitivo y desinteresada entrega en conocer la realidad de la salud mental de nuestra sociedad y que creyeron en esta empresa.

A nuestro equipo de la administración institucional: Sra. Giovanna Ballón, Sra. Nadith Estrada, Sr. Raúl Gonzáles, Sra. María Mendoza Jesús, Sr. Efraín Montesinos, Sra. Mabel Pisco, Sr. Enrique Ticona, Srta. Maritza Zafra, Sr. Rafael Zambrano, Srta. Delia Zúñiga, quienes supieron enfrentar con profesionalismo todas las etapas de la investigación.

Al equipo de operación de campo: coordinadores, supervisores y encuestadores por su dedicación al trabajo y por la interacción humana con los entrevistados que nos proporcionó experiencias aleccionadoras para todos.

Al personal de transporte por su dedicación infatigable en los lugares menos accesibles de Lima y a las horas más difíciles.

Al personal secretarial en la personas de la Sra. Vilma Sotelo y Srta. Alicia Revilla, por sus sacrificios personales y familiares, y a las digitadoras por su empeño.

A las infatigables colaboradoras, las señoritas: Andrea Rubini, Carolina Rosenthal y Ana Teresa Piccini, por su valiosa contribución en la validación del cuestionario y sus aportes a las decenas de revisiones del mismo.

A todos los colegas de profesión y de la institución, por su aliento y críticas constructivas, quienes se aunaron a seguir el camino emprendido por la alta dirección, a ellos un profundo agradecimiento.

LOS AUTORES





**ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO
METROPOLITANO EN SALUD
MENTAL 2002:**

INFORME GENERAL





INDICE

| | |
|---|----|
| COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL | 4 |
| COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL | 4 |
| AUTORIDADES AUSPICIADORAS | 5 |
| DIRECTORIO DEL IESM Y DEL ESTUDIO | 7 |
| AUSPICIO ACADÉMICO | 8 |
| AREAS E INVESTIGADORES PRINCIPALES | 9 |
| EQUIPO DE OPERACIÓN DE CAMPO | 10 |
| AGRADECIMIENTOS | 11 |
| ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO METROPOLITANO | 13 |
| EN SALUD MENTAL – 2002 | 25 |
| PRESENTACIÓN | |
| 1. INTRODUCCIÓN | 25 |
| 1.1. JUSTIFICACIÓN | 24 |
| 2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD MENTAL | 25 |
| 2.1 SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN PERUANA | 25 |
| 2.2 VIOLENCIA FAMILIAR | 25 |
| 2.3 ADICCIONES | 27 |
| 2.4 EL ADULTO MAYOR | 27 |
| 2.5 LOS TRASTORNOS CLÍNICOS | 28 |
| 2.6 INDICADORES SUICIDAS | 28 |
| 2.7 ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL | 29 |
| 2.8 POBREZA Y SALUD MENTAL | 29 |
| 2.9 SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD MENTAL | 30 |
| 3. OBJETIVOS | 31 |
| 3.1 OBJETIVOS GENERALES POR CAPÍTULOS | 31 |

| | | |
|--------|---|-----------|
| 4. | METODOLOGÍA | 33 |
| 4.1 | TIPO DE DISEÑO Y DE ESTUDIO | 33 |
| 4.2 | DISEÑO MUESTRAL | 33 |
| 4.2.1. | POBLACIÓN DE ESTUDIO | 33 |
| 4.2.2. | NIVELES DE INFERENCIA | 33 |
| 4.2.3 | MARCO MUESTRAL | 33 |
| 4.2.4 | UNIDADES DE MUESTREO | 34 |
| 4.2.5 | ESTRATIFICACIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO | 34 |
| 4.2.6 | TIPO DE MUESTREO | 34 |
| 4.2.7 | CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA | 34 |
| 4.2.8 | UNIDADES DE ANÁLISIS | 35 |
| 4.2.9 | PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA | 35 |
| 4.2.10 | CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS QUE RESPONDIERON LA ENCUESTA. | 35 |
| 5. | DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES | 36 |
| 5.1 | VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ASOCIADAS | 36 |
| 5.2 | ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL | 37 |
| 5.3 | TRASTORNOS CLÍNICOS | 38 |
| 5.4 | DISCAPACIDAD E INHABILIDAD | 38 |
| 5.5 | MÓDULO DE ACCESO A SERVICIOS | 39 |
| 5.6 | RELACIONES INTRAFAMILIARES | 39 |
| 5.7 | FUNCIONES COGNOSCITIVAS | 40 |
| 6. | INSTRUMENTOS | 40 |
| 6.1 | DISEÑO Y ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO SOBRE SALUD MENTAL | 41 |
| 6.1.1 | TIPO DE ENCUESTA | 41 |
| 6.1.2 | COBERTURA DE LA ENCUESTA | 42 |
| 6.2 | MÉTODO DE LA ENTREVISTA | 43 |
| 6.3 | VALIDEZ Y CONFIABILIDAD | 43 |
| 6.4 | CONSIDERACIONES ETICAS | 43 |
| 7. | PROCEDIMIENTOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO | 44 |
| 8. | RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO | 46 |
| 9. | PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN | 46 |
| | RESULTADOS GENERALES DEL ESTUDIO | 47 |
| | DATOS GENERALES DE LA MUESTRA | 49 |

| | |
|--|-----------|
| CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS | 53 |
| EDAD | 55 |
| ESCOLARIDAD | 55 |
| ESTADO CIVIL | 56 |
| OCUPACIÓN | 57 |
| INGRESOS ECONÓMICOS | 57 |
| SALUD MENTAL DEL ADULTO | 59 |
| ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL | 61 |
| ENTORNO GENERAL | 61 |
| ESTRESORES PSICOSOCIALES | 62 |
| SENTIMIENTOS ANÍMICOS PREVALENTES | 64 |
| SATISFACCIÓN PERSONAL | 64 |
| SATISFACCIÓN LABORAL | 66 |
| CALIDAD DE VIDA | 67 |
| DISCAPACIDAD O INHABILIDAD | 67 |
| ASPECTOS PSICOPÁTICOS | 68 |
| INDICADORES SUICIDAS | 69 |
| TENDENCIAS HACIA LA VIOLENCIA | 71 |
| FACTORES PROTECTORES | 71 |
| TRASTORNOS CLÍNICOS | 72 |
| USO DE SUSTANCIAS | 75 |
| TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS. | 77 |
| POBREZA Y SALUD MENTAL | 78 |
| SALUD MENTAL POR CONOS GEOGRÁFICOS | 79 |
| SALUD MENTAL POR SECTORIZACIÓN – MINSA | 80 |
| ACCESO A SERVICIOS | 81 |
| CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS ENCUESTADAS | 85 |
| EDAD | 87 |
| ESCOLARIDAD | 87 |
| ESTADO CIVIL | 88 |
| OCUPACIÓN | 88 |
| INGRESOS ECONÓMICOS | 89 |
| SALUD MENTAL DE LA MUJER UNIDA O ALGUNA VEZ UNIDA | 91 |
| ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL | 93 |
| ENTORNO GENERAL | 93 |
| ESTRESORES PSICOSOCIALES | 94 |
| ESTADOS ANÍMICOS | 94 |

| | |
|--|------------|
| SATISFACCIÓN PERSONAL | 95 |
| SATISFACCIÓN LABORAL | 96 |
| COHESIÓN FAMILIAR | 96 |
| CALIDAD DE VIDA | 97 |
| INDICADORES SUICIDAS | 97 |
| TRASTORNOS CLÍNICOS | 98 |
| ABUSO EN LA MUJER UNIDA | 98 |
| MALTRATO EN EL PERÍODO DE ENAMORAMIENTO | 99 |
| ABUSO HACIA LA MUJER POR PARTE DE LA PAREJA ACTUAL | 100 |
| CONFIANZA EN AUTORIDADES Y SENTIMIENTOS DE | 101 |
| PROTECCIÓN DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE | 102 |
| ESTRESORES PSICOSOCIALES EN LA | 102 |
| MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE | 103 |
| SENTIMIENTOS ANÍMICOS PREVALENTES EN LA MUJER | 103 |
| UNIDA MALTRATADA | 103 |
| SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA | 103 |
| INDICADORES SUICIDAS EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA | 104 |
| FACTORES PROTECTORES | 105 |
| CALIDAD DE VIDA EN LAS MUJERES MALTRATADAS | 106 |
| SISTEMÁTICAMENTE | 106 |
| TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER MALTRATADA | 106 |
| SISTEMÁTICAMENTE | 106 |
| CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES | 109 |
| ENCUESTADOS | |
| EDAD | 111 |
| ESCOLARIDAD | 111 |
| ESTADO CIVIL | 112 |
| OCUPACIÓN | 112 |
| SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE | 113 |
| ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL | 115 |
| ENTORNO GENERAL | 115 |
| ESTRESORES PSICOSOCIALES | 116 |
| SENTIMIENTOS ANÍMICOS PREVALENTES | 117 |
| SATISFACCIÓN PERSONAL | 117 |
| SATISFACCIÓN LABORAL | 117 |
| CALIDAD DE VIDA | 118 |
| ASPECTOS PSICOPÁTICOS | 119 |
| INDICADORES SUICIDAS | 119 |
| TENDENCIA HACIA LA VIOLENCIA | 122 |
| FACTORES PROTECTORES | 122 |
| TRASTORNOS CLÍNICOS | 123 |
| USO DE SUSTANCIAS | 123 |

| | |
|---|------------|
| ABUSO HACIA EL ADOLESCENTE | 125 |
| ACCESO A SERVICIOS | 126 |
| CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ADULTO MAYOR | 129 |
| EDAD | 131 |
| ESCOLARIDAD | 131 |
| ESTADO CIVIL | 132 |
| OCUPACIÓN | 132 |
| SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR | 135 |
| ASPECTOS GENERALES | 137 |
| ESTRESORES PSICOSOCIALES | 137 |
| SENTIMIENTOS ANÍMICOS PREVALENTES | 137 |
| SATISFACCIÓN PERSONAL | 138 |
| SATISFACCIÓN LABORAL | 138 |
| CALIDAD DE VIDA | 139 |
| DISCAPACIDAD O INHABILIDAD | 140 |
| INDICADORES SUICIDAS | 140 |
| FACTORES PROTECTORES | 141 |
| EPISODIO DEPRESIVO EN EL ADULTO MAYOR | 142 |
| ASPECTOS COGNOSCITIVOS EN EL ADULTO MAYOR | 143 |
| MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR | 144 |
| ACCESO A SERVICIOS | 144 |
| CONCLUSIONES GENERALES DEL ESTUDIO | 147 |
| ADULTOS | 149 |
| MUJERES UNIDAS Ó ALGUNA VEZ UNIDAS | 151 |
| ADOLESCENTES | 152 |
| ADULTO MAYOR | 153 |
| ANEXO A | 155 |
| DESCRIPCIÓN DE LOS MÓDULOS EMPLEADOS EN EL ESTUDIO | 157 |
| PERIODOS DE REFERENCIA | 161 |
| ANEXO B | 165 |
| ERRORES MUESTRALES | 167 |
| ANEXO C | 183 |
| GLOSARIO DE TÉRMINOS Y DEFINICIONES EMPLEADOS EN EL ESTUDIO | 185 |
| BIBLIOGRAFÍA | 193 |



PRESENTACIÓN

El Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” puso en marcha una investigación en Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao para estudiar las características de la salud mental en la población, la prevalencia de trastornos mentales, la prevalencia de la discapacidad psiquiátrica e inhabilitación asociada a la salud mental, el uso de servicios, y la identificación de factores de riesgo y protección. La presente encuesta es el primer estudio técnico científico de cobertura metropolitana que realiza el Estado Peruano con el objeto de acercarse a la problemática de la salud mental, focalizando su esfuerzo en las áreas más urgentes: la violencia hacia la mujer, la conducta suicida, el consumo de sustancias, la depresión y la ansiedad, la salud mental del adolescente y del adulto mayor. Se ha asumido una metodología sin precedentes puesto que se han seleccionado cuatro unidades de análisis del entorno familiar: un adulto, una mujer unida, un adolescente y un adulto mayor. De esta manera se espera obtener una mejor visión del problema de la salud mental desde una perspectiva familiar permitiendo obtener información de mayor relevancia en las áreas en cuestión.

El Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental (EEMSM) forma parte de un renovado compromiso institucional de liderar la investigación y el desarrollo de normas en salud mental, habiendo comprendido que sólo una acción organizada y dirigida puede generar información de algún valor para el desarrollo de proyectos o programas coherentes con la realidad de la salud mental del país.

El presente informe es el primero de una serie de publicaciones en materia de salud mental y consiste en un panorama general de la salud mental de la población de Lima Metropolitana y el Callao. Se describieron los hallazgos a nivel de prevalencias, resaltándose algunas asociaciones. En la metodología se describirán los objetivos generales en cada una de las áreas de estudio cuyos resultados a profundidad se irán presentando en los siguientes reportes especializados. Muchos de estos indicadores servirán de base para evaluaciones epidemiológicas posteriores y para poder vigilar tanto los factores negativos como los factores protectores involucrados.

Dr. Héctor Tovar Pacheco
Director Ejecutivo del Instituto Especializado de Salud Mental
“Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”



I. INTRODUCCIÓN

Internacionalmente se conoce el importante impacto de la salud mental en el funcionamiento, en los aspectos socioeconómicos, en el bienestar general, y en la calidad de vida de la persona. Este vínculo se desarrolla en un doble sentido, es decir, la salud mental tiene influencia sobre el aspecto económico y el aspecto económico tiene repercusión en la salud mental¹. Los trastornos mentales, sociales y del comportamiento son una parte importante de los problemas de salud del mundo. El contexto socio-político y económico que ha venido enfrentando el país en la última década, con indicadores de pobreza altos, problemas de desempleo y subempleo, y condiciones de vida estresantes, nos coloca desafortunadamente en un ambiente propicio para incrementar los problemas de salud mental en el Perú².

Podríamos dividir los problemas de salud mental en aquellos relacionados a los trastornos psiquiátricos propiamente dichos y aquellos problemas vinculados a las relaciones humanas individuales o grupales y a patrones de comportamiento del individuo en la sociedad que influyen sobre la salud y el bienestar. Esta división es importante porque señala de alguna forma distintas estrategias de investigación y de enfrentamiento del problema. Por un lado, principalmente -aunque no de manera exclusiva, medidas relacionadas a la prevención secundaria y por el otro intervenciones afines a la prevención primaria. Cabe resaltar que en el caso de la salud mental, ambos son importantes debido a la alta prevalencia de los mismos.

Los estudios epidemiológicos nacionales han sido escasos y poco representativos de la realidad del país. La mayoría de ellos se ha basado en poblaciones locales. Los estudios de mayor envergadura se han realizado especialmente en el área de la violencia familiar³ y los problemas adictivos⁴, y en el resto de las áreas no ha habido estudios a nivel metropolitano ni mucho menos a nivel nacional.

El presente estudio ha buscado investigar en Lima Metropolitana y el Callao los principales aspectos de la salud mental, como son los trastornos psiquiátricos más prevalentes, la violencia familiar y su vínculo con la salud mental, la salud mental del adulto mayor, así como problemas del adolescente evidenciados por el hallazgo de indicadores suicidas en investigaciones pasadas. Además de los temas propuestos, se ha considerado estudiar otros aspectos asociados a la salud mental, como: la calidad de vida, funcionamiento y discapacidad, estilos parentales y su relación con los problemas psiquiátricos, aspectos económicos, acceso a servicios y salud mental en general, entre otros. Una particularidad de este estudio es que todos estos aspectos serán estudiados en un mismo hogar, por lo tanto, la potencialidad de la obtención de datos impor-

tantes y estudios a profundidad a través del cruce de información entre las unidades de análisis será de mucho valor para aspectos clínicos, epidemiológicos y de intervención.

En este sentido la investigación cobra especial importancia debido a que cualquier diseño de programas de salud mental a nivel nacional requiere de un diagnóstico previo en el cual basar las intervenciones y su evaluación. Los programas de intervención en atención primaria de la salud requieren los indicadores de los problemas psicosociales y de salud mental más prevalentes para orientar los programas asistenciales, preventivos y promocionales de la salud integral. Asimismo, sirven para establecer indicadores de evaluación de los recursos humanos y financieros invertidos en el campo de la salud mental. Pensamos que explorando como unidad de análisis a la familia se hace más coherente cualquier intervención.

1.1. JUSTIFICACIÓN

A la fecha no existen estudios sobre la salud mental de magnitud epidemiológica con metodología científica, fuera de los relacionados al consumo de sustancias, que permitan obtener información contundente para la toma de decisiones en las políticas públicas relacionadas a la salud mental así como para sentar las bases para la evaluación de programas de intervención.

La importancia del presente estudio estriba: 1° en que puede propiciar un sustento coherente para el desarrollo de proyectos o programas sociales en materia de salud mental; 2° en que puede propiciar líneas de desarrollo en las políticas intersectoriales vinculadas a la salud mental; 3° en que pueden generarse políticas que consideren variables vinculadas a la salud mental que influyen en la pobreza; 4° asimismo, las acciones preventivas podrían focalizarse mejor en grupos de riesgo a problemas más específicos y por lo tanto estarían mejor organizados; 5° permitiría el acceso de una mayor cantidad de personas a estos servicios, en especial a grupos vulnerables; 6° en que no existen trabajos similares en el país y muy pocos en Latinoamérica y podría ayudar a crear antecedentes en la región.

Entre las preguntas que ha buscado responder el estudio se encuentran: ¿Cuál es la magnitud y los principales problemas de salud mental general en la población de Lima Metropolitana y el Callao?; ¿Cuáles son las características y la magnitud del problema de la mujer unida maltratada y la repercusión en su salud mental?; ¿Cuál es la prevalencia y los factores de riesgo y protección de la conducta adictiva?; ¿Cuál es la magnitud y los principales problemas de salud mental del adulto mayor de Lima Metropolitana y el Callao?; ¿Cuál es la magnitud de los indicadores suicidas en la población de Lima Metropolitana y el Callao?; ¿Cuál es la prevalencia de los principales trastornos psiquiátricos?; ¿Cuál es la prevalencia de la discapacidad psiquiátrica en general, su relación con los desórdenes mentales y variables sociodemográficas, así como la inhabilidad para el funcionamiento social y laboral en la población de Lima Metropolitana y el Callao?; ¿Cuál es la proporción de personas que identifican sus problemas de salud emocional y que no acceden a ningún tipo de atención para problemas de salud mental?; ¿Qué factores intervienen entre las personas que acceden a los servicios de salud mental y las que no?; ¿Cuál es la magnitud de los problemas de salud mental en la población pobre en comparación con la población no pobre en Lima Metropolitana y el Callao?

II. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD MENTAL

2.1. SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN PERUANA

En la década anterior se han realizado algunos estudios en el INSM que revelaron datos importantes a ser monitorizados y reevaluados. A pesar del riesgo de asumir una representatividad de la población en general, el estudio realizado en una urbanización popular del distrito del Rímac⁵ mostró resultados importantes de resaltar como que la edad media de inicio en uso/abuso de sustancias se venía acortando en los grupos etarios más jóvenes, que la propensión a conductas violentas bajo el efecto de alcohol es alta en adolescentes, que un porcentaje significativo de adolescentes de la localidad vivenciaban una relación familiar de poco soporte, que las mujeres estaban sometidas a mayores niveles de estrés psicosocial con menores posibilidades de canalización de estas tensiones, que las tendencias suicidas eran más marcadas en las mujeres y que los varones mostraban más frecuentemente conductas antisociales y de ingesta de sustancias.

Luego, en 1996, otro estudio desarrollado en una muestra aleatoria de 200 adolescentes del distrito de Magdalena⁶ confirmó las tendencias del estudio anterior en lo que respecta al consumo de alcohol; además encontró una baja prevalencia de uso/abuso de sustancias ilegales lo que parecía entonces no constituir un problema de salud mental de amplia extensión; que la frecuencia de síntomas de estrés era alta en los adolescentes de la localidad; la existencia de conductas violentas de diverso orden; la tendencia a las relaciones sexuales precoces; la escasa frecuencia de conductas de búsqueda para consultar profesionales acerca de sus problemas emocionales, además de la alta prevalencia de ideación suicida, en especial de las mujeres.

2.2. VIOLENCIA FAMILIAR

En el Perú los estudios sobre violencia familiar revelan la importancia del fenómeno; los mismos han sido estudiados desde diversas perspectivas, por un lado, desde estudios comunitarios poblacionales, y por otro desde los centros de atención de personas violentadas. Desde la primera perspectiva tenemos un primer estudio piloto de violencia contra la mujer en el ámbito de Lima Metropolitana que reveló que la tasa de violencia, ya sea psicológica, física o sexual era de más del 20%; y por otro lado, el agresor en más del 80% de los casos era el conviviente o esposo, siendo la casa el escenario de la conducta violenta en más del 80% de los casos⁵.

Desde la segunda perspectiva, Aucapoma⁷ reportó que se produce un incremento de denuncias por maltrato físico contra mujeres en los últimos años. En 1993 se reportaron 3 169 denuncias y en 1996, la cifra había aumentado a 5 512. Señala también que habría 25 500 casos de violencia sexual contra la mujer. A su vez, Anicama y cols. (1999)⁵ encuentran que la prevalencia de vida de violencia psicológica global en la pareja ascendió a 35,4%, siendo la mujer adulta (31-50 años), y de estrato socioeconómico más bajo, así como las casadas o convivientes las más violentadas. De otro lado, el mismo estudio reveló que la violencia física ascendió al 17,4%, mientras que la violencia sexual alcanzó el 4,8%. A su vez, el maltrato psicológico

infantil global familiar fue del 36,2%, el físico del 43,2%, la negligencia física ascendió a 24,5%, mientras que el abuso sexual fue del 1,3%.

En el año 2000, la Oficina General de Epidemiología a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Familiar en ocho ciudades del país, señala que según la distribución por género, el 84,7% de las víctimas fueron mujeres, frente al 15,2% en varones; el porcentaje de niños (menores de 15 años) afectados por la violencia familiar se elevó al 61%. De las víctimas, el 42,3% son convivientes y 27,4% casadas, el 34% tienen secundaria y 12% tienen educación superior. Según la ocupación de las víctimas, el 42% refiere dedicarse sólo al hogar. Según los datos del agresor, en el 24,9% de los casos fue el esposo y en el 34,7% fue el conviviente; según grupos de edad, el 87% de los agresores estaba entre los 15 y 49 años; el 59,3% estaba sobrio al momento de la agresión; el 35,6% había ingerido alcohol y el 4,6% alcohol y otras drogas. El 72,7% refiere violencia física, el 12,6% psicológica y el 4,5% reporta agresión sexual. Los motivos más frecuentes fueron los celos en el 26,2%, problemas familiares en el 38,9% y económicos en el 11,9%.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000⁸ encontró que el 34% de las mujeres vive o ha vivido situaciones de control (el esposo la ignora o es indiferente, le prohíbe el desarrollo personal, laboral o académico, le impide ver a amigos o familiares), el 48% vive o ha vivido situaciones humillantes (le grita cuando le habla o le dice frases como: "no sirves para nada"), el 25% vive o ha vivido situaciones de amenazas (le dice: "me tienes cansado, me voy de la casa"; le dice: "si te vas te quito a mis hijos"), el 41% de las mujeres alguna vez unidas ha sido empujada, golpeada o agredida físicamente por su esposo o compañero.

Spaccarelli et al (1994)⁹ examinaron el riesgo de salud mental asociado a la ocurrencia a lo largo de la vida de violencia conyugal contra la madre, en 303 niños de 10 a 12 años, hallando una prevalencia de 30% de ocurrencia durante la vida de violencia conyugal. Las estadísticas de correlación indican que la violencia contra la madre está asociada a factores de riesgo histórico incluyendo el divorcio, problemas de bebida de los padres, y encarcelación del padre. Los análisis de regresión múltiples controlados para efectos de los factores de riesgo histórico y demográfico que se correlacionaron con la violencia contra la madre dan a conocer que la violencia explica una significativa diferencia en los auto-reportes de las niñas con problemas de conducta.

El abuso de sustancias se ha asociado con la conducta violenta por muchas décadas^{10,11}. Esto se confirma en los hallazgos de las encuestas del Epidemiological Catchment Area (ECA) que también muestra que la comorbilidad en el abuso de sustancias y la enfermedad mental fomentan el incremento del riesgo. Smith y colaboradores¹² investigaron en niños pequeños los efectos de presenciar la violencia conyugal. Cincuentaicuatro madres (20-40 años) y un niño de 3-6 años por cada madre participaron en el estudio. El 42% de los niños exhibió problemas de conducta que requería de intervención clínica.

Dada que la comorbilidad con otras dependencias (particularmente a la pasta básica de cocaína-PBC) ha tomado vigencia en los últimos estudios -con tasas de hasta 59% (Saavedra C., 1996)-, la evaluación de los síntomas antisociales para tal adicción adquiere relevancia debido al impacto que ello implica en el entorno social-familiar del paciente. Así que los estudios nacionales de finales de los ochentas e inicios de los noventas con respecto a la PBC revelan que entre el 50% y el 100% de los pacientes con tal dependencia desarrollan síntomas de esta naturaleza^{13,14}, siendo una tasa similar a la hallada en las poblaciones alcohólicas puras.

En el presente estudio el enfoque de la violencia va dirigido a evaluar la salud mental de la mujer unida o alguna vez unida, y en especial la de la mujer unida maltratada, desde aspectos generales como confianza en las autoridades, calidad de vida, satisfacción personal, sentimientos prevalentes e indicadores suicidas hasta la presencia de trastornos clínicos específicos como la depresión y la ansiedad.

2.3. ADICCIONES

El problema del consumo y la dependencia a sustancias psicoactivas constituye en nuestro medio uno de los flagelos que ha ido tomando más cuerpo en las últimas décadas. Un estudio sobre prevalencia de trastornos mentales según criterios de la Tercera Edición de la Clasificación Americana de Trastornos Mentales (DSM-III)¹⁵ realizado hace 20 años en el distrito de Independencia encontró que el problema más importante era el relacionado al abuso y dependencia al alcohol, especialmente en el género masculino, con una prevalencia de vida en la población del 18,6% y una prevalencia a seis meses del 6,9%¹⁶. Tal situación, ha sido revelada ampliamente en los estudios nacionales realizados desde 1988 hasta 1998; siendo los últimos generados por el mismo gobierno peruano⁴. El estudio de 1998, basado en un marco de referencia de 30 días y otros estudios revelan que la cifra de dependientes oscila alrededor del millón de peruanos¹⁷. Tal situación revela la gravedad del problema y la necesidad de estudiar a profundidad el fenómeno adictivo.

De otro lado, en cuanto a las drogas ilegales, la droga más estudiada ha sido la pasta básica de cocaína (PBC), abarcando alrededor de 1 000 pacientes reportados en la literatura nacional donde el perfil ha sido el de un varón, adulto joven, soltero y de estrato socioeconómico bajo.^{14,18,19}

El presente estudio evaluó la prevalencia de vida del consumo y prevalencia en el último año de abuso así como la dependencia a sustancias según los criterios de investigación de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)²⁰.

2.4. EL ADULTO MAYOR

La transición demográfica y epidemiológica que empezó en los últimos decenios del siglo pasado tendrá el impacto más notable en las primeras décadas de este milenio. En el año 2000, el 8,1% de la población en América Latina tendrá más de 60 años de edad; en el 2010, el 9,6% y para el 2020, el 12,4% de la población será mayor de 60 años de edad²¹. En el Perú según el INEI-95, el 7% de la población esta conformada por adultos de 60 años y más²². En la actualidad, se calcula que hay aproximadamente 2 millones y se proyecta que para el 2020 la población de adultos mayores este en alrededor de los 4 millones.

El crecimiento acelerado de la población senescente en América Latina y el Caribe ha presionado la revisión de políticas de servicios para los ancianos, planteándose la necesidad urgente de estructurar áreas específicas que cubran los requerimientos relacionados a salud, nutrición, educación y vida social, entre otros. Por otro lado, siendo el envejecimiento un proceso progresivo, irreversible para todo ser humano es necesario evaluar al adulto mayor desde una perspectiva integral, ya que en esta etapa de la vida confluyen factores biológicos, psíquicos y sociales que determinarán no sólo el alargamiento de la vida sino también de la calidad de vida. Asimismo, es necesario resaltar que en esta edad es frecuente la polipatología y la presencia de enfermedades crónicas degenerativas. Con relación a salud mental, cabe destacar el predominio de alteraciones cognoscitivas, depresión y suicidios exitosos.

En la primera Asamblea Mundial del Envejecimiento, realizada en 1982, y en la última realizada en marzo del 2002, se resalta la necesidad de la investigación gerontológica, indispensable para proporcionar a las autoridades información útil en la planeación de servicios que permitan condiciones de vida digna en esta etapa de la vida.

Con relación a lo expuesto y considerando que el Perú también está involucrado en el cambio demográfico a expensas de un mayor número de adultos mayores, se plantea la necesidad de conocer la realidad de este grupo poblacional en nuestro medio. Al respecto, no habiendo un estudio nacional que nos permita conocer el estado de la salud mental del adulto mayor peruano, planteamos desde nuestra perspectiva un primer estudio técnico científico que nos permita conocer aspectos relacionados a la salud mental de este grupo etario en Lima Metropolitana y el Callao. En nuestro medio existen pocos estudios relacionados al adulto mayor y no existen estudios epidemiológicos que hayan estudiado su salud mental. Al igual que con las otras unidades de análisis, este grupo será estudiado desde la perspectiva de la salud mental en general, la presencia de depresión mayor y la existencia de problemas cognoscitivos.

2.5. LOS TRASTORNOS CLÍNICOS

Cabe mencionar que desde el año 1983 no existen datos sobre la prevalencia de trastornos clínicos en estudios epidemiológicos; el primer estudio realizado con criterios diagnósticos operacionales fue realizado en el distrito de Independencia en el Cono Norte de Lima. Este estudio fue realizado según criterios de la Tercera Revisión de la Clasificación Americana de Trastornos Mentales (DSM-III)¹⁵ y encontró que la prevalencia de vida de cualquier desorden psiquiátrico se encontraba en un 32,1%¹⁶ y la prevalencia a seis meses en un 22,9%²³. Este estudio encontró, además de lo ya mencionado sobre el abuso o dependencia al alcohol, una prevalencia de vida de 13,2% y una prevalencia a seis meses de 8,6% (2,2% varones y 6,4% mujeres) de los trastornos afectivos (depresión mayor y menor). Asimismo, se halló una prevalencia de vida de 11,1% y una prevalencia a seis meses de 8,1% en los trastornos de ansiedad.

El presente estudio evaluó la prevalencia de vida, a seis meses y actual de los principales trastornos clínicos según los criterios de investigación de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)²⁰.

2.6. INDICADORES SUICIDAS

Un estudio realizado en el distrito de Magdalena en 1996 encontró importantes indicadores suicidas en adolescentes, estando presente la ideación en un 16,1% de la muestra y con un 3% que había intentado suicidarse alguna vez. Otro estudio epidemiológico²⁴ encontró deseos de morir en algún momento entre el 16% y 24,4% de adolescentes de las localidades estudiadas, siendo más altas en las urbano populares (urbano populares: distritos del Rímac, Santa Anita; urbano: Magdalena). En adultos un estudio realizado en la urbanización popular Los Angeles del distrito del Rímac encontró una prevalencia de ideas e intentos suicidas de 6,5 y 8,4% respectivamente²⁵.

Los trastornos afectivos se vinculan invariablemente, aunque no exclusivamente, al suicidio o al intento suicida, que de por sí genera perturbación tanto emocional como económica en la familia. La última ola de suicidios en Lima y en el país obliga a considerar esta problemática. En este estudio el suicidio

se ha enfocado desde una perspectiva más preventiva, relevando el análisis de la ideación y el intento suicida que ya generan suficiente sufrimiento a la persona y sus familiares, sin contar los gastos que se incurren derivados de los intentos fallidos. Se ha incluido esta variable de estudio en todas las unidades de análisis.

2.7. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL

El concepto de equidad en salud implica que cada persona tiene justas e iguales oportunidades de acceder a sus potenciales de salud, incluyendo a sus medios o instrumentos. La equidad se inscribe dentro del marco de la justicia social y de la necesidad de aplicar políticas sociales que reduzcan las disparidades²⁶. Según los estudios internacionales el problema de acceso a los servicios de salud mental afecta principalmente a las personas de menores recursos económicos, a grupos de personas cultural y lingüísticamente diferenciadas y con niveles educativos bajos²⁷. La influencia cultural y su interrelación con el nivel educativo son especialmente importantes en problemas de salud mental, porque los mitos y prejuicios están muy extendidos en ese grupo de personas y la medicina folklórica desempeña un importante papel. El acceso a servicios de salud mental será medido tanto a través de la demanda sentida (es decir aquellos que han percibido en sí mismos problemas de salud mental) y la demanda expresada en los distintos servicios de salud del estado y privados, así como en los casos detectados e implícitamente no identificados por la persona como problemas de salud mental. Se ha buscado identificar en la población adulta de Lima Metropolitana y el Callao variables vinculadas al acceso como las económicas (pobreza y desempleo), sociales, culturales, de género, demográficas, de accesibilidad y de oferta de servicios.

2.8. POBREZA Y SALUD MENTAL

Las políticas económicas de la última década del siglo pasado, en lugar de incrementar la equidad entre las personas promovieron el incremento de las desigualdades sociales, expresadas en inequidad en ingresos, en control de recursos y bienes, en acceso al crédito, en capacidad funcional (salud, educación y nutrición) y en acceso a servicios²⁸. Las encuestas nacionales recientes están demostrando que más de la mitad de la población peruana se encuentra en situación de pobreza²⁹. En el caso de Lima Metropolitana, considerando que en términos absolutos el número de pobres del país se concentra en la ciudad de Lima, la pobreza se encuentra en un 31,9% y la pobreza extrema en un 2,3%. La situación económica global y el nivel de pobreza de un país tienen un impacto directo sobre las condiciones de salud física, debido a que existe una estrecha relación entre el nivel de educación y las prácticas de higiene de la población. Esta relación tan estrecha se ha expresado en que generalmente en una sociedad se ha estudiado la salud usando tres indicadores para describirla: la tasa de mortalidad infantil, la morbilidad y la desnutrición, los que a su vez se utilizan como indicadores de pobreza. En el campo de la salud mental esta relación ha sido soslayada debido a que los indicadores de pobreza han tendido a tener connotaciones más materiales. Sin embargo, el acercamiento de la pobreza al concepto de bienestar crea una nueva perspectiva sobre la cual aparecen nuevos argumentos que la vinculan también con la salud mental. Bajo esta visión la pobreza afectaría no sólo la salud física de las personas sino también su salud mental.

En este sentido, los trastornos mentales, sociales y del comportamiento son un componente importante de los problemas de salud del mundo, no sólo por su alta prevalencia de vida (20-25%) y su relación con las variables de bienestar, calidad de vida y libertad de expresión -posiblemente a costa de los

más necesitados y vulnerables-, sino por el importante impacto en el funcionamiento de la persona y su repercusión en aspectos socioeconómicos y especialmente laborales⁵⁰. Las condiciones inadecuadas de vivienda, el hacinamiento, el desempleo o las condiciones de trabajo inadecuadas crean un clima nocivo para la salud mental, que deriva fácilmente en situaciones de estrés, ansiedad, depresión y desesperanza⁵⁰, aunque algunos consideran que este efecto es indirecto, mediado por las circunstancias vinculadas a la pobreza.

En nuestro medio no hay estudios que hayan buscado relacionar la pobreza con la salud mental, a pesar del contexto sociopolítico y económico que ha venido enfrentando nuestro país, con altos indicadores de pobreza, problemas de desempleo y subempleo, y condiciones de vida agobiantes. Por ello nos encontramos en un ambiente lamentablemente propicio no sólo para incrementar los problemas de salud mental en sectores marginados, sino para limitar sus posibilidades de acceso. En países pobres como el nuestro, se hace imprescindible explorar dicha relación con el propósito de identificar las variables que inciden ya sea en la salud mental o la pobreza de tal forma que puedan estructurarse medidas correctivas más focalizadas, y la intervención o prevención más eficaz. El propósito de este estudio es explorar la relación existente entre el nivel socioeconómico, expresado en términos de condiciones de pobreza, y la presencia de problemas de salud mental en la población de Lima Metropolitana y el Callao.

2.9. SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD MENTAL

Uno de los objetivos primordiales de un estudio epidemiológico es detectar y priorizar los problemas más relevantes que ocurren en la población. Por otro lado, los indicadores de salud mental no son tan sensibles como los indicadores físicos de salud. Así, existen propuestas de modelos sobre los sistemas de vigilancia en salud mental, como:

El **modelo mexicano**, propuesto por Caraveo y colaboradores⁵¹, cuyo instrumento de medición estuvo basado en el CIDI - Fresno, que explora indicadores de trastornos psiquiátricos específicos, así como criterios DSM-IV, y cuya unidad de análisis es una persona de 18 a 64 años.

El **modelo colombiano**, expuesto por Torres (1999)⁵² tuvo como objetivo identificar diagnósticos sobre la prevalencia de trastornos mentales en la población general para la planificación de programas de prevención y servicios de tratamiento. En ella utilizaron los criterios diagnósticos DSM-IV, CIE-10 y la entrevista estructurada CIDI-2; se tuvo como unidad de análisis a personas mayores de 12 años.

El **modelo chileno**, expuesto por Scharager (2002)⁵⁵ incorpora las condiciones de vida y las variables ambientales como buenas herramientas para la acción en salud, en continuo seguimiento y sintetizado geográficamente. Para efectos de análisis, las condiciones de vida se agrupan en las dimensiones biológica, ambiental, conductual y económica.

El **modelo peruano** (2002) propuesto en el presente estudio, aborda indicadores de salud mental como trastornos del ánimo, trastornos de personalidad, trastornos de alimentación, adicciones y violencia, entre otros, empleando herramientas como la Encuesta de Salud Mental de Colombia^{5,6} y el MINI basado en criterios diagnósticos de investigación de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Asimismo, explora indicadores de pobreza, acceso a servicios de salud mental y calidad de vida, entre los más relevantes. El diseño permite un análisis según sub-poblaciones específicas como la población adolescente, la población de la mujer unida, la población del adulto y la población del adulto mayor; las que conforman la unidad de análisis primaria que es la vivienda (hogar).

III. OBJETIVOS

El presente estudio consta de doce proyectos principales, cuyos objetivos generales se presentan a continuación. En este resumen ejecutivo se presentan los resultados generales a nivel de prevalencias, dejando los resultados a profundidad para los siguientes reportes específicos.

4.1. OBJETIVOS GENERALES POR CAPÍTULOS

1. Conocer la magnitud de los potenciales de la salud mental como sentimientos prevalentes en la población, nivel de cohesión y soporte familiar, calidad de vida, discapacidad, conductas sociopáticas, indicadores suicidas, manifestaciones de distrés emocional, entre otros, de la población de Lima Metropolitana y el Callao en el año 2002.

2. Conocer la magnitud y los factores asociados a la violencia familiar y su vinculación al área de la salud mental en Lima Metropolitana y el Callao en el año 2002

3. Determinar la prevalencia, aspectos clínicos, factores de riesgo y protección relacionados a la conducta adictiva en Lima Metropolitana y el Callao en el año 2002

4. Determinar la magnitud, factores de riesgo y factores asociados a los indicadores suicidas en adultos y adolescentes mayores de 12 años en Lima Metropolitana y el Callao en el año 2002

5. Estimar la prevalencia de los trastornos de ansiedad (agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático), así como aspectos relacionados a la calidad de vida, funcionamiento e influencia de los estilos parentales en Lima Metropolitana y el Callao en el año 2002

6. Estimar la prevalencia de los trastornos depresivos (distimia y depresión mayor), así como aspectos relacionados a la calidad de vida, funcionamiento e influencia de los estilos parentales en Lima Metropolitana y el Callao en el año 2002

7. Estimar la prevalencia del síndrome psicótico y del trastorno bipolar, así como aspectos relacionados a la calidad de vida, funcionamiento e influencia de los estilos parentales en Lima Metropolitana y el Callao en el año 2002.

8. Determinar la magnitud y tipo de discapacidad generada por los trastornos mentales, y su relación con las variables sociodemográficas, así como la magnitud y tipo de inhabilidad en el funcionamiento social y laboral en la población de Lima Metropolitana y el Callao.

9. Conocer las características sociodemográficas, la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes y aspectos relacionados a la salud mental en general de la población mayor de 60 años de Lima Metropolitana y el Callao en el año 2002.

10. Determinar la prevalencia, características y subsíndromes así como sus factores de riesgo y protección de los trastornos de la alimentación.

11. Determinar la magnitud y los factores que se asocian, influyen o interfieren en el acceso equitativo de personas con problemas de salud mental a la atención de salud en la población de Lima Metropolitana y el Callao en el año 2002

12. Determinar la magnitud y la relación que existe entre el nivel socioeconómico, expresado en la presencia o no de pobreza, y los problemas de salud mental en la población de Lima Metropolitana y el Callao en el año 2002

IV. METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE DISEÑO Y DE ESTUDIO

Tipo descriptivo epidemiológico de corte transversal

4.2. DISEÑO MUESTRAL

4.2.1. Población de Estudio:

Comprende aquella población que reside permanente o habitualmente en las viviendas particulares del área urbana de Lima Metropolitana y el Callao, refiriéndose a sus ocupantes entre las edades de 12 años en adelante. Se excluirán del estudio a las viviendas colectivas tales como hospitales, hoteles, cuarteles y conventos, entre otros. Lima Metropolitana esta dividida en 43 distritos de Lima propiamente dicha y 6 distritos de la provincia constitucional del Callao. Se excluirán los distritos balnearios –Punta Negra, Punta Hermosa, Pucusana, San Bartolo, Santa María del Mar y Santa Rosa - los que representan el 0,3% de la población total del área de Lima y Callao. Los distritos que estarían comprendidos son los siguientes:

- Cono Norte:** Ancón, Comas, Carabayllo, Independencia, Los Olivos, Puente Piedra y San Martín de Porres.
- Cono Centro:** Barranco, Breña, El Agustino, Jesús María, La Victoria, Lima, Lince, Magdalena del Mar, Magdalena Vieja, Miraflores, Rímac, San Borja, San Isidro, San Miguel y Surquillo.
- Cono Sur:** Chorrillos, Lurín, Pachacamac, Santiago de Surco, San Juan de Miraflores, Villa el Salvador y Villa María del Triunfo.
- Cono Este:** Ate Vitarte, Cieneguilla, Chaclacayo, La Molina, Lurigancho, San Juan de Lurigancho, Santa Anita y San Luis
- Callao:** Bellavista, Callao, Carmen de la Legua, La Perla, La Punta, y Ventanilla.

4.2.2. Niveles de Inferencia

La muestra esta diseñada para dar resultados confiables en los niveles de inferencia siguientes:

- Población muy pobre.
- Pobre.
- No pobre.

4.2.3. Marco Muestral

El marco muestral estuvo basado en la información del Instituto Nacional de Estadística e Informática elaborado sobre la base del pre-censo de 1999 y el material cartográfico respectivo actualizado. Según datos del INEI, proyectada al año 2002, tenemos que la provincia de Lima registra 6 987 984 personas y el Callao 787 154 (total 29,07% del Perú). Lima Metropolitana registró hasta 1999, 1 405 497 viviendas.

4.2.4. Unidades de Muestreo

La unidad de muestreo primaria es la manzana.

La unidad de muestreo secundaria es el conglomerado de seis viviendas.

4.2.5. Estratificación de las Unidades de Muestreo

Se obtuvo una muestra de manzanas proporcional a la población de todos los distritos, luego en el proceso de análisis se procedió a una post-estratificación por conos y el Callao.

4.2.6. Tipo de Muestreo

Muestra probabilística y bietápica:

Probabilística: Los métodos de selección de todo el proceso fueron absolutamente aleatorios, por lo tanto ha sido posible efectuar inferencias estadísticas con respecto al universo en cuestión

Bietápica: Se seleccionó en dos etapas. En la primera, las manzanas en cada distrito; en la segunda, los conglomerados de seis viviendas de cada manzana.

4.2.7. Cálculo del Tamaño de la Muestra

Para la determinación del tamaño de la muestra se consideraron los siguientes parámetros:

- Prevalencia de problemas de salud mental: 25% en todos los grupos de estudio, de acuerdo a experiencias encontradas en otros estudios.
- Tasa de no-respuesta esperada de acuerdo a resultados observados en encuestas de hogares: 11 %
- Efecto de diseño: Se ha considerado 1,15 para los adolescentes y adultos, y 1,3 para los adultos mayores y para las mujeres unidas. Estos datos fueron obtenidos de la encuesta ENDES 2000 realizada por el INEI.
- Corrección por finitud, considerando la cantidad de habitantes en los grupos poblacionales de interés en Lima Metropolitana. Estos datos provinieron de la Encuesta Nacional de Hogares del cuarto trimestre del 2001 efectuada por el INEI.
- Error relativo: Se han considerado alternativamente 5% y 10% en torno del valor esperado del parámetro de prevalencia, para tener dos valores extremos.
- Nivel de confianza: 95%
- Habitantes por vivienda: se tienen en promedio por vivienda: 0,62 adolescentes, 2,68 adultos, 0,40 adultos mayores y 1,1 mujeres unidas mayores de 15 años. Estos datos fueron obtenidos de la Encuesta Nacional de Hogares 2001 del INEI. En vista que se iba a seleccionar sólo una persona de cada grupo en la vivienda, en la fórmula se consideró una persona por vivienda en el caso de adultos y mujeres unidas mayores de 15 años.

La fórmula empleada ha sido la siguiente:

$$n = \frac{((z/e)^2) ((1-p)/p)}{1 + \frac{((z/e)^2) ((1-p)/p)}{N}} \times \text{deff} / (\text{hv} (1-\text{tnr}))$$

Donde:

- n = Número de viviendas para la muestra
- z = Valor para el 95% de confianza
- e = Error relativo
- n = Tamaño de la población del grupo objetivo
- deff = Efecto del diseño
- hv = Personas del grupo objetivo por vivienda
- tnr = Tasa de no-respuesta.

Los tamaños de muestra encontrados con esta fórmula se muestran en la siguiente tabla:

TABLA No. 1
TAMAÑOS DE MUESTRA ESTIMADOS POR GRUPOS POBLACIONALES
Y ERRORES RELATIVOS DE 5% Y 10% (NÚMERO DE VIVIENDAS)

| Grupo poblacional | Con 5% de error relativo | Con 10% de error relativo |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Adolescentes (12 a 17 años) | 9 566 | 2 399 |
| Adultos (≥ 18) | 5 951 | 1 489 |
| Adultos mayores (≥ 60) | 16 722 | 4 201 |
| Mujeres unidas (> 15 años) | 6 717 | 1 682 |

El tamaño de la muestra fue determinado en 2 400 viviendas (redondeo de 2 399) tomando en cuenta que esta cantidad cumplía con los requerimientos de tres grupos poblacionales: adolescentes, adultos y mujeres unidas, con un error relativo de 10%, aceptándose un mayor margen de error en el caso de los adultos mayores. Sin embargo, se debe señalar que los márgenes de error corresponden a cada una de las variables consideradas en la encuesta y dependen de la magnitud o prevalencia que tome cada una de tales variables y de la cantidad de casos reales que se entrevistaron.

Posteriormente, al evaluarse la cantidad de viviendas en las manzanas seleccionadas, se decidió subdividir en dos cada una de las tres manzanas más numerosas para controlar los factores de expansión, por lo que en total se tuvo 403 conglomerados, los mismos que a razón de seis viviendas por conglomerado dieron una muestra total de 2 418 viviendas.

4.2.8. Unidades de Análisis

- Adolescente 12 a 17 años
- Mujer casada o unida o alguna vez unida, jefa de hogar o pareja del jefe del hogar
- Adulto de 18 años de edad o más
- Adulto mayor de 60 años o más

4.2.9. Procedimiento de Selección de la Muestra

La muestra fue obtenida en dos etapas:

1) Dado que se planteó un conglomerado de seis viviendas por manzana, el total de manzanas de Lima Metropolitana y Callao requeridas para el estudio fue de 400. La cantidad de manzanas por distrito se distribuyó de manera proporcional a la población estimada por el INEI para el año 2002, efectuándose un ajuste para que ningún distrito tuviera menos de dos manzanas seleccionadas (salvo uno), y para considerar un leve aumento de la tasa de no respuesta (tnr) en distritos de nivel socioeconómico más alto. La selección de la muestra se realizó de tal forma que dentro de cada distrito de Lima Metropolitana y Callao cualquier manzana del número establecido tuviera la misma probabilidad de ser seleccionada. Esta información fue solicitada al INEI en el respectivo material cartográfico.

2) Las unidades secundarias o finales de muestreo fueron elegidas en conglomerados compactos de seis viviendas consecutivas, con un criterio de muestra simple al azar. Para ello en la fase de operación de campo, sobre la base de la información cartográfica del INEI, se realizó un registro de viviendas de la manzana para verificar que sean viviendas ocupadas y que no correspondan a otras utilidades como comercios, hospitales o escuelas, entre otros. La elección al azar del conglomerado se hizo basándose en esta información actualizada en campo. En cada vivienda se entrevistó a las personas que satisficieran los criterios de inclusión. Con excepción de la mujer unida, si existía más de una persona en la unidad de análisis, se procedió a elegirla a través de un procedimiento específico con los datos.

4.2.10. Criterios de inclusión de las personas que respondieron la encuesta

Mujer casada o unida o alguna vez unida, jefa del hogar o pareja de jefe del hogar, con capacidad de comprender el español perfectamente, sin problemas que impidan la comunicación. En caso de existir problemas mentales moderados o severos que impidían la comunicación directa con la persona, se procedió a una entrevista indirecta con el jefe del hogar.

Personas adultas mayores de 18 años, con capacidad de comprender el español perfectamente, sin problemas que impidan la comunicación. En caso de existir problemas mentales moderados o severos que impidían la comunicación directa con la persona, se procedió a una entrevista indirecta con el jefe del hogar.

Adolescentes entre 12 y 17 años con capacidad de comprender el español perfectamente, sin problemas que impidan la comunicación. En caso de existir problemas mentales moderados o severos que impidían la comunicación directa con la persona, se procedió a una entrevista indirecta con el jefe del hogar.

Personas adultas mayores de 60 años, con capacidad de comprender el español perfectamente, sin problemas que impidan la comunicación. En caso de existir problemas mentales moderados o severos que impidían la comunicación directa con la persona, se procedió a una entrevista indirecta con el jefe del hogar.

V. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Para el presente estudio se han acordado las siguientes variables operacionales, utilizándose en muchos casos juicios de expertos.

5.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ASOCIADAS

Edad.- Será registrada como variable cuantitativa continua según unidades de análisis.

Estado civil.- Soltero, casado, conviviente, separado, viudo o divorciado. Escala nominal

Nivel de instrucción.- Se registran las categorías: sin instrucción, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, técnico incompleto, técnico completa, superior incompleta y superior completa. Se presentan como alternativas múltiples y se miden como escala ordinal, utilizándose el cuestionario del EEMSM.

Nivel de pobreza según gasto de consumo y línea de pobreza.- En función de si sus ingresos no le permiten cubrir ni las necesidades básicas de alimentación se le considera pobre extremo; si cubre las necesidades básicas de alimentación, pero no le permite cubrir otras necesidades básicas como vestido y vivienda se le considera pobre; si cubre todas las necesidades básicas se le considera no pobre, igual como aquel que puede cubrir todos sus necesidades básicas y otras no básicas como diversión y esparcimiento. Es medida como escala ordinal a través del cuestionario EEMSM.

Nivel de pobreza.- Respuestas a preguntas sobre consumo mensual así como a preguntas sobre el número de necesidades básicas insatisfechas (viviendas con características físicas inadecuadas, hogares en hacinamiento, vivienda sin servicio higiénico, hogares con al menos un niño que no asistió a la escuela, hogares con el jefe de hogar con primaria incompleta y con tres personas o más por perceptor de ingreso) y nivel de gasto por consumo. Es medida con una escala ordinal.

Nivel socioeconómico.- Respuesta a preguntas sobre ingresos. Es medida con escala ordinal

Parentesco.- Relación parental en función a la mujer unida. Escala de medición tipo nominal.

Sexo.- Masculino y femenino. Escala nominal.

5.2. ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

- Calidad de vida.-** Estado de bienestar físico, emocional, social, personal y espiritual de la persona. Es medida con la escala de Índice de Calidad de Vida de Mezzich, en una escala de intervalo.
- Dinámica familiar.-** Relaciones de funcionamiento en un grupo de personas emparentadas entre sí, y que viven juntas, que tienen alguna condición, opinión o tendencia en común.
- Discapacidad física.-** Es el estado de incapacidad física o mental de una persona, que genera limitaciones personales, laborales y de salud mental. Ella es medida con el cuestionario del EEMSM en una escala ordinal.
- Estrés ambiental.-** Es una opinión subjetiva de parte de la persona sobre lo molesto de los aspectos físicos de su entorno como ruidos, mal olor, pobre ventilación, o espacio. Se medirá a través de una escala ordinal.
- Estrés.-** Es un proceso físico, químico o emocional productor de una tensión que puede llevar a la enfermedad física o trastorno de salud mental, como por ejemplo, a cuadros de ansiedad y depresión, entre otros; y es medida en una escala nominal, utilizándose el cuestionario del EEMSM.
- Opinión sobre situación del país.-** Se basa en una opinión subjetiva del entrevistado y se presenta en escala nominal utilizándose en cuestionario del EEMSM.
- Psicopatía.-** Es un rasgo de la personalidad antisocial caracterizado por comportamientos disfuncionales en el entorno personal, familiar y social. Este es medido a través de preguntas sobre actos como mentir o intervenir en actos delictivos. Es medida con escala nominal.
- Salud psicológica.-** Es la condición mental en que se encuentra la persona en un momento determinado, medida a través de una pregunta del Cuestionario de Salud Mental de Colombia.
- Satisfacción laboral.-** Es la evaluación subjetiva del entrevistado acerca de su ambiente laboral en áreas como: las funciones que realiza, ambiente físico, compañeros de trabajo, carga de trabajo, trato que recibe de jefes, remuneración que recibe y reconocimiento. Es medida en una escala ordinal.
- Satisfacción personal.-** Es la percepción evaluativa de uno mismo, evalúa el área de aspecto físico, inteligencia, estudios, relaciones sociales, y economía. Esta es evaluada en una escala de tipo ordinal, utilizándose el cuestionario del EEMSM.
- Solidaridad.-** Adhesión circunstancial a la causa o a la empresa de otros. Es medida con el cuestionario del EEMSM en una escala nominal.
- Uso de sustancias.-** Patrones de consumo de alguna sustancia psicoactiva pudiendo generar consumo perjudicial o dependiente. Estas son medidas con los criterios de investigación del CIE-10 y el cuestionario del EEMSM en una escala nominal.
- Uso del tiempo libre.-** Administración del tiempo no utilizado para el trabajo o estudios, en que se desarrollan actividades recreativas o sociales.

Vida religiosa.- Afiliación y participación en una religión, en que se desarrollan prácticas, cogniciones, creencias y expectativas. Ella es medida con el cuestionario del EEMSM en una escala nominal.

5.3. TRASTORNOS CLÍNICOS

Trastornos adictivos.- Problemas de consumo (perjudicial o dependiente) de alcohol, tabaco y sustancias ilícitas. Ella es medida con una adaptación del MINI con criterios de investigación de la CIE-10, en una escala nominal.

Trastornos afectivos.- Corresponde al episodio depresivo y la distimia; es medida con una adaptación del MINI utilizando criterios de investigación del CIE-10, en una escala nominal.

Trastornos clínicos.- Son trastornos de la salud mental como trastornos ansiedad, afectivos y psicóticos. Ellos son medidos con una adaptación del MINI utilizando criterios de investigación de la CIE-10, en una escala nominal.

Trastornos de ansiedad.- Corresponde a todos los trastornos de ansiedad clínicamente diagnosticables como el trastorno de ansiedad generalizada, la agorafobia, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo, y el trastorno de estrés post-traumático. Es medida con una adaptación del MINI utilizándose criterios de investigación del CIE-10, en una escala nominal.

Trastornos de la alimentación.- Corresponde a la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa; es medida con una adaptación del MINI utilizándose criterios de investigación de la CIE-10, en una escala nominal; a su vez se ha utilizado el cuestionario de EDI.

Trastornos psicóticos.- Son medidas con una adaptación del MINI, dando resultados a nivel sindrómico en una escala nominal.

5.4. DISCAPACIDAD E INHABILIDAD:

Inhabilidad: Cuando sin tener un trastorno mental, el individuo, no ha desarrollado las habilidades suficientes para funcionar como persona en el medio social y del trabajo

Discapacidad Psiquiátrica: Disminución o pérdida de la capacidad para funcionar como persona en el medio social y del trabajo, a consecuencia de un desorden mental.

Discapacidad Física: Limitación para desempeñarse como individuo en el medio social y del trabajo, a consecuencia de una lesión de tejido, alteración funcional o fisiológica generada por un traumatismo o enfermedad orgánica.

5.5. MÓDULO DE ACCESO A SERVICIOS

Acceso a servicios de salud mental.- Se refiere a la respuesta a preguntas sobre acceso a servicios de salud con relación a problemas de salud mental. Se considerará positiva si se responde afirmativamente a haber recibido atención en cualquier establecimiento de salud, es decir, posta, centro de salud, policlínico, hospital general, centro especializado. Es medida a través de una escala nominal.

Barreras en el proceso de búsqueda de atención.- Respuesta a preguntas sobre motivos que influye-

ron en el no acceso o acceso tardío a la atención. Es medida con escala nominal.

Conocimientos sobre salud mental.- Se refiere al conocimiento de los principales trastornos psiquiátricos y su tratamiento. Es medida a través de una escala nominal.

Género.- Es la identificación de cada persona con su rol sexual. Los términos género y género se utilizan a menudo indistintamente, aunque género se refiere de forma específica a las características biológicas y físicas que convierten a una persona en hombre o mujer en el momento de su nacimiento, y género se refiere a las conductas de identificación sexual asociadas a miembros de una sociedad. Las relaciones en las diferentes variables es evaluada en una escala nominal, empleándose el cuestionario EEMSM.

Prejuicios sobre la salud mental.- Son aquellos mitos, conceptos populares y suposiciones que se encuentran a nivel de representaciones sociales y que influyen en la percepción y conductas de los individuos.

5.6. RELACIONES INTRAFAMILIARES

Estilos parentales.- Son aquellas formas y actitudes que demuestran los padres hacia sus hijos y que devienen en formas de crianza que pueden o no generar problemas futuros.

Maltrato a la mujer en el período de enamoramiento.- Se refiere a la existencia de conductas inapropiadas e inadecuadas por parte de la pareja (actual o última pareja) en el período en que fueron enamorados, incluye tanto aspectos de violencia física, sexual o psicológica, así como infidelidad, indiferencia, presencia de mentiras frecuentes, celos y control excesivos, descuido por consumo de alcohol y actitudes machistas. Se mide con escala nominal.

Violencia a los niños.- Son acciones verbales, físicas, sexuales o de indiferencia hacia el niño que pueden generar daño y secuelas físicas y psicológicas. Es evaluada en una escala nominal, empleando el cuestionario EEMSM.

Violencia en el período de enamoramiento.- Se refiere la presencia de conductas agresivas como: gritos frecuentes, arranques de violencia, maltrato físico, o el forzamiento a relaciones sexuales.

Violencia física.- Es la acción de dar golpes, puñetes o empujones. Es evaluada en una escala nominal y en otra ordinal que miden la frecuencia del acto.

Violencia hacia la mujer.- Son acciones físicas, sexuales, o psicológicas hacia la mujer que generan daño físico y/o psicológico. Se incluyen las amenazas, los chantajes emocionales, las humillaciones, las manipulaciones y el abandono. Se han asumido como sinónimos de maltrato hacia la mujer. Es evaluada en una escala nominal, empleando el cuestionario EEMSM.

Violencia por abandono.- Se refiere a situaciones en que a la persona no le han procurado medicinas, ropa adecuada, atención médica u otras necesidades básicas. Es asumida como sinónimo de maltrato por abandono. Es evaluada en una escala nominal y en otra ordinal que miden la frecuencia del acto.

Violencia psicológica.- Son insultos, agresiones verbales, ofensas, chantajes, manipulaciones o humillaciones.

Violencia sexual.- Se refiere a actos sexuales forzados, inapropiados para la persona y en contra de su voluntad. Se asume como sinónimo de maltrato sexual. Es evaluada en una escala nominal y en otra ordinal que miden la frecuencia del acto.

5.7. FUNCIONES COGNOSCITIVAS

- Agnosia.**- Alteración de la percepción que incapacita a alguien para reconocer personas, objetos o sensaciones que antes le eran familiares. Es evaluada en una escala nominal, empleando pruebas de Folstein.
- Comprensión.**- Facultad mental para atender, entender y comunicarse adaptativamente. Es evaluada en una escala nominal, empleando pruebas de Folstein.
- Concentración.**- Facultad de atención específica que tiene la persona. Es evaluada en una escala nominal, empleando pruebas de Folstein.
- Construcción visoespacial.**- Funcionamiento adaptativo de la facultad de coordinación visual y espacial. Es evaluada en una escala nominal, empleando pruebas de Folstein.
- Disgrafía.**- Problemas en la comunicación escrita. Es evaluada en una escala nominal, empleando pruebas de Folstein.
- Memoria.**- Facultad psíquica por medio de la cual se retiene y recuerda el pasado, hechos, datos o motivos referentes a determinado asunto. Es evaluada en una escala nominal, empleando pruebas de Folstein.
- Orientación.**- Facultad de ubicarse en tiempo, persona y espacio. Es evaluada en una escala nominal, empleando pruebas de Folstein.

INSTRUMENTOS

Se elaboró nueve módulos que cubrían las distintas áreas y que serán descritos más adelante. Estos cuestionarios han sido elaborados a partir de la experiencia de los investigadores de los equipos especializados en las distintas áreas y de los siguientes instrumentos:

- **CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL.**- Elaborado originalmente en Colombia^a y utilizado y adaptado en estudios anteriores en la institución tanto en adultos⁵ como en adolescentes⁶. Para el presente estudio se realizó una readaptación del instrumento y se eligió determinadas preguntas. Sus secciones recogen información sobre uso de sustancias, conductas antisociales, síntomas de distrés emocional, conductas de auto y hetero agresividad, soporte social, y estresores psicosociales, entre otros.

- **ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA.**- Elaborado y validado por Mezzich y colaboradores en una versión española³⁴. Se trata de un cuestionario compuesto de diez ítems que recoge los aspectos de la calidad de vida más frecuentemente utilizados para evaluar el constructo "calidad de vida". Recoge aspectos como: bienestar físico, bienestar psicológico, autocuidado y funcionamiento independientes, bienestar ocupacional e interpersonal, apoyo social-emocional, apoyo comunitario, sentimientos de plenitud, así como una valoración global. El instrumento fue adaptado para la población peruana.

- **EMBU (EGNA MINEN AV BARDOMS UPPFOSTRAN)** (Propia Memoria acerca de la Crian-

(a) El cuestionario original de salud mental fue gentilmente proporcionado por el Dr. José Posada Villa, Director de la División de Comportamiento Humano del Ministerio de Salud de Colombia, en el marco de estudios anteriores realizados en la institución.

za).- Es un instrumento que ha sido aplicado en varios países de Europa para evaluar actitudes de crianza parentales en personas adultas y deriva en cuatro factores: rechazo, calor emocional, sobreprotección y favoritismo⁵⁵. Para el presente estudio se utilizaron sólo algunos ítems de carga más alta.

- **MINI MENTAL STATE EXAMINATION.-** Elaborado por Folstein⁵⁶, es uno de los instrumentos de evaluación cognoscitiva más utilizados y evalúa aspectos de orientación, memoria, atención, cálculo, lenguaje y habilidad constructiva en adultos mayores.

- **CUESTIONARIO DE VIOLENCIA FAMILIAR.-** Utilizado en el Estudio Metropolitano sobre la violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana y Callao de Anicama y colaboradores³, se adoptó algunas preguntas.

- **MINI: ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL VERSIÓN ESPAÑOL CIE-10^{b,57}.-** Elaborada por Sheehan, Lecrubier y colaboradores, es un instrumento que basado en los criterios de investigación de la Décima Revisión Internacional de Enfermedades, obtiene información estandarizada sobre los principales trastornos psiquiátricos, habiendo sido adaptado lingüísticamente y validado a través de entrevistas a pacientes psiquiátricos de la institución y luego en personas residentes de cien viviendas provenientes de cada cono de Lima Metropolitana y el Callao. Intervinieron psicólogos especialmente entrenados en el llenado del mismo. Este instrumento fue adaptado para obtener prevalencia de vida, prevalencia a seis meses, además de la prevalencia actual de los principales desórdenes psiquiátricos.

- **CUESTIONARIO SOBRE DETERMINANTES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL PERÚ⁵⁸.-** Desarrollado por el INEI, adaptándose algunas preguntas para el modelo de la salud mental.

- **INVENTARIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (EDI-2).-** Elaborado por Garner y Olmed (1984, 1986). El EDI-2 es un valioso instrumento muy utilizado para evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa (AN) y a la bulimia nerviosa (BN). Es un instrumento de tipo autoinforme, de fácil aplicación, que ofrece puntuaciones en once escalas que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria. Este inventario ha sido adaptado y validado en nuestro medio por los responsables del área respectiva, encontrándose en proceso de publicación.

6.1. DISEÑO Y ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO SOBRE SALUD MENTAL

La presente descripción del cuestionario incluye todos los capítulos del Estudio Epidemiológico Metropolitano.

6.1.1. Tipo de encuesta

La encuesta fue de derecho, es decir, la población de estudio estuvo constituida por todos los residentes habituales del hogar.

(b) El Dr. David Sheehan y T. Hergueta tuvieron la amabilidad de proporcionarnos las versiones en español

6.1.2. Cobertura de la Encuesta

• **COBERTURA GEOGRÁFICA.-** La encuesta se realizó a nivel de Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao.

• **COBERTURA TEMPORAL.-** La encuesta se efectuó en diez semanas desde el 24 de agosto al 7 de noviembre del presente año.

• **COBERTURA TEMÁTICA.-** La cobertura temática de la investigación comprendió:

- a. Variables demográficas y socioeconómicas
 - i. Características de la vivienda
 - ii. Educación
 - iii. Empleo e ingreso familiar
 - iv. Ingresos y capacidad para cubrir necesidades básicas
- b. Aspectos de salud mental general
 - i. Autoestima
 - ii. Rasgos psicopáticos
 - iii. Confianza
 - iv. Cohesión familiar
 - v. Sensación de soporte social
 - vi. Sensación de seguridad ciudadana
 - vii. Calidad de vida
 - viii. Funcionamiento personal, laboral, social, familiar
 - ix. Nivel de conocimiento sobre aspectos de salud mental
 - x. Problemas relacionados al género
- c. Funcionamiento cognoscitivo
- d. Violencia familiar
 - i. Violencia hacia la mujer
 - ii. Violencia hacia el niño
- e. Trastornos clínicos psiquiátricos según Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)
 - i. Trastornos de ansiedad
 1. Agorafobia
 2. Trastorno de pánico
 3. Trastorno de ansiedad generalizada
 4. Fobia social
 5. Trastorno obsesivo-compulsivo
 6. Trastorno de estrés post-traumático
 - ii. Trastornos afectivos
 1. Episodio depresivo
 2. Distimia

- iii. Trastornos de la conducta alimentaria
 - 1. Bulimia nervosa
 - 2. Anorexia nervosa
- iv. Trastornos adictivos
- v. Trastorno psicóticos
 - 1. Síndrome psicótico
 - 2. Trastorno bipolar

- f. Acceso a atención y servicios de salud mental

6.2. MÉTODO DE LA ENTREVISTA

Se empleó el método de entrevista directa; psicólogos debidamente capacitados y entrenados para tal fin visitaron las viviendas seleccionadas durante el período de recolección de información.

6.3. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

• **Validez de constructo.**- Se realizó un estudio pre-piloto en 20 pacientes psiquiátricos de la institución, para luego probarse la encuesta en los residentes de 100 viviendas, 20 viviendas de cada cono de la ciudad de Lima y el Callao. En cada vivienda se entrevistó por lo menos a dos personas. Se realizó ensayos en conjunto con el especialista para mejorar la consistencia. A través de este procedimiento se adaptó el instrumento de manera importante.

6.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

• Se solicitó el consentimiento informado antes del inicio de la encuesta a cada una de las personas entrevistadas.

VII. PROCEDIMIENTOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO

- a) **Construcción del Instrumento.**- La encuesta fue ajustada y probada en diez pacientes psiquiátricos y en diez familiares de pacientes sin patología o trabajadores supuestamente sanos del Instituto Nacional de Salud Mental. Un primer ensayo de entrevistas de campo se realizaron en residentes de 100 viviendas, 20 viviendas de cada cono en 20 distritos de la ciudad de Lima Metropolitana y el Callao. En cada vivienda se entrevistó por lo menos a dos personas. Esta validación en campo se realizó a través de cinco encuestadores con las características requeridas para el estudio, es decir psicólogos, egresados o bachilleres en psicología. Esto permitió validar la encuesta, medir los tiempos, explorar la presencia de las unidades de análisis y hacer lo ajustes finales al cuestionario.
- b) Se solicitó al INEI el material cartográfico con las siguientes requerimientos para las 400 manzanas distribuidas proporcionalmente en los distritos de Lima y Callao según el tamaño

de la población: 1) Las manzanas debieron ser seleccionadas de manera sistemática con probabilidad proporcional al número de viviendas de las manzanas; 2) Información requerida: número total de viviendas en el distrito disponible en el marco muestral, número total de viviendas en la manzana seleccionada disponible en el marco muestral, probabilidad de selección de cada manzana elegida y plano distrital con la ubicación de las manzanas seleccionadas. Luego, durante la operación de campo se procedió a actualizar la información obtenida del INEI. Se realizó un registro de viviendas por manzana y en función al número de viviendas se buscó un número de arranque de forma aleatoria y se seleccionaron las seis viviendas contiguas para encuestar 2 418 viviendas correspondientes a los distritos de Lima Metropolitana y Callao.

- c) Se confeccionó un Manual del Encuestador donde se especificó las características de los cuestionarios, la organización del trabajo de campo, las funciones de los coordinadores, supervisores y encuestadores, la identificación y selección de viviendas, instrucciones generales y específicas para el llenado de cada cuestionario.
- d) El personal que participó en la operación de campo fue seleccionado de un grupo de profesionales que participaron en un curso de capacitación. Se eligió a los profesionales con las mejores calificaciones y currículo. De la misma forma se eligió los supervisores. Los encuestadores y supervisores seleccionados fueron psicólogos. Se contó con la participación de coordinadores con amplia experiencia en encuestas en población general. Los coordinadores y supervisores tuvieron bajo su responsabilidad la conducción técnica y administrativa de la encuesta y debieron velar por el control de la calidad de la información. Se requirió un total de 24 encuestadores, ocho supervisores y dos coordinadores de campo .
- e) La capacitación técnica de los supervisores y encuestadores fue responsabilidad de los investigadores del INSM. Tuvo una duración de ocho días y tuvo como objetivo desarrollar el conocimiento profundo de la problemática a estudiar, y a los posibles problemas a encontrar por la exploración de este tipo de temas. Asimismo, se dio énfasis a la técnica y cuidados de la entrevista. La capacitación incluyó revisar detenidamente el diligenciamiento de los cuestionarios y se realizaron ensayos en campo. Cada encuestador realizó entrevistas en nueve viviendas en el lapso de tres días. Los primeros dos días se revisaron aspectos conceptuales y definiciones relacionadas al tema de estudio; el tercer y cuarto día se dedicaron al manejo de los cuestionarios; el quinto, sexto y séptimo día se realizaron los ensayos en campo y finalmente el octavo día se dedicó a estandarizar los procedimientos y a discutir los aspectos operativos.
- f) Se formaron ocho equipos, cada uno con un supervisor y tres encuestadores. La operación de campo se desarrolló de la siguiente manera:
 - Día 1, mañana, todo el equipo se dedicó a la actualización y registro de viviendas para determinar la vivienda de arranque; tarde, se entrevistaron dos viviendas por encuestador.
 - Día 2, mañana y tarde, se envió a digitación las encuestas terminadas, cada encuestador realizó aproximadamente dos viviendas por encuestador.
 - Día 3, mañana y tarde, se envió a digitación las encuestas terminadas, los encuestadores se dedicaron a terminar entrevistas incompletas y/o recuperar información faltante o a corregir los errores. Los siguientes días se siguió con la misma secuencia y el sépti-

mo día se descansó. Los encuestadores debieron regresar a las viviendas las veces que fueron necesarias según las condiciones del hogar. Se ha calculado un promedio de dos a tres entradas por hogar.

- g) Al final de la primera semana se reevaluó la experiencia para realizar los ajustes necesarios. En un plazo de diez semanas los encuestadores recogieron toda la información; considerándose un promedio de dos viviendas por día las primeras dos semanas y 2.5 viviendas por día el resto de las semanas.
- h) Recopilación de los datos.- Se empleó el método de la entrevista directa. Se definió el número de hogares por vivienda y se entrevistó el hogar principal. Se realizó un registro de todos los miembros del hogar para determinar los criterios de inclusión de las cuatro unidades de análisis: una mujer unida, un adulto, un adolescente y un adulto mayor. Se eligió a la mujer unida, jefa del hogar o esposa del jefe del hogar. Si la jefa del hogar no fue unida se procedió a elegir al azar con el método de los dados (descrito más adelante) entre las mujeres unidas del hogar. El adulto de 18 o más años y el adulto mayor fueron elegidos al azar entre los miembros que reunían tales condiciones por medio de un dado; en este procedimiento una misma persona pudo ser elegida como mujer unida, adulto o adulto mayor. El adolescente (12 a 17 años) fue elegido al azar con el mismo método entre los adolescentes de la casa. Previa autorización mediante el consentimiento informado, se inició la entrevista con la mujer jefa del hogar o pareja del jefe del hogar a quien se le aplicó los módulos de datos generales, relaciones intrafamiliares, salud mental, trastorno clínicos A (ansiedad y depresión). Enseguida, se seleccionó a un adulto de 18 años o más, a quien se le aplicó los módulos de datos generales, salud mental, trastorno clínicos A (depresión y ansiedad), trastorno clínicos B (trastorno de la conducta alimentaria, consumo de sustancias y psicosis), y acceso a servicios. Luego se procedió a entrevistar a un adolescente entre los 12 y 17 años a quien se le aplicó los módulos de datos generales y salud mental integral y algunos trastornos clínicos. Finalmente, se aplicó la entrevista a un adulto mayor de 60 años, a quien además se le aplicó los módulos de datos generales, del adulto mayor (salud mental general, depresión, calidad de vida, y acceso a servicios) y funciones cognitivas. Si la persona elegida no se encontraba presente se coordinaba una nueva entrevista hasta en dos oportunidades. En caso que a la tercera vez no se encontrara a la persona se daba por no respondida. Si la persona encuestada tuvo dificultades para expresar su problema, se solicitó que el jefe del hogar respondiera indirectamente por la persona o paciente, dejándose constancia de ello. Cada reingreso dió la oportunidad de corregir los errores detectados por los supervisores.
- i) Se estructuró un programa para la consistencia y el control de calidad de los datos a ingresar en la base de datos, codificando los resultados. Los resultados de las encuestas fueron ingresados por seis digitadores a partir del segundo día de inicio de la encuesta.
- j) Consistencia de los datos.- La primera consistencia se realizó en el campo a través de los supervisores. Después de la digitación se procedió a una consistencia mecanizada a través del programa referido el cual detectó omisiones, inconsistencias lógicas, valores extremos que fueron posteriormente corregidos.

VIII. RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO

De las 2 418 viviendas que se planearon se logró ingresar a 2 171 hogares, siendo 1992 ingresos completos (82,38%) y 179 incompletos (7,4%). El rechazo se presentó en 127 viviendas (5,25%), las ausencias en 117 (4,84%). El grado de éxito fue del 89,78%. No existieron problemas mayores salvo los rutinarios de dificultades de ingreso en especial en algunos sectores de niveles socioeconómicos altos, donde los ingresos eran más lentos.

IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el presente informe se han analizado las características generales de la muestra y de cada una de las unidades de investigación: como edad promedio, grupos etáreos, distribución por género, ocupación, educación, nivel socioeconómico según ingresos y nivel de pobreza. Para ello se realizaron análisis estadísticos descriptivos como frecuencias, medidas de tendencia central; y se estimaron las proporciones respectivas. Luego se procedió a describir a las personas con problemas de salud mental, por lo que se estimaron prevalencias.

En este primer reporte se han relacionado en forma general algunos factores de corte como las variables de edad, género, nivel de pobreza, y cono de residencia (variables independientes) con algunas de las variables de salud mental (variables dependientes). En caso que la variable dependiente fuera nominal (ejemplo: depresión *versus* no depresión) y la variable independiente también (género, edad, condición de cobertura de necesidades básicas, cono de residencia), se utilizó la prueba estadística de χ^2 para comparar proporciones con un nivel de significancia de 0,05 tomado en cuenta el diseño muestral. En cada caso se actuó estadísticamente según los procedimientos antes descritos de acuerdo al tipo de variable. Asimismo, se han descrito en la mayoría de los estimados, el error estándar, los intervalos de confianza, el efecto de diseño (deff) y el coeficiente de variación. Se ha asumido que un nivel de precisión aceptable es de hasta un 14,99% en el coeficiente variación. Por lo tanto se sugiere al lector la consulta de dichos coeficientes en el anexo respectivo.

Se utilizaron los programas estadísticos de SPSS V11 y Stata V6.



RESULTADOS GENERALES DEL ESTUDIO







DATOS GENERALES DE LA MUESTRA



DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

El objetivo de la encuesta consistió en ingresar a 2 418 hogares de la ciudad de Lima Metropolitana y Callao y entrevistar a través de módulos específicos a una mujer unida, preferentemente la jefa o esposa del jefe del hogar, un adulto, un adolescente y un adulto mayor. Estos tres últimos se eligieron al azar de los miembros que reunían tales características. Por lo tanto, en algunas oportunidades algunos de los entrevistados respondieron a más de un módulo. En la tabla No. 2 se presenta el número de encuestados por cada unidad de análisis.

TABLA No. 2
ENCUESTADOS SEGÚN UNIDADES DE ANÁLISIS

| ENCUESTADOS | Frecuencia |
|----------------------------|------------|
| ADULTOS | 2 077 |
| MUJER UNIDA | 1 858 |
| ADULTOS MAYORES | 632 |
| ADOLESCENTE | 991 |
| TOTAL PERSONAS ENCUESTADAS | 4 588 |

La muestra se distribuyó en todos los distritos de Lima Metropolitana y el Callao, asegurándose que la representación considere los niveles socioeconómicos de la población de Lima. En la tabla No. 3 se presenta la población sobre la cual se han realizado las estimaciones según los conos geográficos de Lima.

TABLA No. 3
POBLACIÓN TOTAL PONDERADA Y DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONOS GEOGRÁFICOS (POBLACIÓN ADULTA)

| CONO | Ponderado | % |
|-------------|-----------|-------|
| CONO NORTE | 943 256 | 24,0 |
| CONO CENTRO | 952 934 | 24,2 |
| CONO SUR | 816 892 | 20,8 |
| CONO ESTE | 829 925 | 21,1 |
| CALLAO | 391 487 | 10,0 |
| TOTAL | 3 934 494 | 100,0 |

Con respecto a la situación socioeconómica se decidió evaluar los niveles de pobreza a través de un estimado del método de gasto de consumo y línea de pobreza. Se realizó una pregunta directa a la jefa del hogar o la esposa del jefe del hogar sobre si sus ingresos cubrían determinados niveles de consumo de necesidades básicas. En la tabla No. 4 observamos que según esta evaluación el 37,9% de los hogares encuestados son pobres y 6,6% son pobres extremos.

TABLA No. 4
NIVELES DE POBREZA SEGÚN AUTO PERCEPCIÓN DE CONSUMO

| NIVELES DE POBREZA SEGÚN AUTO PERCEPCIÓN DE CONSUMO | | % |
|---|---|------|
| POBRES EXTREMOS | NO CUBRE NI LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN | 6,6 |
| POBRES | CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN | 31,3 |
| NO POBRES | CUBREN SÓLO LAS NEC. BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN Y VESTIDO, ETC | 45,8 |
| | CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS NECESIDADES | 16,3 |



CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS





CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS

El número de adultos encuestados fue de 2 077 personas, y acorde al diseño técnico de muestreo otorgan una inferencia a 3 934 494 habitantes de Lima Metropolitana y el Callao; en la muestra éstas se encontraron distribuidas en 40,3% de varones y 59,7% de mujeres. Los resultados se presentan en base a la población expandida y balanceada con relación al género (tabla No. 5).

TABLA No 5
NÚMERO TOTAL DE LOS ENCUESTADOS

| ENCUESTADOS | Frecuencia | Masculino | Femenino |
|------------------------------|------------|-----------|----------|
| Muestra Total (sin ponderar) | 2 077 | 40,3% | 59,7% |
| Expandido | 3 934 494 | 48,5% | 51,5% |

EDAD

La edad promedio de los adultos encuestados fue de 38 años, siendo la distribución muy heterogénea, es decir personas desde los 18 hasta los 91 años. De acuerdo a los grupos etarios se aprecia que fue conformado para este caso una asimetría positiva, siendo el mayor porcentaje de los grupos etarios menores (desde 18 a 44 años) (tabla No. 6).

TABLA No. 6
EDAD DE LOS ENCUESTADOS

| EDAD PROMEDIO | Media | Desviación Estándar |
|---------------|-----------|---------------------|
| Ponderada | 38,3% | 15,4% |
| Sin ponderar | 38,6% | 14,8% |
| GRUPO ETARIO | Ponderado | Sin Ponderar |
| 18 a 24 años | 22,2% | 18,2% |
| 25 a 44 años | 46,8% | 52,8% |
| 45 a 64 años | 23,5% | 21,8% |
| 65 a más | 7,5% | 7,2% |

ESCOLARIDAD

Se aprecia que el grado de analfabetismo es mayor en el género femenino. Esta situación redonda en forma importante en las oportunidades de este grupo y resaltan aspectos de género que intervienen en esta desigualdad (tabla No 7).

TABLA No. 7
PERSONAS QUE NO SABEN LEER NI ESCRIBIR

| GRADO DE ANALFABETISMO | % |
|------------------------|-----|
| TOTAL | 2,3 |
| Masculino | 0,4 |
| Femenino | 4,0 |

De la muestra en estudio, el mayor porcentaje refiere tener una instrucción superior al nivel de educación secundaria. En este sentido también se hacen evidentes las diferencias entre el género masculino y femenino. Las mujeres tienden a tener un menor nivel de educación (tabla No. 8). Las diferencias en los porcentajes que se observan entre las personas sin ningún nivel de instrucción con aquellas que efectivamente no saben leer ni escribir denota que a pesar que las personas ingresan a los primeros niveles del sistema educativo vuelven a ser analfabetas por desuso.

TABLA No. 8
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS

| GRADO DE ESTUDIOS | TOTAL | MASCULINO | FEMENINO |
|---------------------------|-------|-----------|----------|
| SIN NIVEL | 1,6% | 0,6% | 2,5% |
| INICIAL / PRE-ESCOLAR | 0,1% | 0,0% | 0,2% |
| PRIMARIA | 12,6% | 9,5% | 15,5% |
| SECUNDARIA | 42,8% | 43,7% | 41,8% |
| BACHILLERATO | 0,3% | 0,3% | 0,4% |
| SUPERIOR NO UNIVERSITARIO | 22,5% | 21,9% | 23,1% |
| SUPERIOR UNIVERSITARIO | 21,6% | 24,3% | 18,9% |

ESTADO CIVIL

Con respecto al estado civil, el 58,5% de los adultos se encuentra en situación de unido (conviviente o casado) y un 6,8% está separado o divorciado (tabla No.9).

TABLA No. 9
ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS DE LIMA Y CALLAO 2002

| ESTADO CIVIL | TOTAL | MASCULINO | FEMENINO |
|--------------|-------|-----------|----------|
| CONVIVIENTE | 19,4% | 19,6% | 19,2% |
| SEPARADO | 6,3% | 2,9% | 9,4% |
| DIVORCIADO | 0,5% | 0,5% | 0,5% |
| VIUDO | 3,3% | 2,2% | 4,4% |
| CASADO | 39,1% | 39,3% | 38,8% |
| SOLTERO | 31,6% | 35,6% | 27,7% |

OCUPACIÓN

Los varones estuvieron trabajando la semana anterior en un 67,4%, en contraste a la mujer con un 39,5%. Las mujeres se dedican con mayor frecuencia a los quehaceres del hogar (tabla No. 10). Las cifras de desempleo llegan al 7,2%, siendo estas mayores para las mujeres. Entre las personas que no están buscando empleo resaltan las amas de casa y los jubilados o rentistas,

TABLA No. 10
SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADULTOS DE LIMA Y CALLAO 2002

| SITUACIÓN LABORAL | Total | Masculino | Femenino |
|----------------------------|-------|-----------|----------|
| TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR | 53,0% | 67,4% | 39,5% |
| ESTÁ BUSCANDO TRABAJO | 7,2% | 6,2% | 8,1% |

INGRESOS ECONÓMICOS

Se observa en las mujeres que un mayor porcentaje tiene un ingreso promedio menor a 300 soles en comparación con los hombres; a su vez, se evidencia que hay una mayor proporción de hombres que tienen ingresos mayores a 1 200 soles. En líneas generales, la mujer con trabajo fuera de la casa se encuentra en desventaja en cuanto a ingresos (tabla No. 11).

TABLA No. 11
PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL EN LOS
ÚLTIMOS 3 MESES (NUEVOS SOLES)

| INGRESOS | TOTAL | MASCULINO | FEMENINO |
|-------------|-------|-----------|----------|
| < DE 300 | 24,3% | 16,6% | 36,3% |
| 301 A 600 | 34,1% | 33,1% | 35,5% |
| 601 A 1 200 | 25,5% | 30,0% | 18,5% |
| > DE 1 200 | 16,1% | 20,2% | 9,7% |





SALUD MENTAL DEL ADULTO





SALUD MENTAL DEL ADULTO

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

La salud mental en general se vincula necesariamente con todo aquello que acontece al ser humano y que de alguna manera tiene influencia en su estado anímico, motivacional y en sus expectativas del futuro. Por ello se ha planteado una serie de preguntas relacionadas a aspectos contextuales, tanto a nivel macro, como a nivel del desenvolvimiento social próximo a la persona. Según el enfoque sistémico el todo influye en las partes y viceversa.

Entorno general

En cuanto a los problemas que enfrenta el país, tanto el hombre como la mujer perciben que el problema principal es el desempleo, con un 58% y 55,5% respectivamente. Siguen las condiciones de pobreza y la corrupción, aunque en porcentajes mucho menores (tabla No. 12). Frente a estos problemas la mayoría de los encuestados se manifiestan con desilusión, amargura y rabia. No hay diferencias mayores entre ambos géneros (tabla No. 13).

TABLA No. 12
PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE
LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| PROBLEMAS PERCIBIDOS | Desempleo % | Pobreza % | Corrupción % | Violencia % | Inestabilidad política | Falta de confianza y liderazgo % | Otros % |
|----------------------|-------------|-----------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------------|---------|
| Total | 56,7 | 16,3 | 5,1 | 2,8 | 2,5 | 2,1 | 14,3 |
| Masculino | 58,0 | 13,7 | 6,5 | 1,0 | 2,8 | 2,9 | 14,9 |
| Femenino | 55,5 | 18,9 | 3,7 | 4,5 | 2,2 | 1,3 | 13,8 |

TABLA No. 13
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE
LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| SENTIMIENTOS | Desilusión | Amargura y rabia | Resignación | Indiferencia | Otro |
|--------------|------------|------------------|-------------|--------------|------|
| Total | 26,6% | 25,8% | 5,3% | 3,3 | 39,0 |
| Masculino | 27,8 | 28,3 | 6,3 | 3,8 | 33,8 |
| Femenino | 25,4 | 23,5 | 4,4 | 2,9 | 43,9 |

Se ha hablado mucho de que en los países en desarrollo, a falta de capital monetario es muy importante fortalecer el capital social, el cual se basa en la confianza mutua entre las personas y en el sistema. En este sentido, el evaluar en qué medida las personas confían en sus autoridades nos da una referencia de estimación sobre el grado de confianza en el sistema. Con relación a este tema y con respecto a las autoridades policiales, la mayoría, tanto hombres como mujeres, no confía o confía muy poco en ellos. Peor situación se observa aún en las autoridades políticas (tabla No. 14).

TABLA No. 14
CONFIANZA EN AUTORIDADES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| AUTORIDADES | Nada o Poco % | Regular % | Mucho % |
|--|------------------|--------------|------------|
| CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES | | | |
| Total | 62,5 | 33,6 | 3,6 |
| Masculino | 61,9 | 33,6 | 4,5 |
| Femenino | 63,0 | 34,2 | 2,8 |
| CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS | | | |
| Total | 91,7 | 8,0 | 0,3 |
| Masculino | 90,9 | 8,7 | 0,4 |
| Femenino | 92,4 | 7,4 | 0,2 |

Otro componente importante para la salud mental del individuo es la seguridad que percibe en su entorno. A pesar del esfuerzo del estado, enmarcado en la constitución política, de proteger a sus ciudadanos, existe un gran número de personas (76,9%), tanto hombres como mujeres, que no se sienten protegidos por el estado. Esto contrasta enormemente con los sentimientos de protección que genera la familia y que en países latinoamericanos significa una de sus fortalezas y protecciones frente a los problemas de salud mental.

TABLA No. 15
SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN | Nada o Poco % | Regular % | Mucho % |
|--|------------------|--------------|------------|
| SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DEL ESTADO | | | |
| Total | 76,9 | 21,5 | 1,5 |
| Masculino | 76,5 | 21,1 | 2,4 |
| SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA | | | |
| Total | 10,6 | 19,5 | 70,0 |
| Masculino | 10,8 | 21,1 | 68,1 |
| Femenino | 10,4 | 17,9 | 71,7 |

Estresores psicosociales

Evaluar los estresores psicosociales es de suma importancia tanto por estar relacionados directamente con el desarrollo de problemas o trastornos de la salud mental, como porque expresan en cierta medida las condiciones sociales y económicas de un país. De la cifras que aquí se presentan se concluye que alrededor de una cuarta parte de la población, tanto masculina como femenina, pasa por situaciones de alto estrés, siendo mayor la cifra en aquellas situaciones relacionadas con aspectos económicos (tabla No. 16).

TABLA No. 16
MAGNITUD DE TENSION FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS EN LA POBLACION ADULTA DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL | Nada o Poco % | Regular % | Mucho % |
|------------------------------|------------------|--------------|------------|
| TRABAJO O ESTUDIO | | | |
| Total | 38,0 | 36,5 | 25,9 |
| Masculino | 37,1 | 38,1 | 24,8 |
| Femenino | 39,2 | 33,4 | 27,4 |
| HIJOS Y PARIENTES | | | |
| Total | 48,9 | 25,2 | 25,9 |
| Masculino | 53,2 | 25,7 | 21,1 |
| Femenino | 45,0 | 24,7 | 30,3 |
| PAREJA | | | |
| Total | 62,2 | 18,4 | 19,4 |
| Masculino | 64,4 | 18,9 | 16,8 |
| Femenino | 59,9 | 18,0 | 22,0 |
| DINERO | | | |
| Total | 28,5 | 31,8 | 39,7 |
| Masculino | 30,8 | 35,2 | 34,0 |
| Femenino | 26,3 | 28,6 | 45,1 |
| LA SALUD | | | |
| Total | 34,6 | 30,5 | 34,9 |
| Masculino | 38,5 | 30,4 | 31,2 |
| Femenino | 31,0 | 30,6 | 38,4 |

Por otro lado, una forma relacionada a los estresores pero que también se vincula con el clima de violencia son las experiencias traumáticas, definidas aquí como el haber sido testigo de algún acontecimiento extremadamente traumático, durante el cual han muerto personas o en las que el entrevistado haya visto gravemente amenazada su integridad física y que muchas veces da lugar a patologías psiquiátricas como el trastorno de estrés postraumático. En el caso de la población adulta, cerca de un tercio de la población se ha visto en situaciones semejantes, siendo mayor para el género masculino (tabla No. 17).

TABLA No. 17
PREVALENCIA DE VIDA DE EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN LA POBLACION ADULTA DE LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO 2002

| EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS | % |
|--------------------------|------|
| Total | 32,5 |
| Masculino | 36,6 |
| Femenino | 28,6 |

El nivel de estrés de una persona se genera, no sólo por el impacto de sus problemas cotidianos, sino por las características ambientales donde vive. Se preguntó a los encuestados qué tanto le molestaban las características físicas de su entorno, como el ruido, la falta de ventilación, la falta de espacio y el mal olor, encontrándose un elevado porcentaje de personas con altos niveles de estrés ambiental en la población (tabla No. 18).

TABLA No. 18
PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN CON NIVELES ALTOS DE ESTRÉS AMBIENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO 2002

| POBLACIÓN CON ALTO NIVEL DE ESTRÉS AMBIENTAL | % |
|--|------|
| Total | 45,7 |
| Masculino | 41,6 |
| Femenino | 49,5 |

Sentimientos anímicos prevalentes

Existe una serie de estados que sin ser por sí mismos patológicos pueden generar repercusiones significativas en la calidad de vida de las personas. Se ha evaluado la presencia en forma significativa de tales sentimientos en la persona; no se contraponen con que una persona pueda en un mismo mes experimentar significativamente sentimientos contrapuestos. La situación socioeconómica prevalente facilita que dicha situación se presente. En la población general, alrededor del 20% y el 30% de las personas experimentan significativamente sentimientos negativos (tristeza, tensión, angustia, irritabilidad, y aburrimiento). Cabe resaltar que las mujeres experimentan en mayor proporción que los hombres tales sentimientos (tabla No. 19).

TABLA No. 19
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| SENTIMIENTOS | TRISTE | TENSO | ANGUSTIADO | IRRITABLE | PREOCUPADO | TRANQUILO | ALEGRE | ABURRIDO | OTRO |
|--------------|--------|-------|------------|-----------|------------|-----------|--------|----------|------|
| Total | 20,8 | 34,1 | 20,9 | 18,6 | 50,7 | 59,1 | 61,6 | 18,2 | 2,0 |
| Masculino | 13,0 | 27,3 | 15,7 | 12,8 | 45,3 | 66,4 | 66,0 | 14,7 | 2,5 |
| Femenino | 28,2 | 40,4 | 25,8 | 23,9 | 55,8 | 52,2 | 57,6 | 21,5 | 1,6 |

Satisfacción personal

La satisfacción personal con aquello que somos, hacemos o hemos hecho está en directa relación con la autoestima. La estima personal se construye en forma muy compleja desde temprana edad y son las experiencias las que interactúan con el desarrollo psicológico de la persona. Esta interacción se dinamiza con el entorno que puede o no confirmar o poner en riesgo la autovalía personal. En una escala de 5 a 20, el grado de satisfacción personal de los encuestados se encuentra en una media de 15,4 (tabla No. 20).

Con relación a la satisfacción personal específica, resalta la gran proporción de encuestados que sistemáticamente se ubica en la categoría de regular (entre el 40% y el 50%). También llama a la atención la proporción de la población que se muestra insatisfecha con sus estudios (29,5%) y con sus relaciones sociales (16,2%). El grado de insatisfacción con relación al aspecto económico (40,6%) se asocia con los niveles de pobreza (tabla No. 21).

TABLA No. 20
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (escala de 5 a 20) | Media | Mediana | Moda | P25 | P75 |
|---|-------|---------|------|------|------|
| Total | 15,4 | 15,0 | 15,0 | 13,8 | 17,0 |
| Masculino | 15,6 | 16,0 | 15,0 | 14,0 | 17,0 |
| Femenino | 15,1 | 15,0 | 15,0 | 13,0 | 17,0 |

TABLA No. 21
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN DE LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO 2002

| ÁREA | Nada o Poco % | Regular % | Mucho % |
|----------------------------|------------------|--------------|------------|
| ASPECTO FÍSICO | | | |
| Total | 11,1 | 46,5 | 42,4 |
| Masculino | 8,8 | 46,5 | 44,8 |
| Femenino | 13,4 | 46,5 | 40,1 |
| INTELIGENCIA | | | |
| Total | 7,3 | 44,3 | 48,5 |
| Masculino | 5,5 | 42,2 | 52,3 |
| Femenino | 8,9 | 46,3 | 44,8 |
| NIVEL ECONÓMICO | | | |
| Total | 40,6 | 50,2 | 9,2 |
| Masculino | 37,9 | 52,6 | 9,5 |
| Femenino | 43,2 | 48,0 | 8,9 |
| ESTUDIOS | | | |
| Total | 29,5 | 43,2 | 27,3 |
| Masculino | 28,0 | 46,8 | 25,2 |
| Femenino | 31,0 | 39,8 | 29,2 |
| RELACIONES SOCIALES | | | |
| Total | 16,2 | 44,3 | 39,5 |
| Masculino | 13,4 | 46,0 | 40,6 |
| Femenino | 18,8 | 42,7 | 38,5 |

Satisfacción laboral

Uno de los principales problemas en el aspecto laboral además del desempleo, es el subempleo y las condiciones anímicas que genera. Es por ello que estimar el grado de satisfacción laboral es un aspecto importante de la salud mental. Al igual que en el caso de la satisfacción personal, la categoría de 'regular' prevalece. El grado de satisfacción global deriva de la suma de cada uno de los aspectos específicos evaluados (tabla No. 22 y 23).

TABLA No. 22
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA
METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20) | Media | Mediana | Moda | P25 | P75 |
|--|-------|---------|------|------|------|
| Total | 15,4 | 15,7 | 15,0 | 13,6 | 17,5 |
| Masculino | 15,4 | 15,0 | 15,0 | 13,6 | 17,5 |
| Femenino | 15,6 | 15,7 | 15,0 | 14,0 | 17,9 |

TABLA No. 23
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA
METROPOLITANA Y EL CALLAO 2002

| ASPECTO LABORAL | Nada o Poco % | Regular % | Mucho % |
|--|------------------|--------------|------------|
| CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA | | | |
| Total | 11,9 | 42,5 | 45,7 |
| Masculino | 12,5 | 43,4 | 44,1 |
| Femenino | 10,9 | 41,0 | 48,1 |
| CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA | | | |
| Total | 14,5 | 46,0 | 39,6 |
| Masculino | 15,0 | 48,0 | 37,0 |
| Femenino | 13,6 | 43,0 | 43,4 |
| CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO | | | |
| Total | 9,9 | 43,1 | 47,1 |
| Masculino | 9,1 | 45,6 | 45,2 |
| Femenino | 11,3 | 38,4 | 50,3 |
| CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA A DIARIO | | | |
| Total | 19,0 | 50,0 | 31,0 |
| Masculino | 19,0 | 51,2 | 29,8 |
| Femenino | 18,9 | 48,2 | 32,9 |
| (... continua) | | | |

| ASPECTO LABORAL | Nada o Poco % | Regular % | Mucho % |
|---|------------------|--------------|------------|
| CON EL TRATO QUE RECIBE DE SUS JEFES | | | |
| Total | 15,0 | 44,7 | 40,3 |
| Masculino | 15,6 | 47,5 | 36,9 |
| Femenino | 14,0 | 39,9 | 46,1 |
| CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE | | | |
| Total | 46,3 | 42,4 | 11,3 |
| Masculino | 45,7 | 43,7 | 10,6 |
| Femenino | 47,3 | 40,2 | 12,5 |
| CON EL RECONOCIMIENTO QUE PERCIBE | | | |
| Total | 23,2 | 40,6 | 36,1 |
| Masculino | 24,2 | 41,8 | 34,0 |
| Femenino | 21,8 | 38,7 | 39,5 |

Calidad de vida

La calidad de vida es una construcción conceptual que involucra áreas como el bienestar físico, psicológico, auto-cuidado, funcionamiento ocupacional e interpersonal, apoyo socio emocional, apoyo comunitario, plenitud personal y satisfacción espiritual. A continuación se presenta el resultado global correspondiente al Índice de Calidad de Vida que en una escala de 1 a 10, siendo 10 excelente, se halla en un 7,63. El valor de este resultado va a ser mejor apreciado como indicador comparativo en posteriores estudios, aún así la cifra encontrada indica un nivel aceptable de calidad de vida desde la perspectiva de la propia persona. Estudios posteriores presentarán los detalles específicos de este indicador (tabla No. 24).

TABLA No. 24
CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA Y CALLAO EN EL AÑO 2002

| CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN (ESCALA DE 1 A 10) | Media | Mediana | Moda | P25 | P75 |
|---|-------|---------|------|-----|-----|
| Total | 7,63 | 7,8 | 7,6 | 6,9 | 8,5 |
| Masculino | 7,7 | 7,8 | 7,3 | 7,0 | 8,6 |
| Femenino | 7,6 | 7,7 | 7,6 | 6,8 | 8,5 |

Discapacidad o Inhabilidad

La discapacidad o inhabilidad se refiere a la disminución, pérdida o ausencia de la capacidad para funcionar en el medio social y del trabajo. La diferencia entre ambas radica en que la primera surge como consecuencia de una enfermedad y la segunda por la falta o desarrollo insuficiente de habilidades.

En este documento presentamos los indicadores generales a nivel de la población general; posteriores reportes presentarán los resultados específicos de la población y los relacionados con la patología psiquiátrica. En general, como es comprensible, el nivel global de discapacidad se encuentra en niveles bajos, sin embargo, encontramos que alrededor de una cuarta parte de la población tiene al menos una discapacidad o inhabilidad leve (tabla No. 25 y 26).

TABLA No. 25
NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD DE LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA Y CALLAO 2002

| NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD (ESCALA DE 5 A 20, DONDE 5 ES AUSENCIA DE DISCAPACIDAD) | Media | Mediana | Moda | P25 | P75 |
|--|-------|---------|------|-----|-----|
| Total | 5,7 | 5,0 | 5,0 | 5,0 | 6,0 |
| Masculino | 5,7 | 5,0 | 5,0 | 5,0 | 6,0 |
| Femenino | 5,7 | 5,0 | 5,0 | 5,0 | 6,0 |

TABLA No. 26
**PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN GENERAL ADULTA CON AL MENOS
ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD**

| AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD | % |
|--|------|
| Total | 26,5 |
| Masculino | 25,1 |
| Femenino | 27,8 |

Aspectos psicopáticos

El respeto hacia otra persona en cuanto a sus derechos y bienes personales garantiza las buenas relaciones y el clima de paz y tranquilidad que debe existir entre los ciudadanos. Sin embargo, este equilibrio se puede ver afectado cuando la persona quiebra sistemáticamente las reglas y leyes de la sociedad. Si bien existe una personalidad definidamente antisocial, cuyas causas se han relacionado hasta con factores genéticos, en esta ocasión evaluamos tendencias más sutiles y sensibles a los cambios e influencias de la sociedad y sus problemas. La permisividad frente a la psicopatía mide la tolerancia de las personas a conductas delictivas como el robo, mientras que las tendencias psicopáticas consideran conductas como la mentira frecuente, la violencia o el robo. La primera se encuentra en 10,6% de la población y la segunda en 15,4%, cifras que denotan una importante proporción de individuos en estas condiciones (tabla No. 27).

TABLA No. 27
ASPECTOS PSICOPÁTICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA Y CALLAO 2002

| ASPECTOS PSICOPÁTICOS | % |
|--|------|
| PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA | |
| Total | 10,6 |
| Masculino | 11,2 |
| PREVALENCIA DE TENDENCIAS PSICOPÁTICAS | |
| Total | 15,4 |
| Masculino | 17,2 |
| Femenino | 13,7 |

Indicadores suicidas

El aumento reciente en el índice de suicidios consumados obliga a investigar el fenómeno desde sus raíces. En este estudio se ha elegido investigar el pensamiento y el intento suicidas como indicadores más sensibles a cambios, antes del suicidio consumado y más susceptible de acciones preventivas. No sostenemos que las causas que expliquen uno u otro, o el mismo suicidio, deban ser necesariamente las mismas, sin embargo existe algún tipo de vinculación importante. De primera intención observamos que los indicadores son elevados y que el género femenino se ve significativamente más afectado que el género masculino, lo que es congruente con los hallazgos de sentimientos prevalentes y con la presencia de trastornos clínicos como veremos más adelante. En la tabla No. 28 observamos que un 30,3% de la población adulta alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas, un 8,5% lo ha considerado en el último año y un 3,5% en el último mes. En cuanto a la conducta suicida que denota una afectación más seria, con mayor impacto en la vida de la persona y de sus familiares; el 5,2% de la población ha intentado suicidarse alguna vez en su vida y un 1% lo habría realizado en el último año. Esta última cifra, debido al tamaño de muestra y al nivel de precisión, debe ser tomado con cautela, sin embargo es clara la tendencia. Un 11,6% de las personas que intentó hacerse daño considera todavía como una posibilidad de solución dicha conducta.

TABLA No. 28
INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA Y CALLAO 2002

| INDICADORES SUICIDAS | % |
|--|-------------------------|
| PREVALENCIA DE VIDA DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA | |
| Total | 30,3 |
| Masculino | 19,6 |
| Femenino | 40,4 |
| PREVALENCIA EN EL MES DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA | |
| Total | 3,6 |
| Masculino | 1,5 |
| Femenino | 5,6 |
| PREVALENCIA EN EL AÑO DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA | |
| Total | 8,5 |
| Masculino | 4,9 |
| Femenino | 11,9 |
| PREVALENCIA DE VIDA DE CONDUCTAS SUICIDAS | |
| Total | 5,2 |
| Masculino | 3,3 |
| Femenino | 7,0 |
| PREVALENCIA EN EL MES DE CONDUCTAS SUICIDAS | |
| Total | 0,3 |
| Masculino | 0,2 |
| Femenino | 0,5 |
| PREVALENCIA EN EL AÑO DE CONDUCTAS SUICIDAS | |
| Total | 1,0 |
| Masculino | 0,6 |
| Femenino | 1,5 |
| PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA | |
| Total | 0,6 |
| | (11,6% de los intentos) |
| Masculino | 0,4 |
| Femenino | 0,8 |

Según la tabla No. 29 los motivos del deseo y del intento están muy vinculados uno con el otro. En cuanto a los motivos por los cuales las personas piensan o intentan quitarse la vida resaltan los problemas con la pareja, luego problemas económicos y en tercer lugar problemas con los padres. Resaltan en los intentos los problemas con la pareja, tanto en el género masculino como femenino. Los problemas económicos y con otros parientes son más importantes para el intento en el género femenino. Es probable que esto se deba a que las mujeres están más expuestas a limitaciones económicas, como hemos notado en otros resultados, y a su vez, tienen la responsabilidad de administrar los recursos económicos para poder enfrentar las necesidades básicas de la familia.

TABLA No. 29
MOTIVO DEL DESEO O INTENTO SUICIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE
LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO 2002

| TOPICOS | | Motivos de | Motivos de |
|--------------------------------------|-------|-----------------|-------------------|
| | | Deseos suicidas | Intentos suicidas |
| | | % | % |
| PROBLEMAS CON LA AUTOIMAGEN | TOTAL | 2,3 | 0,0 |
| | MAS | 2,4 | 0,0 |
| | FEM | 2,5 | 0,0 |
| PROBLEMAS CON PADRES | TOTAL | 16,7 | 14,5 |
| | MAS | 14,1 | 10,1 |
| | FEM | 17,9 | 16,5 |
| PROBLEMAS CON HIJOS | TOTAL | 6,0 | 1,7 |
| | MAS | 3,6 | 4,7 |
| | FEM | 6,9 | 0,4 |
| PROBLEMAS CON OTROS PARIENTES | TOTAL | 6,8 | 11,8 |
| | MAS | 5,0 | 1,4 |
| | FEM | 7,6 | 16,3 |
| PROBLEMAS CON PAREJA | TOTAL | 31,9 | 45,1 |
| | MAS | 23,9 | 43,8 |
| | FEM | 35,5 | 45,7 |
| PROBLEMAS CON LABORALES | TOTAL | 7,6 | 5,3 |
| | MAS | 15,7 | 6,6 |
| | FEM | 3,9 | 4,8 |
| PROBLEMAS CON ESTUDIOS | TOTAL | 2,6 | 2,3 |
| | MAS | 5,0 | 0 |
| | FEM | 1,5 | 3,3 |
| PROBLEMAS CON ECONÓMICOS | TOTAL | 20,5 | 15,5 |
| | MAS | 21,2 | 6,2 |
| | FEM | 20,1 | 19,5 |
| PROBLEMAS CON SALUD FÍSICA | TOTAL | 11,8 | 8,8 |
| | MAS | 13,0 | 13,9 |
| | FEM | 11,3 | 6,5 |
| PROBLEMAS CON EXPERIENCIA TRAUMÁTICA | TOTAL | 4,4 | 2,4 |
| | MAS | 3,9 | 4,1 |
| | FEM | 4,7 | 1,7 |
| OTROS | TOTAL | 21,2 | 17,7 |
| | MAS | 25,9 | 26,7 |
| | FEM | 19,1 | 13,7 |

Tendencia hacia la violencia

La violencia es uno de los principales problemas sociales que enfrenta una sociedad. En este caso sólo se ha medido la prevalencia de vida de conductas como peleas con algún tipo de armas y abuso físico a menores, habiéndose hallado que un 30,2% de la población se ha visto involucrado en alguno de estos tipos de conducta. También se han tomado en cuenta indicadores más sutiles como el pensamiento homicida. Se hace la misma advertencia anterior debido al tamaño de la muestra, pues las prevalencias aunque relativamente bajas, desde el punto de vista de la población resultan llamativas, pues un 4,6% de la misma las tendría (tabla No. 30).

TABLA No. 30
TENDENCIAS HACIA LA VIOLENCIA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA Y CALLAO 2002

| INDICADOR | % |
|--|------|
| PREVALENCIA DE TENDENCIAS VIOLENTAS | |
| Total | 30,2 |
| Masculino | 43,0 |
| Femenino | 18,2 |
| PREVALENCIA DE VIDA DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDAS | |
| Total | 4,6 |
| Masculino | 5,2 |
| Femenino | 4,0 |
| PREVALENCIA EN EL MES DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDAS | |
| Total | 0,7 |
| Masculino | 1,0 |
| Femenino | 0,4 |
| PREVALENCIA EN EL AÑO DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDAS | |
| Total | 1,9 |
| Masculino | 2,4 |
| Femenino | 1,5 |

Factores protectores

Como se ha observado en el área de sentimientos de protección familiar, el grado de cohesión familiar medido a través del respeto y apoyo mutuo, orgullo familiar, o el compartir principios y valores, se encuentra en niveles altos, lo que es un factor positivo comparado a los otros factores psicosociales que atentan contra la salud mental. De la misma manera el factor religioso es muy importante en la población y la mayoría se apoya en el mismo para enfrentar los retos cotidianos que les da la vida. Sin embargo, la participación religiosa activa se encuentra en niveles relativamente bajos (tablas No. 31 y 32).

TABLA No. 31
GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20) | Media | Mediana | Moda | P25 | P75 |
|--|-------|---------|------|------|------|
| Total | 18,4 | 19,0 | 20,0 | 17,5 | 20,0 |
| Masculino | 18,4 | 19,0 | 20,0 | 18,0 | 20,0 |
| Femenino | 18,4 | 19,0 | 20,0 | 17,0 | 20,0 |

TABLA No. 32
TENDENCIAS RELIGIOSAS DE LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO 2002

| TENDENCIAS RELIGIOSAS | Dios muy importante | Siente protección de Dios | Asiste a Iglesia o Templo | Participa activamente | Lee escrituras religiosas | Trasmite religión a hijos | Religión ayuda a solución de problemas |
|-----------------------|---------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------------|--|
| | % | % | % | % | % | % | % |
| Total | 88.0 | 89.4 | 64.0 | 16.0 | 54.1 | 59.3 | 65.9 |
| Masculino | 82.2 | 85.2 | 57.6 | 15.7 | 48.9 | 51.6 | 64.1 |
| Femenino | 93.4 | 93.3 | 70.1 | 17.4 | 59.0 | 66.5 | 67.9 |

TRASTORNOS CLÍNICOS

En la tabla No. 33 se presentan las prevalencias generales de vida, de seis meses y actual de los trastornos clínicos según criterios de investigación de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). En general la mujeres padecen más trastornos psiquiátricos que los hombres. Más de un tercio de la población (37,3%) alguna vez en su vida ha sufrido algún trastorno psiquiátrico, cerca de una cuarta parte los ha sufrido en los últimos seis meses (26,5%) y un 23,5% lo presentaba al momento de realizarse la encuesta. Como grupo, los trastornos de ansiedad son los más prevalentes, siendo su prevalencia de vida, de seis meses y actual de 25,3%, 16,4% y 14,6% respectivamente. En cuanto a los trastornos depresivos, se ha encontrado una prevalencia de vida de 19,0%, una prevalencia de seis meses de 10,6% y una prevalencia actual del 6,7%.

Las tablas No. 34, 35 y 36 presentan respectivamente las prevalencias de vida, de seis meses y actual de los principales trastornos psiquiátricos de la población de Lima Metropolitana y el Callao (2002), así como la distribución por género. El desorden más frecuente es la depresión mayor, con una prevalencia de vida, de seis meses y actual del 18,2%, 9,5% y 6,6% respectivamente, le sigue el trastorno de ansiedad generalizada, con un prevalencia de vida y de seis meses (igual al actual) del 9,9% y 7,3% respectivamente. En tercer lugar, está la fobia social con una prevalencia de vida del 7,9% , una prevalencia de 6 meses de 3,7% y una prevalencia actual del 2,8%. Con relación a los trastornos de la conducta alimentaria, si bien las prevalencias son bajas, las conductas de riesgo son altas (11,5%) especialmente en las mujeres (15,6%).

TABLA No. 33
PREVALENCIA DE VIDA, DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNO PSIQUIÁTRICOS EN
GENERAL EN LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| TIPO DE TRASTORNOS | |
|---|----------|
| PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO* | % |
| Total | 37,3 |
| Masculino | 32,9 |
| Femenino | 41,5 |
| PREVALENCIA GENERAL A SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO | % |
| Total | 26,5 |
| Masculino | 21,8 |
| Femenino | 30,9 |
| PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO ** | % |
| Total | 23,5 |
| Masculino | 20,0 |
| Femenino | 26,8 |
| PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL | % |
| Total | 25,3 |
| Masculino | 20,3 |
| Femenino | 30,1 |
| PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD EN GENERAL, | % |
| Total | 16,4 |
| Masculino | 11,6 |
| Femenino | 21,0 |
| PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL | % |
| Total | 14,6 |
| Masculino | 10,7 |
| Femenino | 18,3 |
| PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL | % |
| Total | 19,0 |
| Masculino | 14,5 |
| Femenino | 23,3 |
| PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL | % |
| Total | 10,6 |
| Masculino | 6,6 |
| Femenino | 13,7 |
| PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL | % |
| Total | 6,7 |
| Masculino | 3,0 |
| Femenino | 10,2 |

* En dependencia o abuso a sustancias se incluye sólo prevalencia anual; en la conducta alimentaria sólo la prevalencia actual.

** Se incluye la prevalencia anual de abuso o dependencia a sustancias.

TABLA No. 34
PREVALENCIA DE VIDA DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y DISTRIBUCIÓN POR GÉNEROS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10 | TOTAL % | Masculino % | Femenino % |
|--|------------|----------------|---------------|
| TRASTORNOS PSICÓTICOS* | 1,0 | 0,7 | 1,3 |
| TRASTORNO BIPOLAR | 0,1 | 0,1 | 0,2 |
| EPISODIO DEPRESIVO** | 18,2 | 13,5 | 22,6 |
| DISTIMIA* | 1,2 | 0,9 | 1,6 |
| AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO | 3,4 | 2,8 | 4,0 |
| AGORAFOBIA CON HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO | 1,1 | 0,5 | 1,7 |
| FOBIA SOCIAL | 7,9 | 6,6 | 9,1 |
| TRASTORNO DE PÁNICO | 3,7 | 2,2 | 5,1 |
| TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA*** | 9,9 | 8,5 | 11,2 |
| TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO | 1,6 | 1,7 | 1,4 |
| TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO | 6,0 | 3,8 | 8,0 |

* Los criterios del MINI no consideran los trastornos psicóticos a nivel de categorías diagnósticas, sino a nivel de síndromes. Se ha asumido como positivas la presencia de por lo menos cinco de los criterios descritos.

** La versión del MINI sólo identifica prevalencia de vida de distimia a dos años.

*** Los criterios del TAG fueron ajustados al exigirse que la persona explícitamente se sienta generalmente con preocupación y tensión.

TABLA No. 35
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y DISTRIBUCIÓN POR SEXOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10 | TOTAL % | Masculino % | Femenino % |
|--|------------|----------------|---------------|
| EPISODIO DEPRESIVO | 9,5 | 5,6 | 13,3 |
| DISTIMIA* | 1,2 | 0,9 | 1,6 |
| AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO | 2,0 | 1,3 | 2,7 |
| AGORAFOBIA CON HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO | 0,7 | 0,4 | 0,9 |
| FOBIA SOCIAL | 3,7 | 2,8 | 4,6 |
| TRASTORNO DE PÁNICO | 2,0 | 0,9 | 3,0 |
| TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA** | 7,3 | 5,4 | 9,0 |
| TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO | 0,9 | 0,9 | 0,9 |
| TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO*** | 2,8 | 1,2 | 4,2 |

* La prevalencia de seis meses asume los dos años de los criterios diagnósticos.

** Los criterios del TAG fueron ajustados al exigirse que la persona explícitamente se sienta generalmente con preocupación y tensión.

*** Se refiere a prevalencia actual del TEPT.

TABLA No. 36
PREVALENCIA ACTUAL DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y DISTRIBUCIÓN
POR SEXOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO 2002

| TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10 | TOTAL % | Masculino % | Femenino % |
|--|------------|----------------|---------------|
| TRASTORNOS PSICÓTICOS* | 0,5 | 0,3 | 0,7 |
| TRASTORNO BIPOLAR | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| EPISODIO DEPRESIVO | 6,6 | 3,0 | 10,1 |
| DISTIMIA** | 1,2 | 0,9 | 1,6 |
| AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO | 1,1 | 0,9 | 1,3 |
| AGORAFOBIA CON HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO | 0,5 | 0,4 | 0,7 |
| FOBIA SOCIAL | 2,8 | 1,9 | 3,7 |
| TRASTORNO DE PÁNICO | 1,2 | 0,8 | 1,7 |
| TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA*** | 7,3 | 5,4 | 9,0 |
| TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO | 0,7 | 0,7 | 0,8 |
| TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO | 2,8 | 1,2 | 4,2 |
| BULIMIA NERVOSA | 0,6 | 0,1 | 1,0 |
| ANOREXIA NERVOSA | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS**** | 11,5 | 7,1 | 15,6 |

* Los criterios del MINI no consideran los trastornos psicóticos a nivel de categorías diagnósticas, sino a nivel de síndromes. Se ha asumido como positivos la presencia de por lo menos cinco de los criterios descritos.

** La prevalencia actual de distimia se refiere a dos años por los criterios diagnósticos.

*** Los criterios del TAG fueron ajustados al exigirse que la persona explícitamente se sienta generalmente con preocupación y tensión. Se asume la prevalencia a seis meses por los criterios diagnósticos.

**** Se refiere a personas que con la finalidad de perder peso se inducen al vómito, toman laxantes, realizan ejercicios excesivos por más de dos horas diarias, toman supresores del apetito, o toman diuréticos.

Uso de sustancias

La generación de indicadores acerca del uso de sustancias obliga a considerar no sólo a los cuadros clínicos diagnosticables sino a condiciones más sutiles susceptibles a intervenciones en niveles iniciales. En este sentido son importantes, desde el punto de vista de la vigilancia epidemiológica, la prevalencia de consumos en general, la edad de inicio y las conductas alcohólicas riesgosas, entre otras. En general todos los resultados apuntan a una mayor frecuencia de uso, abuso y dependencia en el género masculino. En la tabla No. 37 observamos que la prevalencia de vida del consumo de sustancias no alcohólicas legales se encuentra en 71,6%, mientras la prevalencia de vida de consumo de sustancias no alcohólicas ilegales se encuentra en un 7,8%. La sustancia no alcohólica legal más consumida alguna vez es el tabaco (69,5%), mientras que la sustancia ilegal más consumida alguna vez es la marihuana (6,3%), seguida de la cocaína con el 3,9% (tabla No. 38). El consumo actual (en la última semana) de sustancias no alcohólicas legales e ilegales se encuentra en un 22,0% y 0,2% respectivamente.

TABLA No. 37
PREVALENCIA DE CONSUMO DE VIDA Y ACTUAL DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS
EN GENERAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA
Y EL CALLAO 2002, INCLUIDO DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

| TIPO DE SUSTANCIAS Y PERÍODO | TOTAL % | Masculino % | Femenino % |
|---|------------|----------------|---------------|
| PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS EN GENERAL (LEGALES E ILEGALES) | 71,6 | 86,0 | 58,0 |
| PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS LEGALES | 70,8 | 85,2 | 57,2 |
| PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS ILEGALES | 7,8 | 14,3 | 1,8 |
| PREVALENCIA ACTUAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS EN GENERAL (LEGALES E ILEGALES) | 22,5 | 31,7 | 13,9 |
| PREVALENCIA ACTUAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES | 22,0 | 31,2 | 13,4 |
| PREVALENCIA ACTUAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES | 0,2 | 0,4 | 0,0 |

TABLA No. 38
PREVALENCIA DE CONSUMO DE VIDA DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS LEGALES E
ILEGALES EN LA POBLACIÓN DE LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO 2002,
INCLUIDO DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

| TIPO DE SUSTANCIAS * | TOTAL % | Masculino % | Femenino % |
|--|------------|----------------|---------------|
| PREVALENCIA DE VIDA DEL CONSUMO DE TABACO | 69,5 | 84,1 | 56,2 |
| PREVALENCIA DE VIDA DEL CONSUMO DE TRANQUILIZANTES | 2,4 | 2,0 | 2,7 |
| PREVALENCIA DE VIDA DEL CONSUMO DE ESTIMULANTES | 0,6 | 0,3 | 0,9 |
| PREVALENCIA DE VIDA DEL CONSUMO DE HOJA DE COCA | 5,5 | 8,4 | 2,9 |
| PREVALENCIA DE VIDA DEL CONSUMO DE MARIHUANA | 6,3 | 11,5 | 1,3 |
| PREVALENCIA DE VIDA DEL CONSUMO DE COCAÍNA | 3,9 | 7,5 | 0,6 |

* Se refiere al consumo de sustancias por placer o recreación, no se refiere al consumo de alguna sustancia con fines médicos, como puede ser el caso de los tranquilizantes o algunos estimulantes.

En cuanto al inicio del consumo de las distintas sustancias (tabla No. 39) se aprecia que la edad de inicio de la mayoría de los entrevistados se encuentra entre los 17 y 20 años. Sin embargo, se debe evaluar esta edad de inicio con respecto a la población adulta, por lo que no es representativa necesariamente de los patrones de consumo actuales.

TABLA No. 39
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS EN LA POBLACIÓN
DE LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO 2002

| TIPO DE SUSTANCIA* | Media | Mediana | Moda | Min | Max |
|--|-------|---------|------|------|------|
| EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO | 18,46 | 18,0 | 18,0 | 7,0 | 68,0 |
| EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES | 30,88 | 26,0 | 25,0 | 15,0 | 69,0 |
| EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ESTIMULANTES | 23,06 | 25,0 | 25,0 | 16,0 | 35,0 |
| EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PBC | 19,25 | 18,0 | 18,0 | 12,0 | 32,0 |
| EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE COCAÍNA | 20,7 | 19,0 | 22,0 | 10,0 | 50,0 |
| EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE HOJA DE COCA | 22,67 | 20,0 | 18,0 | 6,0 | 57,0 |
| EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE MARIHUANA | 17,81 | 17,0 | 16,0 | 6,0 | 35,0 |
| EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE INHALANTES | 15,78 | 17,0 | 14,0 | 12,0 | 20,0 |

* Se refiere al consumo de sustancias por placer o recreación, no se refiere al consumo de alguna sustancia con fines médicos, como puede ser el caso de los tranquilizantes o algunos estimulantes.

Con respecto a las conductas problemáticas relacionadas al uso de alcohol, se ha definido al bebedor riesgoso como aquel que durante el año, en tres o más ocasiones, ha llegado a beber en menos de tres horas más del equivalente a una botella de vino (ó tres vasos de alcohol fuerte), encontrándose una prevalencia del 21,8%. En lo que respecta al uso de sustancias se ha considerado sólo la prevalencia en el año, siendo la prevalencia más frecuente el abuso o dependencia a alcohol según criterios de investigación de la CIE-10 con un 5,3%, seguido por el tabaco con el 1,9% (tabla No. 39).

TABLA No. 40
PREVALENCIA DE ABUSO Y DEPENDENCIA DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS EN LA POBLACIÓN
DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002, INCLUIDO DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

| TIPO DE SUSTANCIA | TOTAL % | Masculino % | Femenino % |
|---|------------|----------------|---------------|
| PREVALENCIA ANUAL DE BEBEDOR RIESGOSO | 21,8 | 36,0 | 8,5 |
| PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO/DEPENDENCIA A ALCOHOL | 5,3 | 8,5 | 2,2 |
| PREVALENCIA ANUAL DE LA ABUSO/DEPENDENCIA A TABACO | 1,9 | 3,3 | 0,5 |
| PREVALENCIA ANUAL DE LA ABUSO/DEPENDENCIA A COCAÍNA | 0,4 | 0,4 | 0,0 |
| PREVALENCIA ANUAL DE LA DEPENDENCIA A MARIHUANA | 0,15 | 0,3 | 0,0 |
| PREVALENCIA ANUAL DE OTRAS ABUSO/DEPENDENCIAS | 0,4 | 0,6 | 0,0 |
| PREVALENCIA ANUAL DE LA DEPENDENCIA A CUALQUIER SUSTANCIA | 3,0 | 5,3 | 0,7 |

Trastornos Clínicos según Grupos Etarios

La distribución de los trastornos clínicos en forma general es más o menos uniforme no existiendo hallazgos estadísticamente significativos salvo en la prevalencia actual de trastornos depresivos donde encontramos una mayor prevalencia entre los 45 y 64 años (9,3%) y una menor prevalencia entre los 18 y 24 años (3,8%) (tabla No. 41).

TABLA No. 41
PREVALENCIA DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS GENERALES
SEGÚN GRUPOS ETARIOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE
LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES | 18 a 24 años % | 25 a 44 años % | 45 a 64 años % | Mayor de 65 años % |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|
| PREVALENCIA DE SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GENERAL | 29,5 | 26,7 | 26,1 | 17,6 |
| | | | $\chi^2=8,49$ | $g.l.=3$ $p=0,0369$ |
| PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GENERAL | 24,6 | 24,0 | 23,7 | 16,7 |
| PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL | 18,4 | 16,3 | 16,4 | 11,2 |
| PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL | 16,6 | 14,2 | 15,1 | 9,8 |
| PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL | 10,3 | 9,5 | 11,9 | 7,4 |
| PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL, | 3,8 | 6,7 | 9,3 | 6,9 |
| | | | $\chi^2=11,39$ | $g.l.=3$ $p=0,0098$ |

POBREZA Y SALUD MENTAL

La relación entre la pobreza y la salud mental ha sido discutida al inicio de este informe. Uno de los aspectos más importantes a considerar en las políticas sociales es la protección de aquellos grupos humanos más vulnerables. La evaluación de la pobreza en este estudio se basó en preguntas formuladas a la jefa del hogar o esposa del jefe del hogar y a preguntas acerca de las características de la vivienda (o necesidades básicas insatisfechas) y en sobre gastos de consumo y líneas de pobreza. Como hemos visto en las características generales, el último método empleado tiene una aproximación cercana a los complicados métodos estadísticos empleados en estudios del INEI. En este informe presentamos las asociaciones entre estos indicadores y los trastornos clínicos generales. En un reporte posterior se presentarán los análisis más detallados conjuntamente con el método de necesidades básicas insatisfechas. En la tabla No. 42 podemos observar que existe una asociación estadísticamente significativa entre todos los parámetros de salud mental utilizados y la pobreza. En el caso de los trastornos depresivos, esta asociación es más intensa que para los trastornos de ansiedad. Llama mucho la atención la diferencia entre la prevalencia a seis meses de trastornos depresivos del 19,5% en los pobres extremos, frente al 6,6% de los no pobres. En el caso de los trastornos de ansiedad va del 20,1% al 12,9%. Con relación a estos últimos observamos que en el grupo de pobres no extremos existe una tendencia a padecer de más trastornos de ansiedad, lo que podría explicarse a partir de que es un grupo en constante lucha por no sucumbir a la pobreza extrema. La asociación entre pobreza y salud mental es entonces evidente. (tabla No. 42).

TABLA No. 42
PREVALENCIA DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS
GENERALES POR NIVEL DE POBREZA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE
LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES | | % | |
|--|------------|-------------|----------|
| PREVALENCIA GENERAL DE SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO | $p=0,0000$ | $x^2=25,53$ | $g.l.=3$ |
| No cubren ni las necesidades básicas | | | 37,4 |
| Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación | | | 32,0 |
| Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido | | | 24,0 |
| Cubren las necesidades básicas y otras | | | 21,1 |
| PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO | $p=0,0000$ | $x^2=23,36$ | $g.l.=3$ |
| No cubren ni las necesidades básicas | | | 34,2 |
| Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación | | | 28,4 |
| Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido | | | 20,9 |
| Cubren las necesidades básicas y otras | | | 19,4 |
| PREVALENCIA GENERAL A SEIS MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD | $p=0,0068$ | $x^2=12,18$ | $g.l.=3$ |
| No cubren ni las necesidades básicas | | | 20,1 |
| Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación | | | 20,3 |
| Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido | | | 15,1 |
| Cubren las necesidades básicas y otras | | | 12,9 |
| PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD | $p=0,0078$ | $x^2=11,87$ | $g.l.=3$ |
| No cubren ni las necesidades básicas | | | 16,2 |
| Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación | | | 18,4 |
| Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido | | | 13,6 |
| Cubren las necesidades básicas y otras | | | 10,8 |
| PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS, | $p=0,0000$ | $x^2=23,77$ | $g.l.=3$ |
| No cubren ni las necesidades básicas | | | 19,5 |
| Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación | | | 12,6 |
| Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido | | | 8,6 |
| Cubren las necesidades básicas y otras | | | 6,6 |
| PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS, | $p=0,0000$ | $x^2=37,29$ | $g.l.=3$ |
| No cubren ni las necesidades básicas | | | 17,5 |
| Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación | | | 8,7 |
| Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido | | | 4,4 |
| Cubren las necesidades básicas y otras | | | 5,5 |

SALUD MENTAL POR CONOS GEOGRÁFICOS

La distribución de los principales trastornos clínicos por conos geográficos revela ciertas diferencias que aunque no llegan a ser estadísticamente significativas pueden hablar de ciertas tendencias. En este sentido el cono Este tiende a mostrar las cifras más elevadas. Esto podría estar en relación con los distritos más pobres (tabla No. 43),

TABLA No. 43
PREVALENCIA DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS GENERALES POR CONO DE RESIDENCIA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES | CONO NORTE % | CONO CENTRO % | CONO SUR % | CONO ESTE % | CALLAO % |
|--|------------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------|--------------------|
| PREVALENCIA DE SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GENERAL | 24,7 | 22,2 | 26,3 | 32,3 | 29,3 |
| PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GENERAL | 21,6 | 20,2 | 23,1 | 28,5 | 26,7 |
| PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL | 18,3 | 12,9 | 16,0 | 18,2 | 17,5 |
| PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL | 14,4 | 11,7 | 14,5 | 17,6 | 16,1 |
| PREVALENCIA GENERAL A SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS | 8,4 | 8,0 | 11,2 | 13,3 | 9,6 |
| PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL | 5,4 | 5,3 | 7,1 | 9,5 | 6,5 |

SALUD MENTAL POR SECTORIZACIÓN – MINSA

Se ha agregado un análisis de los problemas de trastornos clínicos por áreas de influencia según la sectorización del Ministerio de Salud. No existiendo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, se observa un tendencia al sector C a contener mayores problemas de trastornos mentales. Nuevamente la influencia de distritos pobres puede explicar estos resultados (tabla No. 44).

TABLA No. 44
PREVALENCIA DE SEIS MESES Y ACTUAL TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS GENERALES SEGÚN SECTORIZACIÓN MINSA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES | SECTOR A HVLH | SECTOR B HHV | SECTOR C INSM |
|--|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| PREVALENCIA DE SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GENERAL | 25,7 | 24,9 | 28,2 |
| PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GENERAL | 22,4 | 23,0 | 24,9 |
| PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL | 15,9 | 13,0 | 19,0 |
| PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL | 14,1 | 12,3 | 16,4 |
| PREVALENCIA GENERAL A SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS | 10,1 | 8,8 | 10,8 |
| PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL | 6,1 | 7,0 | 7,0 |

ACCESO A SERVICIOS

La evaluación del acceso a servicios en salud mental encuentra problemas poco comunes al acceso a servicios de problemas físicos generales, debido a que la salud mental está sujeta a muchos prejuicios por parte de la población. Sin embargo, comparte factores influyentes similares pero que se expresan en combinaciones diferentes. El paciente psiquiátrico usualmente no quiere ser reconocido como tal y esto representa de por sí un primer obstáculo. En la presentación de este informe nos vamos al limitar a la presentación de los resultados desde el punto de vista de la demanda sentida, es decir de aquellas personas que han percibido en sí mismas problemas de tipo emocional o mental y que son las que se encuentran en la decisión de buscar o no servicios. Consideramos que en un primer momento, en términos de satisfacer la demanda, es el grupo con el cual los programas sociales pueden empezar a trabajar más rápidamente, de ahí la importancia de su consideración en particular.

Ante la pregunta sobre si alguna vez en su vida ha padecido algún problema de tipo emocional o de los nervios, un 33,8% (demanda sentida) de los pacientes respondió afirmativamente, de estos el 17,5% del total de encuestados identificó su problema en los últimos seis meses. Considerando este último, nuestro período de referencia se encontró que el 24,3% de este grupo acudió en busca de algún tipo de ayuda para resolver este problema (demanda sentida expresada), mientras que el 75,7% no recibió ningún tipo de atención médica (tabla No. 45). Del 24,3% que recibió ayuda el 7,7% acudió a los centros del MINSA, seguido del 7,4% que acudió a ESSALUD. Cabe resaltar que la mayoría de la demanda sentida expresada es atendida a nivel de la atención primaria y un porcentaje menor en los centros psiquiátricos especializados (tabla No. 46). Esto necesariamente trae a cuestión lo adecuado o no de las intervenciones. Hasta donde podemos afirmar, la mayoría (42,0%) recibió algún tipo de medicamento para su problema y un 24,7% recibió psicoterapia (tabla No. 47).

TABLA No. 45
DEMANDA SENTIDA Y EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN DE
LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| DEMANDA | % |
|---|----------|
| DEMANDA SENTIDA DE VIDA EN SALUD MENTAL (CON PROBL. DE SM) | |
| TOTAL | 33,8 |
| MASCULINO | 27,8 |
| Femenino | 39,4 |
| DEMANDA SENTIDA DE SEIS MESES DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL (CON PROBL. DE SM) | |
| TOTAL | 17,5 |
| MASCULINO | 14,0 |
| Femenino | 20,8 |
| DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA) | |
| TOTAL | 24,3 |
| MASCULINO | 20,8 |
| FEMENINO | 26,6 |

TABLA No. 46
LUGARES DE ATENCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO 2002

| LUGAR DE ATENCIÓN | PARCIALES % | TOTALES % |
|---------------------------------------|-------------|--------------------------------|
| • MINSA: | | 7,75 (31,6% de lo atendido) |
| – PUESTOS O CENTROS DE SALUD: | 4,0 | |
| – INSTITUTO U HOSPITAL ESPECIALIZADO: | 1,95 | |
| – HOSPITAL GENERAL: | 1,8 | |
| • ESSALUD: | | 7,4 (30,2% de lo atendido) |
| – POSTA O POLICLÍNICO | 5,0 | |
| – CONSULTORIOS PAAD | 0,1 | |
| – CENTRO DE SALUD MENTAL: | 0,3 | |
| – HOSPITAL GENERAL: | 2,0 | |
| • FFAA: | | 1,9 (7,8% de lo atendido) |
| – HOSPITAL FFAA Y PN: | 1,9 | |
| • PRIVADA | | 3,7 (15,1% de lo atendido) |
| – CLÍNICA PARTICULAR: | 1,8 | |
| – CONSULTORIO PARTICULAR: | 1,9 | |
| • OTROS: | | 3,8 (15,5% de los atendido) |

TABLA No. 47
TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LA DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LA DEMANDA ATENDIDA | MEDICINA | PSICOTERAPIA | CONSEJO | OTRO |
|--|----------|--------------|---------|------|
| TOTAL | 42,0% | 24,7% | 28,9% | 4,4% |

Con relación a los motivos por los cuales la persona no recibió atención alguna por su problema emocional, la mayoría (59,4%) pensaba que lo debía superar sola, seguido de un 43,4% que no acudió por no tener dinero, y en tercer lugar un 36,9% por falta de confianza. Es evidente que los factores culturales juegan un rol muy especial, así como los educativos y los económicos (tabla No. 48).

TABLA No. 48
MOTIVOS PRINCIPALES DE NO ATENCIÓN MÉDICA DE LA DEMANDA SENTIDA EN LA POBLACIÓN DE LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO 2002

| Motivos de no consulta a centro asistencial | Lo debía superar solo | No tenía dinero | Falta de confianza | Duda de manejo por médicos | No sabía donde ir | No me beneficiaría | Por vergüenza |
|---|-----------------------|-----------------|--------------------|----------------------------|-------------------|--------------------|---------------|
| Total | 59,4% | 45,4% | 36,9% | 30,8% | 24,3% | 24,0% | 19,3% |





**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS
MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ
UNIDAS ENCUESTADAS**





CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES UNIDAS O ALGUNAS VEZ UNIDAS ENCUESTADAS

El grupo de mujeres encuestado constó de 1 838 personas, y acorde al diseño técnico de muestreo otorgan una inferencia a 1 480 339 habitantes de Lima Metropolitana y el Callao. Los resultados se presentan en base a la población expandida (tabla No. 49).

TABLA No 49
NÚMERO TOTAL DE LOS ENCUESTADAS

| NÚMERO DE ENCUESTADAS | Frecuencia |
|-----------------------|------------|
| Muestra Total | 1 838 |
| Expandido | 1 460 339 |

EDAD

La edad promedio de las mujeres encuestadas está alrededor de los 43,7 años, con una desviación estándar de 14,0 años, lo cual nos indica una asimetría negativa en la composición de grupos etarios, como se aprecia en la siguiente tabla (tabla No. 50).

TABLA No. 50
EDAD DE LAS MUJERES ENCUESTADAS DEL EEMSM-2002

| GRUPO ETARIO | % |
|------------------|------|
| MENOR DE 18 AÑOS | 0,4 |
| 18 A 24 AÑOS | 5,8 |
| 25 A 44 AÑOS | 50,8 |
| 45 A 64 AÑOS | 33,9 |
| MAYOR DE 64 AÑOS | 9,1 |

ESCOLARIDAD

Se aprecia que el grado de analfabetismo en las mujeres encuestadas es del 5,2% siendo mayor en contraste al género masculino que se apreció en los resultados del módulo de adultos.

El mayor porcentaje de las mujeres entrevistadas refiere tener una instrucción entre primaria y secundaria (64,9%). En el nivel de educación superior la distribución relativa es similar para ambos géneros (tabla No. 51).

TABLA No. 51
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN EL EEMSM-2002

| GRADO DE ESTUDIOS | % |
|---------------------------|------|
| SIN NIVEL | 3,4 |
| INICIAL/ PREESCOLAR | 0,3 |
| PRIMARIA | 24,3 |
| SECUNDARIA | 40,6 |
| BACHILLERATO | 0,4 |
| SUPERIOR NO UNIVERSITARIO | 17,6 |
| SUPERIOR UNIVERSITARIO | 13,4 |

ESTADO CIVIL

En la presente tabla se aprecia que el 80,7% de las mujeres encuestadas refieren encontrarse en situación de unidas (conviviente o casada), siendo este porcentaje mayor en contraste a los adultos. La tasa porcentual de separadas y viudas, 11,7% y 6,8% respectivamente, es mayor en contraste al género masculino de la sección de adultos (tabla No. 52).

TABLA No. 52
ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES ENCUESTADAS DE LIMA Y CALLAO 2002

| ESTADO CIVIL | % |
|--------------|------|
| CONVIVIENTE | 25,4 |
| SEPARADA | 11,7 |
| DIVORCIADA | 25,4 |
| VIUDA | 6,8 |
| CASADA | 55,3 |

OCUPACIÓN

Refieren haber trabajado la semana anterior en un 38,9%, siendo este porcentaje menor en las personas del género masculino (67,4%). Esto pareciera indicar que las mujeres continúan dedicándose con mayor frecuencia a los quehaceres domésticos (tabla No. 53). Las cifras de desempleo llegan al 6,0%.

TABLA No. 53
SITUACIÓN LABORAL DE LAS MUJERES ENCUESTADAS DEL LIMA Y CALLAO 2002

| SITUACIÓN LABORAL | % |
|--|------|
| REALIZA ACTIVIDAD LABORAL EN SEMANA ANTERIOR | 38,9 |
| ESTÁ BUSCANDO TRABAJO | 6,0 |

INGRESOS ECONÓMICOS

Las encuestadas refieren percibir ingresos menores a S/. 300 en un 39,9%; mientras que el 31,3% percibe ingresos entre S/. 301 y S/. 600 y gana más de S/. 1 200 el 10% aproximadamente; siendo estos resultados contrastantes con los del género masculino (tabla No. 54).

TABLA No. 54
PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL EN LOS
ÚLTIMOS TRES MESES (NUEVOS SOLES) EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS
DE LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO 2002

| PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL (NUEVOS SOLES) | % |
|---|------|
| MENOS DE S/. 300 | 39,9 |
| 301 A 600 | 31,8 |
| 601 A 1.200 | 17,7 |
| MÁS DE 1.200 | 10,6 |





**SALUD MENTAL DE LA
MUJER UNIDA Ó
ALGUNA VEZ UNIDA**



ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

Entorno general

Las encuestadas perciben como los principales problemas que enfrenta el país, el desempleo (55,7%), la pobreza (19,9%) y los indicadores de violencia (4,9%). (tabla No. 55). Frente a estos problemas las encuestadas refieren reaccionar con sentimientos de desilusión (22,5%) y amargura/rabia (24,9%) (tabla No. 56).

TABLA No. 55
PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS | Desempleo % | Pobreza % | Corrupción % | Violencia % | Inestabilidad política % | Falta de confianza y liderazgo % | Otros % |
|---|-------------|-----------|--------------|-------------|--------------------------|----------------------------------|---------|
| | 55,7% | 19,9% | 4,1% | 4,9% | 1,3% | 0,8% | 13,3% |

TABLA No. 56
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| Desilusión | Amargura y rabia | Resignación | Indiferencia | Otro |
|------------|------------------|-------------|--------------|-------|
| 22,5% | 24,9% | 5,2% | 2,5% | 44,9% |

Con respecto a la confianza en las autoridades las mujeres encuestadas señalan que “no confían o confían poco” en sus autoridades policiales (64,4%), y “no confían o confían poco” en sus autoridades políticas (91,1%) (tabla No. 57),

TABLA No. 57
CONFIANZA EN AUTORIDADES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| | Nada o Poco | Regular | Mucho |
|-------------------------------------|-------------|---------|-------|
| CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES | 64,4% | 31,9% | 3,7% |
| CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS | 91,1% | 8,6% | 0,4% |

Respecto a la seguridad que perciben de su entorno, las mujeres encuestadas señalan en un gran porcentaje (78,4%) que “no se sienten protegidas o se sienten poco protegidas” por el Estado. Mientras que el 68,8% tiene sentimientos de protección por parte de su familia (tabla No. 58).

TABLA No. 58
SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| | Nada o Poco | Regular | Mucho |
|---|-------------|---------|-------|
| Sentimiento de protección del Estado | 78,4% | 20,0% | 1,6% |
| Sentimiento de protección de la Familia | 11,7% | 19,7% | 68,6% |

Estresores psicosociales

Uno de los estresores psicosociales más identificados por las mujeres encuestadas es el problema económico, representado en un 50% de la población estudiada, así como el estresor que genera los problemas de salud (43%). Siendo también porcentajes significativos los estresores generados por el trabajo o estudio (31,2%), hijos/parientes (33,3%) y por la pareja (20,4%) (tabla No. 59).

TABLA No. 59
ESTRESORES PSICOSOCIALES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| TIPO DE ESTRESOR | Nada o Poco | Regular | Mucho |
|---|-------------|---------|-------|
| MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO O ESTUDIO | 38,4% | 30,4% | 31,2% |
| MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES | 41,1% | 25,6% | 33,3% |
| MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA | 54,8% | 21,2% | 20,4% |
| MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO | 21,6% | 28,4% | 50,0% |
| MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: LA SALUD | 28,2% | 28,8% | 43,0% |

Por otro lado, el 27,8% de las encuestadas refiere haber tenido alguna vez en su vida una experiencia traumática, siendo menor que en el adulto masculino (36,6%).

Estados Anímicos

Al igual que en la sección de adultos se señala que las alternativas de respuestas no son mutuamente excluyentes en una persona entrevistada, teniendo como estados anímicos desfavorables el experimentar tensión (45,6%), tristeza (32,3%), angustia (30,9%), irritabilidad (27,5%) y aburrimiento (22,7%); y como estados anímicos favorables, la alegría (52,3%) y la tranquilidad (43,6%). El indicador preocupación (60,5%) puede entenderse como un estado funcionalmente adaptativo ante problemas propios de la vida cotidiana (tabla No. 60).

TABLA No. 60
ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE
LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS | % |
|--------------------------------------|------|
| TRISTE | 32,3 |
| TENSO | 45,6 |
| ANGUSTIADO | 30,9 |
| IRRITABLE | 27,5 |
| PREOCUPADO | 60,5 |
| TRANQUILO | 48,6 |
| ALEGRE | 52,3 |
| ABURRIDO | 22,7 |
| OTRO | 1,8 |

Satisfacción personal

Con respecto a la satisfacción personal global de las mujeres encuestadas, el 50% experimenta un grado aceptable de satisfacción personal (15 puntos de 20) (tabla No. 61). Y según las áreas de satisfacción personal específica, una gran proporción de las mujeres se describe como regular en su aspecto físico (45,5%), en su nivel intelectual (47,6%) y en sus relaciones sociales (43%). Un número importante se muestra muy insatisfecha con su nivel económico (47,1%) y con su nivel académico o estudios (40,5%) (tabla No. 62).

TABLA No. 61
SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE LIMA METROPOLITANA Y
CALLAO 2002

| Grado de satisfacción personal global (escala de 5 a 20) | Media | Sx. | Mediana | Moda | P25 | P75 |
|--|-------|-----|---------|------|------|------|
| | 14,7 | 2,7 | 15,0 | 15,0 | 13,0 | 17,0 |

TABLA No. 62
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE LIMA METROPOLITANA Y
CALLAO 2002

| ÁREA | Nada o Poco | Regular | Mucho |
|---|-------------|---------|-------|
| GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ASPECTO FÍSICO | 15,7% | 45,5% | 38,7% |
| GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: INTELIGENCIA | 12,7% | 47,6% | 39,8% |
| GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL ECONÓMICO | 47,1% | 44,6% | 8,3% |
| GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ESTUDIOS | 40,5% | 38,0% | 21,5% |
| GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELACIONES SOCIALES | 21,5% | 43,0% | 35,5% |

Satisfacción laboral

Un 50% de las mujeres encuestadas muestra un grado una satisfacción laboral aceptable (tabla No. 63). Y según características específicas de la satisfacción laboral, se describe como muy satisfactorio con las actividades o funciones que realiza (46,6%), satisfactorio con el ambiente físico donde labora (43,5%), satisfactorio con sus compañeros de trabajo (50,6%), regularmente satisfactorio con la carga de trabajo que recibe diariamente (45,7%), satisfactorio con el trato que recibe de sus jefes (50,6%), insatisfactorio con la remuneración que recibe (50,8%) y regularmente satisfactorio con el reconocimiento que recibe (38,5%) (tabla No. 64).

TABLA No. 63
SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| Grado de satisfacción laboral global (escala de 5 a 20) | Media | Sx. | Mediana | Moda | P25 | P75 |
|---|-------|-----|---------|------|------|------|
| | 15,3 | 2,8 | 15,0 | 15,0 | 13,6 | 17,9 |

TABLA No. 64
CARACTERÍSTICAS DE LA SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| ÁREA LABORAL | Nada o Poco | Regular | Mucho |
|---|-------------|---------|-------|
| GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA | 13,6% | 39,9% | 46,6% |
| GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA | 15,0% | 41,5% | 43,5% |
| GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO | 11,4% | 38,0% | 50,6% |
| GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE | 22,9% | 45,7% | 31,4% |
| GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL TRATO QUE RECIBE DE SUS JEFES | 13,5% | 35,9% | 50,6% |
| GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE | 50,8% | 37,5% | 11,6% |
| GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL RECONOCIMIENTO QUE PERCIBE | 24,3% | 38,5% | 37,2% |

Cohesión familiar

El grado de cohesión familiar que refieren las mujeres unidas es significativamente alto, con un puntaje promedio de 18,4 (en una escala de 5 a 20 puntos) considerándose esta característica como un factor resiliente ante problemas que atentan contra la salud mental en el ámbito familiar (tabla No. 65).

TABLA No. 65
COHESIÓN FAMILIAR EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE
LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (escala de 5 a 20) | Media | Sx, | Mediana | Moda | P25 | P75 |
|--|-------|-----|---------|------|------|------|
| | 18,4 | 2,2 | 19,0 | 20,0 | 18,0 | 20,0 |

Calidad de vida

En las mujeres unidas (o alguna vez unidas) se encuentra una calidad de vida promedio regular, puesto que se obtiene un índice de 7,6 puntos (en una escala de 0 a 10 puntos); un buen índice de la calidad de vida es considerado como una característica protectora para la salud mental de las personas (tabla No. 66).

TABLA No. 66
CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE
LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LA MUJER UNIDA (ESCALA DE 1 A 10) | MEDIA | SX, | MEDIANA | MODA | P25 | P75 |
|--|-------|-----|---------|------|-----|-----|
| | 7,6 | 1,4 | 7,7 | 7,6 | 6,8 | 8,6 |

Indicadores suicidas

El pensamiento de índole suicida explora el aspecto cognoscitivo de una potencial conducta suicida, y en las mujeres unidas ha sido significativamente mayor que los adultos masculinos, tanto en la prevalencia de vida (42,3%), prevalencia mensual (5,8%), así como en la prevalencia anual (12,7%) (tabla No. 67).

TABLA No. 67
PENSAMIENTO DE ÍNDOLE SUICIDA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE
LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| PERIODO | TOTAL |
|---|-------|
| PREVALENCIA DE VIDA DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA | 42,3% |
| PREVALENCIA EN EL MES DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA | 5,8% |
| PREVALENCIA EN EL AÑO DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA | 12,7% |

La conducta suicida se refiere al intento suicida, que en el caso de la mujer encuestada tuvo una prevalencia de vida del 8,1%, la prevalencia mensual del 0,2% y la prevalencia anual del 1,0%, siendo mayor que la del adulto masculino en la prevalencia de vida (5,2%) (tabla No. 68).

TABLA No. 68
CONDUCTA SUICIDA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE
LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| PERIODO | TOTAL |
|---|-------|
| PREVALENCIA DE VIDA DE CONDUCTAS SUICIDAS | 8,1% |
| PREVALENCIA EN EL MES DE CONDUCTAS SUICIDAS | 0,2% |
| PREVALENCIA EN EL AÑO DE CONDUCTAS SUICIDAS | 1,0% |

TRASTORNOS CLÍNICOS

Los trastornos clínicos explorados en la mujer encuestada reporta una prevalencia de seis meses del trastorno de ansiedad generalizada de 9,9%, prevalencia actual del trastorno de estrés post traumático de 4,6%, prevalencia a seis meses de trastornos depresivos de 16,3%, prevalencia a seis meses de depresión mayor en 15,4%, prevalencia actual de depresión mayor en 11,4% y prevalencia a seis meses de distimia de 2,3% (tabla No. 69).

TABLA No. 69
TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN EL CIE-10 EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE LIMA
METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| TRASTORNO SEGÚN LA CIE-10 | TOTAL |
|--|-------|
| PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA MUJER UNIDA | 9,9% |
| PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST – TRAUMÁTICO EN LA MUJER UNIDA | 4,6% |
| PREVALENCIA A SEIS MESES DE ALGÚN TRASTORNO DEPRESIVOS EN LA MUJER UNIDA | 16,3% |
| PREVALENCIA A SEIS MESES DEL EPISODIO DEPRESIVO EN LA MUJER UNIDA | 15,4% |
| PREVALENCIA ACTUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO EN LA MUJER UNIDA | 11,4% |
| PREVALENCIA A SEIS MESES DE DISTIMIA EN LA MUJER UNIDA | 2,3% |

ABUSO EN LA MUJER UNIDA

El abuso en la mujer unida o alguna vez unida para este estudio se ha caracterizado tomando como indicadores el haber sido objeto, alguna vez en su vida, de intentos o actos sexuales inapropiados, agresiones físicas, agresiones verbales o situaciones de abandono. La prevalencia de cualquier tipo de abuso alcanza un 65,8%. Esta visión panorámica pone en alerta a los profesionales de prevención e intervención social comunitaria puesto que la herramienta para contrarrestar la magnitud de esta problemática se encuentra en la educación, en los cambios culturales y en la sostenibilidad de los programas sociales.

Maltrato en el periodo de enamoramiento

Las características de maltrato en el período de enamoramiento con la pareja actual (o última pareja) recogen una gama de comportamientos inadecuados siendo las más prevalentes los celos de la pareja (50%), percepción de actitudes machistas (36,8%) y el haber sido muy controladas por sus parejas (34,8%). Otros comportamientos inadecuados significativos son que la pareja le mentía mucho (21,7%), la descuidaba por el consumo de alcohol (21,1%), la engañaba (19,1%), mostraba conductas de indiferencia (15,8%), tenía arranques de violencia (11,3%), le gritaba mucho (9,4%), la maltrataba físicamente (7%) y la forzaba a tener relaciones sexuales (4,9%). Ello invita a una reflexión e intervención transdisciplinaria (tabla No. 70).

TABLA No. 70
CARACTERÍSTICAS DEL MALTRATO DE LA PAREJA ACTUAL EN EL PERÍODO DE ENAMORAMIENTO EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| PREVALENCIA DE MALTRATO GENERAL EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL (O ÚLTIMA PAREJA) | % |
|---|------|
| LE GRITABA MUCHO | 9,4 |
| TENÍA ARRANQUES DE VIOLENCIA | 11,3 |
| LA ENGAÑO | 19,1 |
| LA MALTRATO FÍSICAMENTE | 7,0 |
| LA FORZÓ A RELACIONES SEXUALES | 4,9 |
| SE MOSTRÓ INDIFERENTE | 15,7 |
| LE MENTÍA MUCHO | 21,7 |
| ERA MUY CELOSO | 50,0 |
| LA CONTROLABA MUCHO | 34,8 |
| LA DESCUIDABA POR EL ALCOHOL | 21,1 |
| TENÍA ACTITUDES MACHISTAS | 36,8 |

Asimismo, si se hace una estimación de los maltratos antes citados en mujeres unidas por su actual pareja o última pareja, tenemos que la prevalencia asciende a un 69,6%, cifra muy significativa para este grupo específico, lo cual se traduciría como dos de cada tres mujeres reciben algún maltrato de su pareja actual o última pareja. Este dato señala la magnitud del problema sobre este nivel de violencia (tabla No. 71).

TABLA No. 71
PREVALENCIA DE MALTRATO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO
CON PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE
LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| MALTRATO EN EL PERÍODO DE ENAMORAMIENTO | TOTAL % |
|--|------------|
| PREVALENCIA DE TRATO INADECUADO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA (AL MENOS UN TIPO DE MALTRATO) | 69,6 |
| PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA, | 19,7 |

Cuando analizamos la conductas de violencia sobre la base de los indicadores más tangibles u objetivos que afectan directamente a la mujer unida en el período de enamoramiento con su pareja actual ó última pareja, como los indicadores “le gritaba mucho”, “tenía arranques de violencia”, “la maltrató físicamente” y “la forzó a tener relaciones”, ésta estimación asciende al 19,7% (tabla No. 71).

Abuso hacia la mujer por parte de la pareja actual

Se seleccionó una sub-población de la muestra para determinar aquellas mujeres unidas que tienen una pareja actual, ya sea por matrimonio o convivencia; dicha sub-muestra fué del 80,4% de la muestra total que ponderada o expandida representa a 1 173 935 mujeres unidas de la población (tabla No. 78).

La prevalencia de vida de algún tipo de abuso por parte de la pareja actual es señalada por un 47,0%, comprendiendo los diferentes tipos de abuso físico, psicológico y sexual o por abandono (tabla No. 72). Los tipos de abuso indican que el 41,9% ha sido víctima de insultos, el 26,8% recibió agresiones físicas, el 16% señala haber sido objeto de insultos / humillaciones, el 12% sufrió abandono, y el 9,6% abuso sexual (tabla No. 72).

TABLA No. 72
PREVALENCIA DE VIDA Y TIPOS DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL EN
LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| TIPO DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL | % |
|--|------|
| PREVALENCIA DE VIDA DE ALGÚN ABUSO | 47,0 |
| ABUSO SEXUAL | 9,6 |
| ABUSO FÍSICO | 28,6 |
| INSULTOS | 41,9 |
| CHANTAJES, HUMILLACIONES | 16,0 |
| ABANDONO | 12,0 |

De la población señalada se determinó que las personas que sufren abuso de manera sistemática (una a dos veces por mes) llegan a 21,2% de las mujeres unidas. Esta población necesita la intervención de profesionales especializados debido a que constituye una población de alto riesgo para otros problemas de salud mental no sólo en la mujer sino en el entorno familiar, como trastornos del desarrollo y aprendizaje en los menores hijos, trastornos de personalidad y adicciones en los hijos adolescentes y mayores, así como una perpetuación intergeneracional de la violencia.

En contraste a lo comentado en la tabla No. 71, los mismos indicadores de las características de maltrato durante el período de enamoramiento, pero en la población de mujeres maltratadas actualmente en forma sistemática, ascienden a un 85,3%; se hace evidente que el mantenimiento de una convivencia disfuncional es más perjudicial para la mujer. Pero también sería necesario explorar las características de estas mujeres que aparentemente no poseen la capacidad para romper el vínculo disfuncional inclusive antes del inicio de la convivencia. Una relación entre las conductas violentas sufridas durante el período de enamoramiento y el maltrato sistemático en el período de convivencia con la pareja actual, alcanza un porcentaje de 36,7%; aquí se aprecia que el pensamiento de la mujer violentada de “que la pareja cambiará cuando vivan juntos”, es una creencia irracional puesto que las evidencias señalan que este comportamiento sigue su curso violento contra la mujer (tabla No. 73).

TABLA No. 73
PREVALENCIA Y ANTECEDENTES AL ABUSO SISTEMÁTICO POR PAREJA ACTUAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| ANTECEDENTES AL MALTRATO | TOTAL % |
|---|--|
| PREVALENCIA DE ALGÚN ABUSO SISTEMÁTICO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL (FRECUENCIA DE AL MENOS UNO A DOS POR MES), | 21,2% |
| PREVALENCIA DE TRATO INADECUADO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES), | 85,3% |
| PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES) | 36,7% (versus 10,8% de la mujer sin maltrato sistemático) |

Confianza en autoridades y sentimientos de protección de la mujer maltratada sistemáticamente

De manera similar que en la población general de mujeres unidas o adultos masculinos, aquí también se aprecia que las mujeres maltratadas “no confían o confían poco” en las autoridades policiales (68,5%), y en las autoridades políticas (92,7%) (tabla No.74).

TABLA No. 74
CONFIANZA EN AUTORIDADES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS
DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| AUTORIDADES | Nada o Poco % | Regular % | Mucho % |
|---|------------------|--------------|------------|
| CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES), | 68,5% | 27,8% | 3,6% |
| CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES), | 92,7% | 6,6% | 0,7% |

La percepción de sentimientos de protección por parte de su entorno familiar es menor (59,5%) en comparación a la población general de mujeres unidas (68,8%), mientras que “no se sienten protegidas o se sienten poco protegidas por el Estado” en un 84%, porcentaje mayor en comparación al de las mujeres unidas de la población general (78,4%) (tabla No. 85).

TABLA No. 75
SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS
DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| | Nada o Poco | Regular | Mucho |
|--|-------------|---------|-------|
| SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN DEL ESTADO DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS DOS A DOS VECES POR MES), | 84,2% | 15,4% | 0,4% |
| SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES), | 15,4% | 25,1% | 59,5% |

Estresores psicosociales en la mujer maltratada sistemáticamente

Los estresores psicosociales más identificados por las mujeres maltratadas sistemáticamente son el dinero (57,9%) y la salud (49,1%), siendo similar al de las mujeres unidas en general pero con una mayor severidad del estresor (tabla No,76).

TABLA No. 76
ESTRESORES PSICOSOCIALES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| TIPO DE ESTRESOR | Nada o Poco % | Regular % | Mucho % |
|---|------------------|--------------|------------|
| MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO O ESTUDIO DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES). | 39,2% | 24,8% | 36,0% |
| MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES). | 34,7% | 24,4% | 40,9% |
| MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES). | 36,1% | 27,1% | 36,9% |
| MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES). | 17,6% | 24,5% | 57,9% |
| MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: LA SALUD DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES). | 22,6% | 28,4% | 49,1% |

Sentimientos anímicos prevalentes en la mujer unida maltratada

Los sentimientos anímicos negativos (tensión, tristeza, angustia, irritabilidad y aburrimiento) oscilan entre el 31,8% y el 58,6%, mientras que los sentimientos anímicos positivos (alegría y tranquilidad) oscilan entre 45,5% y 33,7% (tabla No. 77); se evidencia que los estados anímicos negativos son más frecuentes que los positivos. De igual manera el indicador de "preocupado" se encuentra en un 72,6%, lo que señala un estado continuo de movilización emocional (véase tabla No. 61).

Satisfacción personal en la mujer unida maltratada

El grado de satisfacción personal en las mujeres maltratadas sistemáticamente está más disminuida en comparación a la población general de mujeres unidas (14 puntos) (tabla No. 78).

TABLA No. 77
SENTIMIENTOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS DE
LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS ACTUALES EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES). | % |
|--|------|
| TRISTE | 43,9 |
| TENSO | 58,6 |
| ANGUSTIADO | 42,3 |
| IRRITABLE | 37,7 |
| PREOCUPADO | 72,6 |
| TRANQUILO | 33,7 |
| ALEGRE | 45,5 |
| ABURRIDO | 31,8 |
| OTRO | 1,2 |

TABLA No. 78
SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS DE
LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO 2002

| GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE. CON UNA (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES. (escala de 5 a 20) | Media | Sx. | Mediana | Moda | P25 | P 75 |
|--|-------|-----|---------|------|------|------|
| | 13,9 | 2,6 | 14,0 | 15,0 | 12,5 | 16,0 |

Indicadores suicidas en la mujer unida maltratada

Los resultados sobre la ideación suicida en esta población son significativamente mayores que en la población general de mujeres unidas, encontrándose que la prevalencia de vida es del 63,6%, la prevalencia anual de 23,7% y la prevalencia mensual de 12,3% (tabla No. 79a); éstas dos últimas prevalencias son dos veces mayor a la encontrada en la población general de mujeres unidas. (tabla No. 67). Esto mismo ocurre con respecto a la conducta suicida, habiéndose encontrado una prevalencia de vida de 15,4%, una prevalencia mensual de 0,9% y una prevalencia anual de 2,3%. Estos datos son coherentes con los estados anímicos, la situación personal y el contexto en que se desenvuelven estas mujeres. Explorando si las mujeres maltratadas volverían a intentar su conducta suicida, se halló que un 7,9% sí lo consideraría. Esta información sólo merece dotar de apoyo profesional y mejores instrumentos de intervención en prevención secundaria y terciaria a las campañas de salud mental, sin descuido de los programas de prevención primaria en la comunidad (tabla No. 79b).

TABLA No. 79A
IDEACIÓN SUICIDA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| PREVALENCIAS | % |
|---|------|
| PREVALENCIA DE VIDA DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES). | 63,6 |
| PREVALENCIA EN EL MES DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES). | 12,3 |
| PREVALENCIA EN EL AÑO DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES). | 23,7 |

TABLA No. 79B
CONDUCTA SUICIDA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| PREVALENCIAS | % |
|---|---|
| PREVALENCIA DE VIDA DE CONDUCTAS SUICIDAS DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES). | 15,4% |
| PREVALENCIA EN EL MES DE CONDUCTAS SUICIDAS DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES). | 0,9% |
| PREVALENCIA EN EL AÑO DE CONDUCTAS SUICIDAS DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES). | 2,3% |
| PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES). | 1,2% (7,6% DE LAS QUE LO INTENTARON) |

Factores protectores

El grado de cohesión familiar en las mujeres maltratadas sistemáticamente es ligeramente menor que la población de mujeres unidas en general, pero lo interesante es que se mantiene como un elemento de apoyo para el trabajo de la salud mental (tabla No. 80).

TABLA No. 80
COHESIÓN FAMILIAR EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE EN UNA FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES. (ESCALA DE 5 A 20) | MEDIA | Sx. | MEDIANA | MODA | P25 | P75 |
|--|-------|-----|---------|------|------|------|
| | 17,6 | 2,5 | 18,0 | 20,0 | 16,0 | 20,0 |

Calidad de vida en las mujeres maltratadas sistemáticamente

Las mujeres maltratadas sistemáticamente refieren una regular calidad de vida global, siendo este indicador muy importante para el seguimiento de programas sobre promoción de la salud.

TABLA No. 81
CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE EN UNA FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES. (ESCALA DE 1 A 10) | MEDIA | Sx. | MEDIANA | MODA | P25 | P75 |
|--|-------|-----|---------|------|-----|-----|
| | 7,2 | 1,4 | 7,3 | 7,7 | 6,3 | 8,3 |

Trastornos clínicos en la mujer maltratada sistemáticamente

Los trastornos clínicos en la mujer maltratada sistemáticamente están sumamente elevados en todos los indicadores. Cualquier programa debería incluir un afronte especial para el problema mental de la mujer maltratada. Los resultados indican una prevalencia de seis meses para el trastorno de ansiedad generalizada de 13,9%, una prevalencia actual del trastorno de estrés post traumático de 6,8%, una prevalencia a seis meses de cualquier trastorno depresivo de 29,2%, una prevalencia a seis meses de depresión mayor de 27,4%, prevalencia actual de depresión mayor en 22,1% y prevalencia a 6 meses de distimia de 5,1%; esto contrasta con los indicadores de las mujeres con pareja actual que no son maltratadas sistemáticamente (tabla No. 82).

TABLA No. 82
TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS DE
LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| TRASTORNO CLÍNICO | % |
|--|---|
| PREVALENCIA DE SEIS MESES DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES). | 13.9% (<i>versús</i> 9.6% sin maltrato sistemático) $X^2 = 4.41 \quad p = 0.0363$ |
| PREVALENCIA ACTUAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES). | 6.8% (<i>versús</i> 3.9% sin maltrato sistemático) $X^2 = 4.90 \quad p = 0.0274$ |
| PREVALENCIA GENERAL DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES). | 29.2% (<i>versús</i> 10.7% sin maltrato sistemático) $X^2 = 62.95 \quad p = 0.0000$ |
| PREVALENCIA DE SEIS MESES DEL EPISODIO DEPRESIVO EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES). | 27.4% (<i>versús</i> 10.1% sin maltrato sistemático) $X^2 = 57.07 \quad p = 0.0000$ |
| PREVALENCIA ACTUAL DL EPISODIO DEPRESIVO EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES). | 22.1% (<i>versús</i> 6.9% sin maltrato sistemático) $X^2 = 60.98 \quad p = 0.0000$ |
| PREVALENCIA DE SEIS MESES DE DISTIMIA EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNAS A DOS VECES POR MES). | 5.1% (<i>versús</i> 1.3% sin maltrato sistemático) $X^2 = 18.67 \quad p = 0.0000$ |





**CARACTERÍSTICAS GENERALES
DE LOS ADOLESCENTES
ENCUESTADOS**



CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS

El número de adolescentes encuestados fue de 991 y acorde al diseño técnico de muestreo otorgan una inferencia a 725 951 habitantes de Lima Metropolitana y el Callao; en la muestra se encontraron distribuidos en 50,1% de varones y 49,9% de mujeres (tabla No. 83).

TABLA No 83
NÚMERO TOTAL DE ADOLESCENTES ENCUESTADOS Y
POBLACIÓN PONDERADA EN EL EEMSM-2002

| ENCUESTADOS | Frecuencia | Masculino | Femenino |
|---------------|------------|-----------|----------|
| Muestra Total | 991 | | |
| PONDERADA | 725 951 | 49,9% | 50,1% |

EDAD

La edad promedio de los adultos encuestados está alrededor de los 14,5 años. De acuerdo a los grupos etarios se aprecia que fue conformado para este caso en forma similar entre el grupo de 12 a 14 y 15 a 17 años (tabla No.84).

TABLA No.84
EDAD DE LOS ENCUESTADOS ADOLESCENTES DEL EEMSM-2002

| EDAD PROMEDIO | Media | Desviación Estándar |
|---------------|-----------|---------------------|
| Ponderada | 14,5 | 1,6 |
| GRUPO ETARIO | Ponderado | Sin Ponderar |
| 12 A 14 AÑOS | 51,6 | 18,2% |
| 15 A 17 AÑOS | 48,4 | 52,8% |

ESCOLARIDAD

Se aprecia que el grado de analfabetismo es mucho menor que en los adultos (0,5%). De la muestra en estudio, el mayor porcentaje se encuentra al nivel de educación secundaria (tabla No.85).

TABLA No.85
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS ADOLESCENTES DE LA POBLACIÓN DE LIMA
METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| Grado de Estudios | Total % |
|---------------------------|---------|
| PRIMARIA | 16,0 |
| SECUNDARIA | 80,2 |
| BACHILLERATO | 1,4 |
| SUPERIOR NO UNIVERSITARIO | 1,4 |
| SUPERIOR UNIVERSITARIO | 1,1 |

ESTADO CIVIL

Con respecto al estado civil, el 98,6% de los adolescentes es soltero. Se ha encontrado que el 1,9% de las adolescentes ha tenido por lo menos un embarazo y 0,3% ha pasado por un aborto.

OCUPACIÓN

Es importante evaluar el nivel de ocupación de los adolescentes pues se relaciona muchas veces con los problemas económicos familiares. El que un adolescente trabaje podría mermar su desempeño académico y su salud mental. Un 9% de los adolescentes del Lima se encontraba trabajando la semana anterior (tabla No.86).

TABLA No.86
SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADOLESCENTES DE LA
POBLACIÓN DE LIMA Y CALLAO 2002

| SITUACIÓN LABORAL | Total % |
|----------------------------|---------|
| TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR | 9,0 |
| ESTÁ BUSCANDO TRABAJO | 2,9 |



SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE





ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

La salud mental en el adolescente tiene como característica particular el encontrarse en un proceso de transición hacia la adultez. El éxito de esta etapa determina muchas veces el éxito en la vida. Existen problemas de particular importancia como los trastornos de ansiedad y la depresión que fácilmente pasan inadvertidos por los adultos. Al igual que en el adulto, se ha planteado una serie de preguntas relacionadas a aspectos contextuales tanto a nivel macro, como a nivel del desenvolvimiento social próximo a la persona.

Entorno general

En cuanto a los problemas que enfrenta el país, el adolescente conceptúa como problemas principales el desempleo y la pobreza, seguido de la corrupción, con un 37,5%, 21,2% y 13,0% respectivamente, a diferencia del adulto que casi se concentra en el desempleo (tabla No. 87). Sin embargo, al igual que en el adulto, la mayoría reacciona frente a estos problemas con desilusión, amargura y rabia (tabla No. 88).

TABLA No. 87
PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS POR ADOLESCENTES DE LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO 2002

| PROBLEMAS PERCIBIDOS | Desempleo % | Pobreza % | Corrupción % | Violencia % | Inestabilidad política | Falta de confianza y liderazgo % | Otros |
|----------------------|-------------|-----------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------------|-------|
| | 37,5% | 21,2% | 13,0% | 10,5% | 2,5% | 2,4% | 12,9% |

TABLA No. 88
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES EN ADOLESCENTES DE LA POBLACIÓN DE LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO 2002

| SENTIMIENTOS | Desilusión | Amargura y rabia | Resignación | Indiferencia | Otro |
|--------------|------------|------------------|-------------|--------------|-------|
| Total | 28,5% | 27,2% | 3,9% | 5,5% | 34,9% |

Con respecto a la confianza hacia las autoridades de los adolescentes, la desconfianza es ligeramente menor a la del adulto. La confianza en autoridades políticas es muy baja; esto contrasta con la confianza plena en los maestros (46,5%) y los religiosos (39,1%), por lo que en cualquier programa de intervención debe tenerse en cuenta (tabla No. 89).

TABLA No. 89
CONFIANZA EN AUTORIDADES EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE
DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| | Nada o Poco % | Regular % | Mucho % |
|-------------------------------------|------------------|--------------|------------|
| CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES | 48,6 | 43,1 | 8,3 |
| CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS | 82,2 | 16,3 | 1,5 |
| CONFIANZA EN MAESTROS | 18,1 | 35,4 | 46,5 |
| CONFIANZA EN RELIGIOSOS | 29,4 | 31,6 | 39,1 |

Estresores psicosociales

Con relación a los estresores psicosociales que percibe el adolescente, sin ser tan altos como en el adulto, cabe resaltar aquellos vinculados a la salud (35,0%), los parientes (26,3%) y los estudios (20,7%) (tabla No. 90).

TABLA No.90
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS EN LA POBLACIÓN
ADOLESCENTE DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL | Nada o Poco % | Regular % | Mucho % |
|------------------------------|------------------|--------------|------------|
| TRABAJO O ESTUDIO | 52,2 | 27,1 | 20,7 |
| PARIENTES | 52,7 | 21,0 | 26,3 |
| PAREJA | 72,7 | 17,7 | 9,6 |
| DINERO | 57,8 | 26,6 | 15,6 |
| LA SALUD | 43,6 | 21,4 | 35,0 |
| LA LEY | 90,3 | 6,8 | 2,8 |

Con respecto al nivel de estrés ambiental descrito en la sección de la salud mental del adulto, los adolescentes perciben de manera similar un alto nivel de estrés ambiental (ruidos, ventilación, olores, espacio) en un 42,6% de la población.

Sentimientos anímicos prevalentes

En cuanto a los estados que sin ser por sí mismos patológicos pueden generar repercusiones significativas en la calidad de vida de los adolescentes, los resultados son más positivos que en el adulto, pero aún se mantienen en un nivel significativo. Alrededor del 11,1% y el 22,0% de las personas experimenta significativamente sentimientos negativos (tristeza, tensión, angustia, irritabilidad, y aburrimiento). La tendencia a la preocupación tiende a ser alta, aunque se ha encontrado que tiene connotaciones con tener que asumir la responsabilidad por algo (tabla No. 91).

TABLA No. 91
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN
ADOLESCENTES DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| SENTIMIENTOS ANÍMICOS | TRISTE | TENSO | ANGUSTIADO | IRRITABLE | PREOCUPADO | TRANQUILO | ALEGRE | ABURRIDO | OTRO |
|-----------------------|--------|-------|------------|-----------|------------|-----------|--------|----------|------|
| Total | 4,3% | 18,2% | 11,1% | 17,0% | 33,8% | 68,9% | 74,7% | 22,0% | 1,5% |

Satisfacción personal

La etapa de la adolescencia es muy importante para el desarrollo de una adecuada autoestima, y la satisfacción con lo que somos o hacemos tiene una influencia marcada. En una escala de 5 a 20, el grado de satisfacción personal de los adolescentes encuestados se encuentra en una media de 16,1 (tabla No.92). A diferencia del adulto, el adolescente muestra un leve incremento de insatisfacción en su aspecto físico y en su inteligencia; un 16,1% y 10,9% respectivamente de los adolescentes está muy poco o nada satisfechos con ellos mismos. Al igual que lo que sucede con los adultos la gran proporción se sitúa bajo la categoría de “regular” (entre el 43 y el 53%), con excepción a las áreas de estudios y relaciones sociales. En estos dos contextos la mayoría de los adolescentes muestra mucha satisfacción (tabla No. 93).

TABLA No. 92
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA METROPOLITANA Y
CALLAO 2002

| GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (escala de 5 a 20) | Media | Mediana | Moda | P25 | P75 |
|--|-------|---------|------|------|------|
| Estimados | 16,1 | 16,0 | 15,0 | 15,0 | 18,0 |

TABLA No. 93
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN DE
LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| ÁREA | Nada o Poco % | Regular % | Mucho % |
|---------------------|---------------|-----------|---------|
| ASPECTO FÍSICO | 16,1 | 43,4 | 40,5 |
| INTELIGENCIA | 10,9 | 49,4 | 39,7 |
| NIVEL ECONÓMICO | 28,8 | 53,1 | 18,1 |
| ESTUDIOS | 8,4 | 39,2 | 52,4 |
| RELACIONES SOCIALES | 14,5 | 32,9 | 52,4 |

Satisfacción laboral

Partiendo de la situación real de que muchos adolescentes tienen que trabajar para ayudar a mantener sus hogares, es importante la evaluación de esta área. En lo que respecta a la evaluación global, el grado de satisfacción laboral es similar al del adulto. Sin embargo, en el análisis específico el adolescente

muestra mucha más insatisfacción que el adulto en la carga de trabajo que desarrolla (39,9%), con el ambiente físico donde labora (25,2%), con los compañeros de trabajo (17,8%) y con las funciones que realiza (17,1%). A esto hay que agregar que cerca de un tercio se muestra insatisfecho con la remuneración que percibe. Esto debe llamar la atención sobre posibles desventajas que debe asumir el adolescente por su juventud y falta de experiencia (tablas No. 94 y 95).

TABLA No. 94
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN
ADOLESCENTES DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20) | Media | Mediana | Moda | P25 | P75 |
|---|-------|---------|------|------|------|
| Total | 15,2 | 15,0 | 15,0 | 13,3 | 17,1 |

TABLA No. 95
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA
METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| ASPECTO LABORAL | Nada o Poco | Regular | Mucho |
|--|-------------|---------|-------|
| CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA | 17,1 | 46,1 | 36,8 |
| CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA | 25,2 | 36,9 | 37,9 |
| CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO | 17,8 | 28,4 | 53,8 |
| CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE | 39,9 | 39,6 | 20,5 |
| CON EL TRATO QUE RECIBE DE SUS JEFES | 13,7 | 35,1 | 51,2 |
| CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE | 32,1 | 38,7 | 22,5 |
| CON EL RECONOCIMIENTO QUE PERCIBE | 18,3 | 48,4 | 33,3 |

Calidad de vida

La calidad de vida involucra áreas como el bienestar físico, psicológico, auto-cuidado, funcionamiento ocupacional e interpersonal, sentido de apoyo socio emocional, apoyo comunitario, plenitud personal y satisfacción espiritual. El resultado global del Índice de Calidad de Vida, el cual en una escala de 1 a 10, 10 siendo excelente, se halla en un 7,83, cifra que indica un nivel aceptable. El valor encontrado es ligeramente mejor que en el del adulto y servirá de línea de base para posteriores estudios (tabla No. 96).

TABLA No. 96
CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE
DE LIMA Y CALLAO EN EL AÑO 2002

| CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN (ESCALA DE 1 A 10) | Media | D.S. | Moda | P25 | P75 |
|--|-------|------|------|-----|-----|
| Total | 7,83 | 1,2 | 8,0 | 8,9 | 2,1 |

Aspectos psicopáticos

Las conductas sociopáticas empiezan desde temprana edad, de ahí la importancia de vigilar estas tendencias. Una vez formada la personalidad después de los 18 años es muy difícil alterar el curso de la misma sin intervenciones más intensivas. Recae en padres, maestros y adultos en general la responsabilidad de formar representaciones sociales de respeto y buen trato entre las personas. La permisividad frente a la psicopatía mide la tolerancia de las personas a conductas delictivas como el robo, mientras que las tendencias psicopáticas consideran conductas como la mentira frecuente, la violencia o el robo. La primera se encuentra en 8,6% de la población adolescente y la segunda en 9,9%. Cifras que denotan una importante proporción de adolescentes en estas condiciones (tabla No. 97).

TABLA No. 97
ASPECTOS PSICOPÁTICOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA Y CALLAO 2002

| ASPECTOS PSICOPÁTICOS | % |
|--|-----|
| PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA | 8,6 |
| PREVALENCIA DE TENDENCIAS PSICOPÁTICAS | 9,9 |

Indicadores suicidas

El adolescente se ve expuesto a procesos de cambio que pueden afectar su ánimo y hacerlo proclive a ideas pesimistas acerca de su futuro. Al igual que en el adulto, las tasas de suicidio deben ser una alerta para intervenciones tempranas. En este estudio se ha elegido investigar el pensamiento suicida y el intento suicida como indicadores más sensibles a cambios antes del suicidio consumado. De primera intención observamos que los indicadores en el adolescente son elevados.

En la tabla No. 28 observamos que un 29,1% de la población adolescente alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas, un 15,3% lo ha considerado en el último año y un 6,9% en el último mes. Las cifras desde hace un año son mayores en comparación con las del adulto y más elevadas en el grupo de adolescentes de 15 a 17 años.

Debe llamarnos la atención que siendo la prevalencia de vida del adulto el 30,3%, el adolescente a su corta vida, ya esté alcanzando los niveles actuales del adulto. Podríamos interpretar una tendencia hacia el aumento de estos indicadores.

En cuanto a la conducta suicida del adolescente que denota una afectación más seria, el 3,6% de la población adolescente ha intentado suicidarse alguna vez en su vida y un 2,4% lo habría realizado en el último año. Nuevamente encontramos que los hallazgos del último año son superiores a los del adulto, llegando a 3,2% en el grupo de 15 a 17 años. Esta última cifra debido al tamaño de la muestra y al nivel de precisión debe ser tomado con cautela, sin embargo existe una tendencia. Un 28,0% de la adolescentes que intentaron hacerse daño considera todavía como una posibilidad de solución dicha conducta. Esta cifra es más del doble de la encontrada en los adultos (tabla No. 98).

TABLA No. 98
INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA Y CALLAO 2002

| INDICADORES SUICIDAS | % |
|--|--------------------------------|
| PREVALENCIA DE VIDA DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA | % |
| Total | 29,1 |
| 12 a 14 años | 25,7 |
| 15 a 17 años | 32,7 |
| PREVALENCIA EN EL MES DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA | % |
| Total | 6,8 |
| 12 a 14 años | 6,9 |
| 15 a 17 años | 6,8 |
| PREVALENCIA EN EL AÑO DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA | % |
| Total | 15,3 |
| 12 a 14 años | 12,2 |
| 15 a 17 años | 18,6 |
| PREVALENCIA DE VIDA DE CONDUCTAS SUICIDAS | % |
| Total | 3,6 |
| 12 a 14 años | 2,6 |
| 15 a 17 años | 4,7 |
| PREVALENCIA EN EL MES DE CONDUCTAS SUICIDAS | % |
| Total | 0,4 |
| 12 a 14 años | 0,5 |
| 15 a 17 años | 0,4 |
| PREVALENCIA EN EL AÑO DE CONDUCTAS SUICIDAS | % |
| Total | 2,4 |
| 12 a 14 años | 1,6 |
| 15 a 17 años | 3,2 |
| PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA | % |
| Total | 1,0 (28,0% de los intentos) |
| 12 a 14 años | 0,9 |
| 15 a 17 años | 1,1 |

Según la tabla No. 99 los motivos del deseo y del intento están muy vinculados uno con el otro. En cuanto a los motivos por los cuales los adolescentes piensan o intentan en quitarse la vida resaltan principalmente los problemas con los padres y parientes (55,9 % y 59,1% respectivamente). El problema con los padres es crítico entre los 12 y 14 años. Luego vienen los problemas con los estudios y en tercer lugar problemas económicos. Es importante notar que las causas principales de los indicadores suicidas son encontrados en el mismo hogar.

TABLA No. 99
MOTIVO DEL DESEO O INTENTO SUICIDA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE
LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| TÓPICOS | Años | Motivos de | Motivos de |
|--------------------------------------|---------|-----------------|-------------------|
| | | Deseos suicidas | Intentos suicidas |
| | | % | % |
| Problemas con la autoimagen | Total | 5,4% | 5,6 |
| | 12 a 14 | 3,8 | 9,2 |
| | 15 a 17 | 6,8 | 3,4 |
| Problemas con los Padres | Total | 55,9 | 59,1 |
| | 12 a 14 | 64,0 | 79,6 |
| | 15 a 17 | 49,0 | 47,0 |
| Problemas con Otros parientes | Total | 15,5 | 19,6 |
| | 12 a 14 | 16,1 | 9,4 |
| | 15 a 17 | 15,0 | 25,6 |
| Problemas con la Pareja | Total | 5,9 | 9,6 |
| | 12 a 14 | 0,4 | 9,1 |
| | 15 a 17 | 10,6 | 9,6 |
| Problemas Laborales | Total | 1,1 | 4,9 |
| | 12 a 14 | 0,0 | 0,0 |
| | 15 a 17 | 2,0 | 7,8 |
| Problemas con los Estudios | Total | 16,0 | 12,3 |
| | 12 a 14 | 16,6 | 0,0 |
| | 15 a 17 | 15,5 | 19,6 |
| Problemas con Económicos | Total | 11,3 | 12,4 |
| | 12 a 14 | 7,7 | 11,3 |
| | 15 a 17 | 14,3 | 13,0 |
| Problemas con la Salud física | Total | 5,3 | 1,9 |
| | 12 a 14 | 5,7 | 0,0 |
| | 15 a 17 | 5,0 | 3,0 |
| Problemas con Experiencia traumática | Total | 4,9 | 5,5 |
| | 12 a 14 | 3,8 | 0,0 |
| | 15 a 17 | 5,9 | 8,8 |
| OTROS | Total | 13,4 | 16,1 |
| | 12 a 14 | 12,9 | 24,5 |
| | 15 a 17 | 13,9 | 11,2 |

Tendencia hacia la violencia

La violencia es uno de los principales problemas sociales que enfrenta una sociedad. En este caso sólo se ha medido la prevalencia de vida de conductas como peleas con algún tipo de armas, abuso físico a menores, habiéndose hallado que un 23,5% de la población se ha visto involucrado en algún tipo de estas conductas, no existiendo mayores diferencias entre grupos etarios. En cuanto al pensamiento homicida, se hace la misma advertencia anterior debido al tamaño de la muestra, pues las prevalencias aunque relativamente bajas, desde el punto de vista de la población resultan llamativas, pues un 3,2% de la misma las tendría (tabla No. 100).

TABLA No. 100
TENDENCIAS HACIA LA VIOLENCIA EN LA POBLACIÓN
ADOLESCENTE DE LIMA Y CALLAO 2002

| INDICADOR | Años | % |
|--|---------|------|
| PREVALENCIA DE TENDENCIAS VIOLENTAS | Total | 23,5 |
| | 12 a 14 | 23,1 |
| | 15 a 17 | 23,9 |
| PREVALENCIA DE VIDA DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDAS | Total | 3,2 |
| | 12 a 14 | 2,8 |
| | 15 a 17 | 3,6 |
| PREVALENCIA EN EL MES DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDAS | Total | 1,5 |
| PREVALENCIA EN EL AÑO DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDAS | Total | 2,4 |

Factores protectores

Con una muy leve diferencia con el adulto, el grado de cohesión familiar medido a través del respeto y apoyo mutuo, orgullo familiar, o el compartir principios y valores, se encuentra en niveles altos, lo que es un factor positivo ante los otros factores psicosociales que atentan contra la salud mental (tabla No. 101). De la misma manera, el factor religioso es muy importante en la población adolescente (87,4%) y la mayoría opina que la religión ayuda a la solución de problemas (61,4%).

TABLA No. 101
GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE
LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20) | Media | Mediana | Moda | P25 | P75 |
|--|-------|---------|------|------|------|
| Total | 17,6 | 18,0 | 20,0 | 16,0 | 20,0 |

TRASTORNOS CLÍNICOS

En la tabla No. 102 se presentan las prevalencias actuales del síndrome psicótico, el episodio depresivo, la distimia, la fobia social, el trastorno de ansiedad generalizada, la anorexia nervosa y la bulimia nervosa según los criterios de investigación de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). El trastorno clínico más frecuente es el episodio depresivo con un 8,6%, seguido del trastorno de ansiedad generalizada con el 4,2%. Con relación a los trastornos de la conducta alimentaria, si bien las prevalencias son bajas, las conductas de riesgo como crisis bulímicas o conductas bulímicas son altas (7,0% y 3,8 respectivamente).

TABLA No. 102
PREVALENCIA DE ACTUAL DE ALGUNOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO 2002

| Trastornos clínicos según la CIE-10 | Total % |
|--|---------|
| TRASTORNOS PSICÓTICOS* | 1,8 |
| EPISODIO DEPRESIVO | 8,6 |
| DISTIMIA | 0,1 |
| FOBIA SOCIAL | 7,1 |
| TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA** | 4,2 |
| BULIMIA NERVOSA | 0,8 |
| CONDUCTAS BULÍMICAS*** | 3,8 |
| ANOREXIA NERVOSA | 0,1 |
| TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS**** | 8,3 |

* Los criterios del MINI no consideran los trastornos psicóticos a nivel de categorías diagnósticas, sino a nivel de síndromes. Se ha asumido como positivos la presencia de por lo menos cinco de los criterios descritos.

** Los criterios del TAG fueron ajustados al exigirse que la persona explícitamente se sienta generalmente con preocupación y tensión. Se ha utilizado los mismo criterios de investigación que los del adulto.

*** Conductas bulímicas se refiere a haber tenido por lo menos dos crisis bulímicas por semana en los últimos tres meses.

**** Se refiere a personas que con la finalidad de perder peso o bien se inducen al vómito, o toman laxantes, o realizan ejercicios excesivos por más de dos horas diarias, o toman supresores del apetito, o toman diuréticos.

Uso de sustancias

En el adolescente la información sobre el inicio de consumo es mucho más exacta que en el adulto y la comparación con el mismo puede ayudar a establecer tendencias. Al igual que en el adulto, las cifras son mayores para el género masculino en comparación al femenino. El consumo de alcohol aventaja a todos los demás tipos de consumo, siendo su prevalencia de vida el 68,4% y la prevalencia en el mes de 21,6%. Con relación a conductas problemáticas se encuentra una prevalencia en el mes de embriaguez alcohólica del 4,5%. Es de notar que un 33,1% de los encuestados identifica en su consumo de alcohol por lo menos una conducta relacionada al abuso (tabla No. 103). Observamos que la prevalencia de vida del consumo de sustancias no alcohólicas legales se encuentra en 70,9%, mientras la prevalencia de vida de consumo de sustancias no alcohólicas ilegales se encuentra en un 2,6%. La sustancia no alcohólica legal más consumida alguna vez es el tabaco (30,4%), mientras que la sustancia ilegal más consumida alguna vez es la marihuana (2,3%) (tabla No. 104).

TABLA No. 103
PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002, INCLUIDO DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

| Tipo de sustancias y período | Total % | Masculino % | Femenino % |
|--|---------|-------------|------------|
| Prevalencia de vida de consumo de alcohol | 68,4 | 72,5 | 64,3 |
| PREVALENCIA DE MES DE CONSUMO DE ALCOHOL | 21,6 | 25,1 | 18,0 |
| PREVALENCIA DE MES DE EMBRIAGUEZ ALCOHÓLICA | 4,5 | 7,1 | 1,9 |
| PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS UNA CONDUCTA) | 33,1 | 35,0 | 31,3 |
| PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS DOS CONDUCTAS) | 5,0 | 3,5 | 0,5 |
| PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS TRES CONDUCTAS) | 2,0 | 3,5 | 0,5 |

TABLA No. 104
PREVALENCIA DE CONSUMO DE VIDA DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS LEGALES E ILEGALES EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002, INCLUIDO DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

| TIPO DE SUSTANCIA | TOTAL % | MASCULINO % | FEMENINO % |
|--|---------|-------------|------------|
| PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS LEGALES | 70,9 | 74,4 | 67,4 |
| PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS ILEGALES | 2,6 | 4,1 | 1,0 |
| PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TABACO | 30,4 | 36,8 | 23,8 |
| PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES | 0,6 | 0,3 | 0,8 |
| PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ESTIMULANTES | 0,5 | 0,0 | 1,0 |
| PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE HOJA DE COCA | 1,6 | 0,8 | 0,8 |
| PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE MARIHUANA | 2,3 | 3,6 | 1,0 |
| PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE COCAÍNA | 1,0 | 2,0 | 0,0 |
| PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE INHALANTES | 0,6 | 1,0 | 0,1 |

En cuanto al inicio del consumo de las distintas sustancias (tabla No. 105) se aprecia que la mayoría de los entrevistados empieza su consumo entre los 13 y 14 años. Sin embargo, se debe evaluar esta edad de inicio con respecto a la población adulta, por lo que no representa necesariamente los patrones de consumo actuales (tabla No. 105).

TABLA No. 105
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO 2002

| TIPO DE SUSTANCIA | Media | Mediana | Moda | Min | Max |
|--|-------|---------|------|------|------|
| EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL | 12,5 | 13,0 | 15,0 | 4,0 | 17,0 |
| EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO | 13,3 | 14,0 | 14,0 | 5,0 | 17,0 |
| EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES | 13,9 | 14,0 | 17,0 | 7,0 | 17,0 |
| EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PBC | 14,3 | 15,0 | 15,0 | 12,0 | 15,0 |
| EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE COCAÍNA | 13,5 | 14,0 | 12,0 | 12,0 | 16,0 |
| EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE MARIHUANA | 14,4 | 15,0 | 16,0 | 7,0 | 17,0 |
| EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE INHALANTES | 13,2 | 13,0 | 15,0 | 10,0 | 15,0 |

ABUSO HACIA EL ADOLESCENTE

El adolescente, al igual que el niño y la mujer, se encuentra en serias desventajas e incapacidad de defenderse por sí mismo de las agresiones de personas de su entorno. A pesar que no ha sido uno de los objetivos principales del estudio la evaluación profunda del abuso al adolescente, se presentan algunos datos generales. Más del 50% de la población adolescente ha sufrido algún tipo de abuso en algún momento de su vida. La forma más frecuente de abuso es el psicológico (insultos, agresiones verbales, humillaciones, manipulaciones) con un 41,7%, seguido del abuso físico (golpes, puñetes, empujones en circunstancias desventajosas) en un 27,3% (tabla No. 106).

TABLA No. 106
PREVALENCIA DE VIDA ABUSO HACIA EL ADOLESCENTE EN LA POBLACIÓN DE LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO 2002

| TIPO DE ABUSO | % |
|--|------|
| PREVALENCIA DE CUALQUIER TIPO DE ABUSO (SEXUAL, FÍSICO O EMOCIONAL DEL ADOLESCENTE) EN ALGÚN MOMENTO | 51,8 |
| PREVALENCIA DE ALGÚN ABUSO DE TIPO SEXUAL DEL ADOLESCENTE | 4,1 |
| PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE ABUSO FÍSICO DEL ADOLESCENTE | 27,3 |
| PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE ABUSO PSICOLÓGICO DEL ADOLESCENTE | 41,7 |
| PREVALENCIA DEL ALGÚN ABANDONO DEL ADOLESCENTE | 11,9 |

ACCESO A SERVICIOS

Si los servicios de atención en salud mental para el adulto son insuficientes, aún más problemática es la concerniente a la salud mental del adolescente. Los profesionales especializados en el adolescente son mucho menos que los del adulto. En la evaluación del acceso a servicios en salud mental en adolescentes encontramos los mismos problemas ligados a los prejuicios por parte de la población. Como en el adulto, este informe se va a limitar a la presentación de los resultados desde el punto de vista de la demanda sentida, es decir, aquellos adolescentes que han percibido en sí mismos problemas de tipo emocional o mental en algún momento de sus vidas.

Ante la pregunta sobre si alguna vez en su vida ha padecido de algún problema de tipo emocional o de los nervios, un 29,8% (demanda sentida) de los adolescentes respondió afirmativamente. Considerando este último nuestro período de referencia se encontró que el 16,5% de este grupo acudió en busca de algún tipo de ayuda para resolver este problema (demanda sentida expresada), mientras que el 83,5% no recibió ningún tipo de atención médica (tabla No. 107). Esta cifra es menor a la encontrada en el adulto, probablemente por lo antes expuesto. Del 16,5% que sí recibió ayuda el 7,2% acudió a los centros del MINSA, seguido del 2,7% que acudió a ESSALUD. A diferencia de la demanda sentida expresada por el adulto, la del adolescente se distribuye tanto a nivel de la atención primaria, como en la atención secundaria y terciaria (tabla No,108).

TABLA No. 107
DEMANDA SENTIDA Y EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| DEMANDA | % |
|--|------|
| DEMANDA SENTIDA DE VIDA EN SALUD MENTAL (CON PROBLEMA DE SM) | 29,8 |
| DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA) | 16,5 |

TABLA No. 108
LUGARES DE ATENCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN
SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA Y CALLAO 2002

| LUGAR DE ATENCIÓN | PARCIALES | Totales |
|--------------------------------------|-----------|---------------------------------|
| • MINSA | | 7,2% (43,6% de lo atendido) |
| – PUESTOS O CENTROS DE SALUD: | 2,8% | |
| – INSTITUTO U HOSPITAL ESPECIALIZADO | 2,4% | |
| – HOSPITAL GENERAL | 2,0% | |
| • ESSALUD | | 2,7% (16,4% de lo atendido) |
| – POSTA O POLICLÍNICO | 2,3% | |
| – CONSULTORIOS PAAD | 0,0% | |
| – CENTRO DE SALUD MENTAL | 0,0% | |
| – HOSPITAL GENERAL | 0,4% | |
| • FFAA | | 0,8% (4,8% de lo atendido) |
| – HOSPITAL FFAA Y PN | 0,8% | |
| • PRIVADA | | 1,8% (10,9% de lo atendido) |
| – CLÍNICA PARTICULAR | 1,1% | |
| – CONSULTORIO PARTICULAR | 0,7% | |
| • OTROS | | 4,1% (24,8% de los atendido) |

Con relación a los motivos por los cuales la persona no recibió atención alguna por su problema emocional la mayoría (59,3%) pensaba que lo debía superar sola, en seguida un 42,9% por falta de confianza, un 33,3% que no acudió por no tener dinero, y en cuarto lugar porque dudaba que los médicos pudieran resolver su problema (31,8%). Es evidente al igual que en el adulto que los factores culturales juegan un rol muy especial, así como los educativos y los económicos (tabla No. 109).

TABLA No. 109
MOTIVOS PRINCIPALES DE NO ATENCIÓN MÉDICA DE LA DEMANDA SENTIDA EN LA POBLACIÓN
ADOLESCENTE DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL | % | MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL | % |
|--|-------|--|-------|
| LO DEBÍA SUPERAR SOLO | 59,3% | PADRES NO LO CONSIDERABAN NECESARIO | 18,4% |
| NO TENÍA DINERO | 42,9% | LARGAS LISTAS DE ESPERA | 16,9% |
| FALTA DE CONFIANZA | 33,3% | POR TEMOR A SER VISTO COMO ENFERMO MENTAL | 15,8% |
| DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS | 31,8% | NO EXISTÍA SERVICIOS DE SALUD MENTAL CERCANO | 15,7% |
| NON SABÍA DONDE IR | 30,6% | VECINOS HABLARÍAN MAL | 15,3% |
| NO ME BENEFICIARÍA | 29,1% | NO CUBRÍA SEGURO MÉDICO | 14,8% |
| POR VERGÜENZA | 28,4% | TENÍA DINERO PERO PREFERÍA GASTARLO EN OTRA COSA | 14,8% |





**CARACTERÍSTICAS GENERALES
DE LOS ADULTOS MAYORES
ENCUESTADOS**





CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS

El número de adultos mayores encuestados fue de 632 y acorde al diseño técnico de muestreo otorgan una inferencia a 488 146 habitantes de Lima Metropolitana y el Callao; en la muestra éstas se encontraron distribuidas en 47,1% de varones y 52,9% de mujeres. Los resultados se presentan en base a la población expandida (tabla No. 110).

TABLA No. 110
NÚMERO TOTAL DE LOS ENCUESTADOS ADULTOS MAYORES DEL EEMSM-2002

| ENCUESTADOS | Frecuencia | Masculino | Femenino |
|------------------------------|------------|-----------|----------|
| Muestra Total (Sin ponderar) | 632 | | |
| Expandido | 488 146 | 47,1% | 52,9% |

EDAD

La edad promedio de los adultos encuestados está alrededor de los 69,2 años. De acuerdo a los grupos etarios se aprecia que fue conformado en un mayor porcentaje por el grupos etarios entre los 60 y 74 años (tabla No. 111).

TABLA No. 111
EDAD DE LOS ENCUESTADOS ADULTOS MAYORES DEL EEMSM-2002

| EDAD PROMEDIO | Media |
|----------------------------|------------|
| Ponderada (D. S) | 69,2 (6,9) |
| GRUPO ETARIO | % |
| VIEJO JOVEN (60 A 74 AÑOS) | 77,5 |
| VIEJO VIEJO (75 A 84 AÑOS) | 18,7 |
| MUY VIEJO (85 AÑOS A MÁS) | 3,8 |

ESCOLARIDAD

Se aprecia que el grado de analfabetismo en el adulto mayor es alto (10,8%), a costa del género femenino (17,4%). Esta situación redonda en forma importante en las oportunidades de este grupo y resaltan aspectos de género que intervienen en esta enorme desigualdad (tabla No. 112).

TABLA No. 112
PERSONAS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO
QUE NO SABEN LEER NI ESCRIBIR

| GRADO DE ANALFABETISMO | % |
|------------------------|------|
| TOTAL | 10,8 |
| Masculino | 3,3 |
| Femenino | 17,4 |

De la muestra en estudio, el mayor porcentaje refiere tener una instrucción primaria. En este sentido también se hacen evidentes las diferencias entre el género masculino y femenino. La mujeres tienden a tener un menor nivel de educación (tabla No. 113).

TABLA No. 113
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA
METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| Grado de Estudios | Total % | Masculino % | Femenino % |
|---------------------------|---------|-------------|------------|
| SIN NIVEL | 7,0 | 1,1 | 12,2 |
| INICIAL / PREESCOLAR | 0,1 | 0,0 | 0,2 |
| PRIMARIA | 47,8 | 45,8 | 49,6 |
| SECUNDARIA | 24,8 | 25,4 | 24,2 |
| BACHILLERATO | 0,5 | 0,9 | 0,2 |
| SUPERIOR NO UNIVERSITARIO | 7,6 | 9,0 | 6,3 |
| SUPERIOR UNIVERSITARIO | 12,2 | 17,9 | 7,2 |

ESTADO CIVIL

Con respecto al estado civil el 63,7% de los adultos mayores se encuentra en situación de unido y un 31,2% está separado, divorciado o viudo (tabla No. 114).

TABLA No. 114
ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES DE LIMA Y CALLAO 2002

| ESTADO CIVIL | TOTAL % |
|--------------|---------|
| CONVIVIENTE | 4,7 |
| SEPARADO | 8,4 |
| DIVORCIADO | 1,8 |
| VIUDO | 21,0 |
| CASADO | 59,0 |
| SOLTERO | 5,1 |

OCUPACIÓN

Sólo el 19,4% de los adultos mayores estuvo trabajando la semana anterior. Las cifras de desempleo llegan al 3,5%, siendo de 6,5% para los varones y muy poco para las mujeres. Entre las personas que no están buscando empleo resaltan las amas de casa y los jubilados o rentistas (tabla No. 115).

TABLA No. 115
SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL LIMA Y CALLAO 2002

| SITUACIÓN LABORAL | Total | Masculino | Femenino |
|----------------------------|-------|-----------|----------|
| TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR | 53,0% | 27,5% | 12,1% |
| ESTÁ BUSCANDO TRABAJO | 3,5% | 6,5% | 0,8% |





**SALUD MENTAL
DEL ADULTO MAYOR**





ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

El estudio de la salud mental del adulto mayor ha sido descuidada en nuestro medio y, al igual que los niños y cierto grupo de mujeres, representan grupos vulnerables a problemas de salud mental. La tercera edad representa otra etapa con sus propias crisis y retos para enfrentar la senescencia de la mejor manera posible. Se seguirá el esquema establecido en las otras unidades de análisis.

Estresores psicosociales

Evaluar los estresores psicosociales en la tercera edad es de suma importancia para las medidas de prevención y posible asistencia. De la cifras que aquí se presentan se concluye que la percepción de tensión psicosocial es muy similar a la del adulto con la excepción de tensión por aspectos de salud; alrededor de una cuarta parte de la población adulta mayor pasa por situaciones de alto estrés, siendo mayor en aquellas relacionados a la salud (tabla No. 116).

TABLA No. 116
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL | Nada o Poco | Regular | Mucho |
|------------------------------|-------------|---------|-------|
| TRABAJO O ESTUDIO | 47,1% | 28,6% | 24,1% |
| HIJOS Y PARIENTES | 50,0% | 23,1% | 26,0% |
| PAREJA | 65,8% | 14,4% | 19,9% |
| DINERO | 32,0% | 30,8% | 37,2% |
| LA SALUD | 28,6% | 28,6% | 42,7% |

Sentimientos anímicos prevalentes

En la población adulta mayor de Lima entre el 21 y el 34% de las personas experimenta significativamente sentimientos negativos (tristeza, tensión, angustia, irritabilidad y aburrimiento). Tales cifras son levemente más altas que en los adultos. Cabe resaltar que las mujeres experimentan en mayor proporción que los hombres tales sentimientos (tabla No. 117).

TABLA No. 117
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| SENTIMIENTOS | TRISTE | TENSO | ANGUS- TIADO | IRRI- TABLE | PREOCUPADO | TRANQUILO | ALEGRE | ABURRIDO | OTRO |
|--------------|--------|-------|-----------------|----------------|------------|-----------|--------|----------|------|
| Total | 28,7 | 34,0 | 24,1 | 21,6 | 49,3 | 59,7 | 52,1 | 18,2 | 1,6 |
| Masculino | 21,1 | 28,8 | 17,2 | 18,4 | 39,6 | 63,2 | 54,7 | 15,8 | 1,7 |
| Femenino | 33,8 | 36,5 | 28,8 | 23,2 | 55,0 | 53,2 | 46,5 | 19,4 | 1,4 |

Satisfacción personal

La satisfacción personal con aquello que somos, hacemos o hemos hecho esta en directa relación con el autoestima personal, esto tiene un significado especial en la tercera edad cuando las capacidades van disminuyendo. En una escala de 5 a 20 el grado de satisfacción personal global de los encuestados adultos mayores se encuentra en una media de 14,8 (tabla No. 118), levemente menor que la de los adultos. Con relación a la satisfacción personal específica, resalta la gran proporción de adultos mayores que se muestran insatisfechos con su nivel económico (51,3%) y con sus estudios (41,5%) (tabla No.119),

TABLA No. 118
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN
ADULTA MAYOR DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (escala de 5 a 20) | Media | Mediana | Moda | P25 | P75 |
|--|-------|---------|------|-------|-------|
| Total | 14,8 | 15,0 | 15,0 | 13,0 | 17,0 |
| Masculino | 14,97 | 15,0 | 15,0 | 13,75 | 17,0 |
| Femenino | 14,61 | 15,0 | 15,0 | 13,0 | 16,25 |

TABLA No. 119
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE
LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| AREA | Nada o Poco Regular | Mucho |
|---------------------|---------------------|-------|
| ASPECTO FÍSICO | 12,6% | 37,8% |
| INTELIGENCIA | 12,3% | 39,6% |
| NIVEL ECONÓMICO | 51,3% | 10,5% |
| ESTUDIOS | 41,5% | 25,7% |
| RELACIONES SOCIALES | 19,8% | 41,2% |

Satisfacción laboral

La tercera edad se identifica con jubilación. Sin embargo, en las condiciones actuales muchas personas adultas mayores deben trabajar en aquello que puedan. Es por ello que estimar el grado de satisfacción laboral es un aspecto importante en este grupo poblacional. El grado de satisfacción global deriva de la suma de cada uno de los aspectos específicos evaluados que en el caso de los adultos mayores se encuentra en 15,8, un nivel aceptable desde la perspectiva del propio entrevistado (tablas No. 120 y 121). Desde el punto de vista específico se encuentran indicadores algo mejores que en el adulto, salvo en lo concerniente a la remuneración en que probablemente el adulto mayor asume ciertas desventajas.

TABLA No. 120
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR
DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20) | Media | Mediana | Moda | P25 | P75 |
|---|-------|---------|------|------|------|
| Total | 15,8 | 15,8 | 15,0 | 14,0 | 18,0 |

TABLA No. 121
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE
LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| ASPECTO LABORAL | Nada o Poco | Regular | Mucho |
|---|-------------|---------|-------|
| CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA | 9,6% | 38,6% | 51,7% |
| CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA | 7,3% | 43,0% | 49,7% |
| CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO | 6,6% | 38,8% | 54,6% |
| CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA A DIARIO | 22,2% | 41,3% | 36,5% |
| CON EL TRATO QUE RECIBE DE SUS JEFES | 9,6% | 35,2% | 55,1% |
| CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE | 53,1% | 32,2% | 14,7% |
| CON EL RECONOCIMIENTO QUE PERCIBE | 18,5% | 40,8% | 40,7% |

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es una construcción conceptual que involucra áreas como el bienestar físico, psicológico, auto-cuidado, funcionamiento ocupacional e interpersonal, sentido de apoyo socio emocional, apoyo comunitario, plenitud personal y satisfacción espiritual. A continuación se presenta el resultado global del Índice de Calidad de Vida en el adulto mayor el cual en una escala de 1 a 10, siendo 10 excelente, se halla en un 7,61, cifra similar a la encontrada en los adultos. Sin embargo a nivel del primer cuartil, la población adulta mayor se encuentra en condiciones muy regulares. La cifra encontrada indica un nivel aceptable de calidad de vida desde la perspectiva de la propia persona. Estudios posteriores presentarán los detalles específicos de este indicador en esta población (tabla No. 122).

TABLA No. 122
CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE
LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN (ESCALA DE 1 A 10) | Media | Mediana | Moda | P25 | P75 |
|--|-------|---------|------|-----|-----|
| Total | 7,61 | 7,8 | 8,0 | 5,0 | 7,0 |

Discapacidad o Inhabilidad

En la tercera edad es esperable que se incrementen las discapacidades. Como se indicó antes, la discapacidad o inhabilidad se refiere a la disminución o pérdida de la capacidad para funcionar como persona y adaptarse al medio social y laboral. La diferencia entre ambos se basa en que el primero se relaciona a procesos patológicos físicos o mentales y el segundo no. En este documento presentamos los indicadores globales a nivel de la población general, posteriores reportes presentarán los resultados específicos de la población y los relacionados con la patología psiquiátrica. El nivel global de discapacidad del adulto mayor es levemente más alto que en los adultos, además se encuentra que más de un tercio de la población tiene al menos un grado de discapacidad o inhabilidad leve, siendo mayor para el género femenino (39,3%) (tablas No. 123 y 124). Según la perspectiva del informante, el 18,5% de la población tiene alguna discapacidad física.

TABLA No. 123
NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE
LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO 2002

| NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD (ESCALA DE 5 A 20 DONDE 5 ES AUSENCIA DE DISCAPACIDAD) | Media | Mediana | Moda | P25 | P75 |
|--|-------|---------|------|-----|-----|
| Total | 6,37 | 5,0 | 5,0 | 5,0 | 7,0 |

TABLA No. 124
PORCENTAJE EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA METROPOLITANA Y
EL CALLAO 2002 CON AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD,
INCLUYENDO DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

| AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD | % |
|--|------|
| Total | 37,0 |
| Masculino | 33,9 |
| Femenino | 39,3 |

Indicadores suicidas

El adulto mayor es susceptible a estados anímicos mórbidos que hacen proclive a la persona a pensamientos suicidas. En este estudio se ha elegido investigar el pensamiento suicida y el intento suicida como indicadores más sensibles a cambios antes del suicidio consumado. En la tabla No.125 observamos que un 27,8% de la población adulta mayor alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas, un 12,2% lo ha considerado en el último año y un 6,2% en el último mes. De primera intención observamos que los indicadores del pensamiento suicida son elevados en el último año, inclusive mayores que en el adulto. Asimismo, el género femenino se ve significativamente más afectado que el género masculino, en la mayoría de los casos hasta en una relación de 2 a 1, lo que es congruente con los hallazgos de sentimientos prevalentes y con la presencia de trastornos clínicos como veremos más adelante. En cuanto a la conducta suicida que

denota una afectación más seria, con mayor impacto en la vida de la persona y de sus familiares, el 2,5% de la población ha intentado suicidarse alguna vez en su vida y un 0,3% lo habría realizado en el último año. Esta última cifra debido al tamaño de la muestra y al nivel de precisión debe ser tomado con cautela.

TABLA No. 125
INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA Y CALLAO 2002

| INDICADORES SUICIDAS | % |
|--|------|
| PREVALENCIA DE VIDA DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA | % |
| Total | 27,8 |
| Masculino | 18,8 |
| Femenino | 35,6 |
| PREVALENCIA EN EL MES DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA | % |
| Total | 6,2 |
| Masculino | 3,8 |
| Femenino | 8,3 |
| PREVALENCIA EN EL AÑO DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA | % |
| Total | 12,2 |
| Masculino | 7,1 |
| Femenino | 16,7 |
| PREVALENCIA DE VIDA DE CONDUCTAS SUICIDAS | % |
| Total | 2,5 |
| Masculino | 1,2 |
| Femenino | 3,6 |
| PREVALENCIA EN EL MES DE CONDUCTAS SUICIDAS | % |
| Total | 0,0 |
| PREVALENCIA EN EL AÑO DE CONDUCTAS SUICIDAS | % |
| Total | 0,3 |
| Masculino | 0,3 |
| Femenino | 0,3 |

Factores protectores

El grado de cohesión familiar medido a través del respeto y apoyo mutuo, orgullo familiar; o el compartir principios y valores, se encuentra en niveles altos, lo que es un factor positivo ante los otros factores psicosociales que atentan contra la salud mental. Observemos que en el primer cuartil la evaluación llega a 18 sobre 20. De la misma manera, el factor religioso es muy importante en la población adulta mayor y la mayoría se apoya en el mismo para enfrentar los retos cotidianos que les da la vida. La participación activa se encuentra a niveles más altos en comparación con la de los adultos (23,8%) (tabla No. 126 y 127).

TABLA No. 126
GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE
LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20) | Media | Mediana | Moda | P25 | P75 |
|--|-------|---------|------|------|------|
| Total | 18,5 | 20,0 | 20,0 | 18,0 | 20,0 |
| Masculino | 18,37 | 20,0 | 20,0 | 18,0 | 20,0 |
| Femenino | 18,58 | 20,0 | 20,0 | 18,0 | 20,0 |

TABLA No. 127
TENDENCIAS RELIGIOSAS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE
LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| TENDENCIAS RELIGIOSAS | Dios muy importante | Asiste a Iglesia o Templo | Participa activamente | Lee escrituras religiosas | Trasmite religión a hijos | Religión ayuda a solución de problemas |
|-----------------------|---------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------------|--|
| | % | % | % | % | % | % |
| Total | 90,5% | 80,1% | 23,8% | 60,6% | 78,3% | 82,4% |

Episodio depresivo en el adulto mayor

En la tabla No. 128, se presenta las prevalencias del episodio depresivo según los criterios de investigación de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Para efectos del presente estudio se ha asumido como “viejo joven” a las personas con edades comprendidas entre los 60 y 74 años, “viejo viejo” a las que se encuentran entre los 75 y 84 años y a los “muy viejos” a los mayores de 84 años. En general la mujeres padecen más depresión que los hombres mayores. A su vez la población “vieja vieja” o “muy vieja” es la que más esta expuesta a episodios depresivos. Por lo tanto, se trata de un grupo especial que debe ser estudiado con mayor detenimiento. La prevalencia de depresión actual en el adulto mayor es de 9,8%, la cual es superior a la encontrada en los adultos.

TABLA No. 128
PREVALENCIA ACTUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO DISTRIBUIDO POR GÉNEROS
Y GRUPOS ETARIOS EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE
LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| PREVALENCIA ACTUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO | % |
|---|------|
| Total | 9,8 |
| MASCULINO | 7,0 |
| FEMENINO | 12,3 |
| VIEJO JOVEN | 8,0 |
| VIEJO VIEJO O MUY VIEJO | 15,9 |

ASPECTOS COGNOSCITIVOS EN EL ADULTO MAYOR

Los problemas cognoscitivos representan una de las principales preocupaciones en este grupo de edad que debido al incremento en la esperanza de vida se hace cada vez más evidente. Para efecto de este estudio se empleó el Mini Mental de Folstein y se presentan resultados generales considerando sólo a los adultos mayores con por lo menos ocho años instrucción. En la tabla No. 129, observamos que las áreas más sensibles en el adulto son la memoria inmediata y reciente, donde la media es de 7,89 de un puntaje total de 11; la evaluación global de la escala se encuentra en una media de 23,46 de 30 puntos que la sitúa en nivel de deterioro cognoscitivo dudoso. En la tabla No. 130 se observa claramente que un 10,5% de los adultos mayores presenta un funcionamiento cognoscitivo anormal, si consideramos como anormales a los puntajes menores a 20. Si observamos los resultados por grupos etarios, encontramos que en el grupo de 75 o más años, la cifra de funcionamiento anormal sube a un 30,2%, lo que concuerda con las estadísticas sobre problemas cognoscitivos en la edad avanzada (tabla No. 131).

TABLA No. 129
ASPECTOS COGNOSCITIVOS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR CON OCHO AÑOS O MÁS DE INSTRUCCIÓN EN LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| ASPECTOS COGNOSCITIVOS | Media | Sx. | Mediana | Moda | Mín. | Máx. | P25 | P75 |
|---|-------|------|---------|------|------|------|------|------|
| NIVEL DE ORIENTACIÓN GLOBAL DEL ADULTO MAYOR (MAX. 10 PUNTOS) | 9,43 | 1,18 | 10,0 | 10,0 | 2,0 | 10,0 | 9,0 | 10,0 |
| NIVEL DE MEMORIA INMEDIATA Y RECIENTE DEL ADULTO MAYOR (MAX. 11 PUNTOS) | 7,89 | 2,09 | 9,0 | 10,0 | 3,0 | 10,0 | 7,0 | 10,0 |
| NIVEL DE FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO GLOBAL (MAX. 30 PUNTOS) | 23,46 | 3,79 | 24,0 | 24,0 | 7,0 | 28,0 | 22,0 | 26,0 |

TABLA No. 130
EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN COGNOSCITIVA SEGÚN ESCALA DE FOLSTEIN EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO

| NIVEL DE FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO | % |
|--------------------------------------|------|
| FUNCIÓN COGNOSCITIVA NORMAL (>25) | 32,1 |
| FUNCIÓN COGNOSCITIVA DUDOSA (20-25) | 57,4 |
| FUNCIÓN COGNOSCITIVA ANORMAL (<20) | 10,5 |

TABLA No.131
EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN COGNOSCITIVA SEGÚN ESCALA DE FOLSTEIN EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO POR GRUPOS ETARIOS

| GRUPO ETARIO | NIVEL DE FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO | % |
|--|--------------------------------------|------|
| VIEJO JOVEN (60 A 74 AÑOS) | | |
| | Función cognoscitiva normal (>25) | 34,7 |
| | Función cognoscitiva dudosa (20-25) | 60,6 |
| | Función cognoscitiva anormal (<20) | 5,3 |
| VIEJO VIEJO O MUY VIEJO (75 A MÁS AÑOS) | | |
| | Función cognoscitiva normal (>25) | 23,2 |
| | Función cognoscitiva dudosa (20-25) | 46,1 |
| | Función cognoscitiva anormal (<20) | 30,2 |

MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR

El adulto mayor se encuentra en serias desventajas para defenderse por sí mismo de las agresiones de personas de su entorno. Una cuarta parte de la población adulta mayor ha recibido algún tipo de maltrato en el último año y un 9,8% lo recibe en forma sistemática, es decir una ó dos veces por mes. La forma más frecuente de maltrato es por insultos, agresiones verbales, u ofensas (20,9%) y 8,9 en forma sistemática. Humillaciones, manipulaciones y chantajes se reportan en un 6% al igual que situaciones de abandono o negligencia (como no haber recibido medicinas, ropa adecuada u otras atenciones básicas) (tabla No. 132).

ACCESO A SERVICIOS

En la presentación de este informe nos vamos al limitar a la presentación de los resultados desde el punto de vista de la demanda sentida, es decir de la percepción de aquellos adultos mayores que han observado en sí mismos problemas de tipo emocional o mental y que son los que deciden buscar o no servicios.

Ante la pregunta sobre si ha padecido algún problema de tipo emocional o de los nervios en los últimos seis meses, un 25,2% (demanda sentida) de los pacientes respondió afirmativamente. Considerando este último como nuestro período de referencia se encontró que el 30,3% de este grupo acudió en busca de algún tipo de ayuda para resolver este problema (demanda sentida expresada), mientras que el 69,7% no recibió ningún tipo de atención médica (tabla No. 133). Del 30,3% que sí recibió ayuda el 12,3% acudió a los centros de ESSALUD, mientras que el 9,3% al MINSA. Cabe notar que la mayoría de la demanda sentida expresada es atendida a nivel de hospitales generales (tabla No. 134).

TABLA No.132
PREVALENCIA DE AÑO DE MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR EN LA POBLACIÓN DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

| TIPO DE MALTRATO | % |
|--|----------|
| CUALQUIER TIPO DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR | |
| Total | 24,5 |
| Sistemático* | 9,8 |
| PREVALENCIA A UN AÑO DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR: INTENTOS O ACTOS SEXUALES INAPROPIADOS | |
| Total | 2,7 |
| Sistemático | 0,9 |
| PREVALENCIA A UN AÑO DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR: GOLPES, PUÑETES O EMPUJONES | |
| Total | 9,6 |
| Sistemático | 2,7 |
| PREVALENCIA A UN AÑO DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR: INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS | |
| Total | 20,9 |
| Sistemático | 8,6 |
| PREVALENCIA A UN AÑO DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR: CHANTAJES, MANIPULACIONES O HUMILLACIONES | |
| Total | 6,0 |
| Sistemático | 3,5 |
| PREVALENCIA A UN AÑO DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR: SITUACIÓN DE ABANDONO | |
| Total | 6,0 |
| Sistemático | 2,2 |

* Maltrato Sistemático se refiere al maltrato de tipo respectivo que se da con un frecuencia de por lo menos uno o dos al mes

TABLA No. 133
DEMANDA SENTIDA Y EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO 2002

| DEMANDA SENTIDA DE SEIS MESES DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL (CON PROBL. DE SM) | |
|---|------|
| TOTAL | 25,2 |
| MASCULINO | 22,0 |
| FEMENINO | 28,2 |
| DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA) | |
| TOTAL | 30,3 |
| MASCULINO | 27,7 |
| FEMENINO | 32,2 |

Con relación a los motivos por los cuales la persona no recibió atención alguna por su problema emocional, resaltan los problemas económicos (50,6%), luego el 47,9% pensaba que lo debía superar solo, en seguida un 31,4% no acudió por dudar del manejo por parte de médicos de su problema, y en cuarto lugar un 28,6% por falta de confianza. Es evidente que los factores culturales juegan un rol muy especial, así como los educativos y económicos. Es importante que cerca de una cuarta parte aduce que prefería remedios caseros (tabla No. 135).

TABLA No. 134
LUGARES DE ATENCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO 2002

| LUGAR DE ATENCIÓN | PARCIALES | TOTALES |
|--------------------------------------|-----------|---------------------------------|
| • MINSA | | 9,5% (29,9% de lo atendido) |
| – PUESTOS O CENTROS DE SALUD | 3,0% | |
| – INSTITUTO U HOSPITAL ESPECIALIZADO | 1,4% | |
| – HOSPITAL GENERAL | 4,9% | |
| • ESSALUD | | 12,3% (39,5% de lo atendido) |
| – POSTA O POLICLÍNICO | 4,8% | |
| – CONSULTORIOS PAAD | 0,5% | |
| – CENTRO DE SALUD MENTAL | 0,0% | |
| – HOSPITAL GENERAL | 7,0% | |
| • FFAA | | 1,7% (5,5% de lo atendido) |
| – HOSPITAL FFAA Y PN | 1,7% | |
| • PRIVADA | | 2,4% (7,7% de lo atendido) |
| – CLÍNICA PARTICULAR | 1,5% | |
| – CONSULTORIO PARTICULAR | 0,9% | |
| • OTROS | | 5,4% (17,4% de los atendido) |

TABLA No. 135
MOTIVOS PRINCIPALES DE NO ATENCIÓN MÉDICA DE LA DEMANDA SENTIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO 2002

| Motivos de no consulta a centro asistencial | No tenía dinero % | Lo debía superar solo % | Duda de manejo por médicos % | Falta de confianza % | No sabía donde ir % | Prefería remedios caseros % | No me beneficiaría % |
|---|-------------------|-------------------------|------------------------------|----------------------|---------------------|-----------------------------|----------------------|
| Total | 50,6 | 47,9 | 31,4 | 28,6 | 24,0 | 23,4 | 22,4 |



CONCLUSIONES GENERALES DEL ESTUDIO





ADULTOS

1. Algo más de un tercio de las personas adultas de Lima y Callao se describe como pobre y una sexta parte de ellos correspondería a una pobreza extrema.
2. El grupo etario más prevalente es de 25 a 44 años, predominando las personas casadas y convivientes. Más de la mitad tiene al menos una educación secundaria.
3. Alrededor del 50% de la población considera al desempleo como el problema principal del país y esto se expresa en sentimientos de desilusión, amargura y rabia.
4. Existe una falta de confianza en las autoridades policiales y más aún las autoridades políticas, tanto en varones como en mujeres. Y generan altos sentimientos de seguridad en su entorno familiar mas no el Estado.
5. Uno de los estresores psicosociales que percibe con mayor tensión la población es la relacionada a factores económicos y de salud, pero también le genera estrés el trabajo, estudios, parientes y la pareja. En cada dos de diez personas, los factores ambientales como ruidos, malos olores y problemas de ventilación y falta de espacio son generadores de estresores; también refieren haber tenido experiencias traumáticas (un tercio de la población), principalmente los varones.
6. Más de una cuarta parte de la población percibe significativamente sentimientos anímicos negativos, siendo una tercera parte femenina.
7. Alrededor de una cuarta parte de la población tiene discapacidad o inhabilidad leve para funcionar como persona y adaptarse al medio social y al laboral, siendo similar para ambos géneros.
8. Existe una permisividad a las tendencias psicopáticas en una de diez personas, así como una proporción similar a las tendencias psicopáticas. Los varones refieren tener más experiencia en la prevalencia respecto a tendencias violentas.
9. Tres de diez personas han tenido pensamientos suicidas alguna vez en su vida y por lo menos una de diez personas los ha tenido en el último año. Una de 20 personas ha tenido un intento suicida alguna vez en su vida. Los motivos más relevantes de la tendencia suicida han sido en primer lugar problemas con la pareja y en segundo los problemas económicos.
10. Son factores protectores la cohesión familiar y la afiliación religiosa, expresado tanto en sus creencias como en su práctica.
11. La prevalencia actual (al momento de la entrevista) de un trastorno clínico en la población adulta se da en dos de cada diez personas, siendo los más frecuentes los cuadros de depresión y ansiedad, sin menoscabar los otros cuadros que representarían altas cifras absolutas en términos de casos clínicos para la población de Lima Metropolitana. Al parecer se observa un incremento sustantivo en la prevalencia de la patología ansiosa depresiva en la población de Lima y el Callao en comparación con estudios anteriores.
12. Los trastornos de ansiedad como grupo, son el problema de salud mental más prevalente, seguido por los trastorno depresivos. Como trastorno aislado, el episodio depresivo o de-

presión mayor es el más frecuente.

13. En la temática de las adicciones, las prevalencias de vida son concordantes con los reportes nacionales sobre el uso de sustancias “legales” (alcohol y tabaco), mientras que la prevalencia anual de abuso y dependencia de alcohol es del 5,3%, aunque la conducta de bebedor riesgoso llega a 21,8%, de acuerdo a criterios diagnósticos de la CIE-10.
14. Se encuentran hallazgos que evidencian la relación directa entre la salud mental y el nivel de pobreza, es decir, a mayor pobreza mayor problemas de salud mental.
15. Existiría una mayor prevalencia de problemas de salud mental en el cono Este, aunque ésta no es estadísticamente significativa. (Lo mismo sucede en el sector C del MINSAs).
16. La demanda sentida expresada a seis meses, representa una cuarta parte de la demanda total. Ello indica la necesidad de potenciar las instituciones para los accesos de servicios de salud mental en la población de Lima Metropolitana y el Callao, así como abordar los mitos y creencias sobre la salud mental.

MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS

1. La población estudiada se caracteriza por estar por lo menos la mitad de ellas entre los 25 y 44 años, siendo el estado civil más prevalente el casado ó ser conviviente. Un tercio de ellas realizó un trabajo hasta la semana anterior pero seis de cada cien personas está buscando trabajo. Aproximadamente siete de cada diez personas tienen ingresos menores a los S/.600 . El grado de analfabetismo es mayor en los varones.
2. La mitad de las mujeres acusan como uno de los estresores más altos al factor económico y a la salud; una similar proporción indica tener más sentimientos anímicos negativos (tensa, angustiada, triste, irritable y aburrida) que positivos (alegre y tranquila).
3. Manifiestan tener satisfacción personal en cuanto a su nivel intelectual, aspecto físico y relaciones sociales; pero no tanto con respecto a sus estudios y nivel económico. En el ámbito laboral, su satisfacción es promedio.
4. En cuanto a la cohesión familiar, esta coincide con la confianza que tienen hacia ella, su percepción es de alta cohesión en el seno de la familia. Sin embargo su calidad de vida global refiere ser promedio.
5. Los indicadores suicidas son muy altos en las mujeres unidas, llegando a una prevalencia de vida de más del 40%, más de una de diez mujeres lo consideró en el último año y más de una de cada veinte en el último mes. Una de cada doce mujeres ha intentado suicidarse alguna vez en su vida.
6. En general las mujeres sufren considerablemente más problemas de salud mental que los hombres, convirtiéndose de por sí en un grupo vulnerable. Los trastornos clínicos prevalentes son los transtornos afectivos por depresión, aproximadamente una de cada nueve mujeres unidas sufren depresión y una de cada diez mujeres padece de ansiedad generalizada.
7. Dos terceras partes de las entrevistadas refieren haber sido objeto de algún tipo de abuso en su vida, es decir, dos de cada tres mujeres; siendo el más frecuente la violencia psicológica.
8. El maltrato en la mujer está generado por celos, actitudes machistas, pareja controladora y arranques de violencia. Un hallazgo importante es notar que estas características de maltrato o violencia se han generado desde períodos de enamoramientos con sus parejas.
9. Aproximadamente una de cada cinco mujeres actualmente unidas es sistemáticamente maltratada, es decir, sufre diversas agresiones con una frecuencia de dos a tres veces por mes.
10. Las mujeres maltratadas sistemáticamente indican mayor severidad de los diferentes indicadores que se abordaron en la mujer unida (no sistemáticamente maltratada), siendo los indicadores suicidas los más contrastantes llegando a duplicarse en la frecuencia relativa. Otro indicador importante es el trastorno clínico de la depresión, el cual nos prevé que se deba tomar medidas preventivas y asistenciales en los años venideros.

ADOLESCENTES

1. La población adolescente entrevistada se encuentra entre los 12 y 18 años, con un nivel de educación prioritariamente secundaria. Tres de cada 100 adolescentes se encuentran buscando trabajo.
2. Al igual que en los adultos y mujeres, los adolescentes identifican como problemas del país el desempleo, pobreza, y corrupción, lo cual les genera sentimientos como desilusión, amargura y rabia.
3. Los adolescentes señalan confiar más en sus maestros y religiosos antes que en las autoridades policiales y políticas.
4. Señalan que sus estresores están en función a su salud, los parientes y el estudio, antes que en el dinero, la pareja o las leyes.
5. En lo personal se sienten más satisfechos con los estudios y relaciones sociales y menos satisfechos con el aspecto económico.
6. Los adolescentes que trabajan señalan estar más satisfechos con los compañeros de trabajo y con sus empleadores, en contraste con la carga de trabajo y la remuneración que perciben. Refieren tener una adecuada calidad de vida global.
7. Existe indicios de tolerancia social hacia las conductas psicopáticas en uno de cada doce adolescentes.
8. Los indicadores suicidas en el período de referencia anual son superiores a los del adulto con clara tendencia a empeorar. Uno de siete adolescentes ha presentado deseos suicidas en el último año y acusan como motivos a los problemas con los padres.
9. Al igual que las otras unidades de análisis, la cohesión familiar representa un factor de protección.
10. Se ha encontrado como trastorno clínico más prevalente al episodio depresivo; uno de cada doce adolescentes reúne criterios para este diagnóstico. Esto es coherente con la presencia de indicadores suicidas en la magnitud hallada. En segundo lugar resalta la fobia social.
11. Las sustancias más consumidas son el alcohol y el tabaco, habiéndose iniciado dicho consumo entre los 12 y 13 años; y para sustancias ilegales (marihuana y cocaína) entre los 13 y 14 años.
12. El adolescente es otra de las poblaciones vulnerables objeto de abuso básicamente psicológico, pero también de abuso físico, abandono y abuso sexual. La mitad de la población adolescente ha sido objeto de algún tipo de abuso en su vida.
13. También se encuentran en déficit el acceso a servicios de salud mental, habiendo una falta de cobertura en la atención. De igual modo se evidencian prejuicios sobre la salud mental que en gran medida devienen de la familia, requiriendo urgentemente trabajar en la sensibilización de una cultura de la salud mental.

ADULTO MAYOR

1. Tres cuartas partes de la población adulta mayor se encuentra entre los 60 y 74 años; la escolaridad se encuentra entre la primaria y secundaria, aproximadamente dos terceras partes está casado y dos de cada diez adultos mayores ha enviudado. Aún en esta población específica se percibe la necesidad de continuar trabajando.
2. Los estresores más característicos son la pareja, los parientes y el trabajo. En promedio expresan tener más sentimientos anímicos de tranquilidad y alegría, sin embargo también experimentan tristeza, tensión y angustia.
3. Expresan mayor satisfacción personal por las relaciones sociales y menor satisfacción por el aspecto económico.
4. Los adultos mayores que están trabajando se encuentran más satisfechos con sus empleadores, con los compañeros de trabajo y con la actividad que realizan, y aproximadamente la mitad está insatisfecho con la remuneración que recibe. Sin embargo perciben una aceptable calidad de vida.
5. Aproximadamente un tercio de la población tiene al menos una discapacidad o inhabilidad leve, siendo ésta mayor para el género femenino.
6. Los indicadores suicidas han sido más prevalentes durante el último año, para el adulto mayor que para el adulto, además es el género femenino el que se ve significativamente más afectado.
7. Los factores de protección lo constituyen el grado de cohesión familiar y la práctica religiosa, siendo ésta más marcada que en los adultos.
8. El trastorno clínico depresivo es más prevalente en esta población específica, siendo las mujeres las más afectadas, así como los mayores de 74 años. Uno de siete adultos mayores reúne criterios de episodio depresivo.
9. Las pruebas especializadas señalan que a partir de los 75 años existe un significativo deterioro del estado cognoscitivo en la población adulta mayor. Cerca de un tercio de los mismos tiene una función cognoscitiva anormal.
10. Aproximadamente la cuarta parte de la población adulta mayor ha sido objeto de algún tipo de maltrato en el último año, y aproximadamente uno de cada diez adultos mayores esta sujeto a un maltrato más sistemático (una ó dos veces por mes). La forma más frecuente de maltrato ha sido mediante los insultos, ofensas, humillaciones, manipulaciones, chantajes y abandono o negligencia.
11. El acceso a servicios de salud mental no llega a cubrir las expectativas de esta población, tanto por limitaciones económicas de ésta como por sus creencias y prejuicios sobre la salud mental.





ANEXO A

DESCRIPCIÓN DE LOS MÓDULOS EMPLEADOS EN EL ESTUDIO

PERÍODOS DE REFERENCIA





MÓDULOS UTILIZADOS EN LA ENCUESTA

A. EL CUESTIONARIO EEMSM.00.

MIEMBROS DEL HOGAR, tiene la siguiente estructura:

- **Carátula:** Contiene 15 preguntas de identificación geográfica y muestral, y una sección de registro de miembros
- **Ficha familiar:** Contiene el nombre, edad, parentesco, género, estado civil, si primaria incompleta, si aporta ingresos, si residente habitual, módulos pertinentes según criterios de selección, cita de seleccionados, código de resultado personal y grado de dificultad encontrada.

B. EL CUESTIONARIO EEMSM.01.A, B, C, D.

MÓDULO DATOS GENERALES MUJER UNIDA, ADULTO, ADOLESCENTE, ADULTO MAYOR, tiene la siguiente estructura:

- **Carátula:** Contiene el consentimiento informado, identificación, 10 preguntas de identificación geográfica y muestral
- **Datos demográficos:** 25 preguntas

C. EL CUESTIONARIO EEMSM.02.

MÓDULO DE SALUD INTEGRAL DEL ADULTO, tiene la siguiente estructura:

- **Opinión sobre situación del país:** 2 preguntas
- **Confianza y seguridad:** 2 preguntas
- **Situaciones de estrés:** 1 pregunta (7 áreas)
- **Autoestima:** 1 pregunta (5 áreas)
- **Satisfacción laboral:** 1 pregunta (7 áreas)
- **Asertividad:** 1 pregunta
- **Psicopatía:** 11 preguntas
- **Salud personal física y psicológica general:** 1 pregunta (26 sub-ítems)
- **Indicadores suicidas:** 13 preguntas
- **Indicadores homicidas:** 3 preguntas
- **Aspectos de la dinámica familiar:** 7 preguntas

- **Uso del tiempo libre:** 4 preguntas
- **Vida religiosa:** 4 preguntas
- **Aspectos del entorno:** 2 preguntas
- **Calidad de vida:** 10 preguntas
- **Discapacidad física:** 1 pregunta
- **Funcionamiento adaptativo:** 1 pregunta (5 áreas)

D. EL CUESTIONARIO EEMSM.03,

MÓDULO DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE, tiene la siguiente estructura:

- **Opinión sobre situación del país:** 2 preguntas
- **Confianza:** 1 pregunta
- **Situaciones de estrés:** 1 pregunta (7 áreas)
- **Autoestima:** 1 pregunta (5 áreas)
- **Satisfacción laboral:** 1 pregunta (7 áreas)
- **Aspectos del entorno:** 2 preguntas
- **Acceso a servicios :** 3 preguntas
- **Indicadores suicidas:** 13 preguntas
- **Indicadores homicidas:** 3 preguntas
- **Uso de sustancias:** 12 preguntas
- **Psicopatía:** 9 preguntas
- **Solidaridad:** 1 pregunta
- **Asertividad:** 1 pregunta
- **Salud psicológica general:** 1 pregunta (26 sub-ítems)
- **Aspectos de la dinámica familiar:** 5 preguntas
- **Vida sexual:** 9 preguntas
- **Uso de tiempo libre:** 4 preguntas
- **Vida religiosa:** 3 preguntas
- **Calidad de vida:** 10 preguntas

- **Discapacidad física:** 1 pregunta
- **Funcionamiento adaptativo:** 1 pregunta (5 áreas)
- **Problemas sobre trastornos clínicos:** 35 preguntas

E. EL CUESTIONARIO EEMSM.04,

MÓDULO DE SÍNDROMES CLÍNICOS A, tiene la siguiente estructura:

- **Trastornos de ansiedad:** 37 preguntas
- **Trastornos afectivos:** 17 preguntas
- **Trastorno psicóticos:** 5 preguntas

F. EL CUESTIONARIO EEMSM.05,

MÓDULO DE SÍNDROMES CLÍNICOS B, tiene la siguiente estructura:

- **Trastornos de la alimentación:** 27 preguntas
- **Trastornos adictivos:** 17 preguntas
- **Trastorno psicóticos:** 22 preguntas

G. EL CUESTIONARIO EEMSM.06,

MÓDULO DE ACCESO A SERVICIOS, tiene la siguiente estructura:

- **Acceso a servicios de salud mental:** 25 preguntas
- **Conocimiento y prejuicios sobre la salud mental:** 1 pregunta
- **Relaciones de género:** 1 pregunta
- **Soporte familiar:** 1 pregunta
- **Acceso a servicios de salud física:** 5 preguntas

H. EL CUESTIONARIO EEMSM.07.

MÓDULO DE RELACIONES INTRAFAMILIARES, tiene la siguiente estructura:

- **Aspectos socioeconómicos:** 13 preguntas

- **Violencia contra la mujer:** 32 preguntas
- **Violencia contra los niños:** 20 preguntas
- **Conducta alimentaria del adolescente:** 6 preguntas
- **Estilos parentales:** 5 preguntas
- **Conducta adictiva enmascarada de familiar adulto:** 6 preguntas

I. EL CUESTIONARIO EEMSM.08.

MÓDULO DEL ADULTO MAYOR, tiene la siguiente estructura:

- **Autoestima:** 1 pregunta
- **Satisfacción laboral:** 1 pregunta (7 áreas)
- **Situaciones de estrés:** 1 pregunta (5 áreas)
- **Salud personal física y acceso:** 8 preguntas
- **Salud psicológica general:** 1 pregunta (26 sub-items)
- **Aspectos de dinámica familiar:** 1 pregunta
- **Violencia contra el adulto mayor:** 8 preguntas
- **Vida religiosa:** 4 preguntas
- **Calidad de vida:** 10 preguntas
- **Discapacidad física:** 1 pregunta
- **Funcionamiento adaptativo:** 1 pregunta (5 áreas)

J. EL CUESTIONARIO EEMSM.09.

MÓDULO DE FUNCIONES COGNOSCITIVAS, tiene la siguiente estructura:

- **Orientación:** 10 preguntas
- **Memoria:** 3 preguntas
- **Concentración:** 1 pregunta
- **Agnosia:** 2 preguntas
- **Comprensión:** 4 preguntas
- **Disgrafía:** 1 pregunta
- **Construcción visoespacial:** 1 pregunta

PERÍODOS DE REFERENCIA

Los períodos de referencia para las variables a investigarse han sido los siguientes:

- **Variables demográficas y socioeconómicas**
 - a. Características de la vivienda
 - i. Día de la entrevista
 - b. Educación
 - i. Día de la entrevista
 - c. Empleo e ingreso familiar
 - i. Tres meses anteriores
 - d. Ingresos y capacidad para cubrir necesidades básicas
 - i. Mes anterior
- **Aspectos de salud mental general**
 - a. Autoestima
 - i. Últimos tres meses
 - b. Rasgos psicopáticos
 - i. Día de entrevista
 - ii. Últimos doce meses
 - iii. De vida
 - c. Problemas de la conducta alimentaria
 - i. Últimos doce meses
 - d. Confianza
 - i. Día de la entrevista
 - e. Cohesión familiar
 - i. Últimos doce meses
 - f. Sensación de soporte social
 - i. Día de la entrevista
 - g. Sensación de seguridad ciudadana
 - i. Día de la entrevista

- h. Calidad de vida
 - i. Último mes
- i. Funcionamiento personal, laboral, social, familiar
 - i. Último mes
- j. Nivel de conocimiento sobre aspectos de salud mental
 - i. Día de la entrevista
- k. Problemas de género
 - i. Día de la entrevista
- **Funcionamiento cognoscitivo**
 - a. Día de la entrevista
- **Violencia familiar**
 - a. Violencia hacia la mujer
 - i. Últimos doce meses
 - b. Violencia hacia el niño
 - i. De vida
- **Trastornos clínicos psiquiátricos según la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de enfermedades Décima Edición (CIE-10)**
 - a. Trastornos de ansiedad
 - i. Agorafobia
 - 1. De vida, seis meses y actual
 - ii. Trastorno de pánico
 - 1. De vida, seis meses y actual
 - iii. Fobia social
 - 1. De vida, seis meses y actual
 - iv. Trastorno obsesivo-compulsivo
 - 1. De vida, seis meses y actual
 - v. Ansiedad generalizada
 - 1. De vida, actual (últimos seis meses)

- vi. Estado de estrés postraumático
 - 1. De vida , actual
- b. Trastornos afectivos
 - i. Episodio depresivo
 - 1. De vida, seis meses, actual
 - ii. Distimia
 - 1. De vida, actual (últimos dos años)
 - iii. Episodio maníaco
 - 1. seis meses, actual + vida entera
- c. Trastornos de la conducta alimentaria
 - i. Bulimia
 - 1. Actual (tres últimos meses)
 - ii. Anorexia nerviosa
 - 1. Actual
- d. Trastorno adictivos
 - i. Alcohol (dependencia/abuso)
 - 1. Actual (últimos doce meses)
 - ii. Drogas (dependencia/abuso)
 - 1. Actual (últimos doce meses)
- e. Episodio psicóticos
 - i. De vida, seis meses y actual
- Acceso a atención servicios de salud mental
 - a. Últimos seis meses.





ANEXO B

ERRORES MUESTRALES























ANEXO C

GLOSARIO DE TÉRMINOS Y DEFINICIONES EMPLEADOS EN EL ESTUDIO





Glosario de Términos y Definiciones

Abuso físico:

Se refiere a haber recibido golpes, puñetes, empujones en circunstancias desventajosas para la persona.

Abuso psicológico:

Se refiere a haber recibido insultos, agresiones verbales, chantajes, manipulaciones o humillaciones.

Abuso sistemático:

Para el presente estudio se ha asumido a aquella persona que por lo menos es abusada en forma física, sexual, psicológica o por negligencia una o dos veces al mes.

Abuso sexual:

Se refiere a haber sido objeto de cualquier acto, intento sexual en contra de la voluntad de la persona, en forma forzada o completamente inapropiada.

Actitudes machistas:

Comportamientos del hombre en donde se resalta la diferencia entre ambos géneros con una superioridad y favoritismo del hombre en ciertas circunstancias, en donde algunas situaciones no están permitidas para las mujeres por prejuicios sociales. Estos comportamientos vienen siendo asignados por la sociedad.

Agorafobia:

Trastorno de ansiedad cuya característica principal es el temor intenso a encontrarse en situaciones de las que escapar resultaría difícil y en las que podría no disponerse de ayuda.

Agresiones verbales:

Es la acción de atacar violentamente a la mujer con palabras a través de insultos, apodos, comentarios hostiles, sátiras o críticas destructivas sobre algún aspecto de su persona, etc.

Alfabetismo:

Es la habilidad para leer y escribir en un idioma cualquiera.

Alto estrés ambiental:

Se refiere a condiciones físicas inadecuadas donde vive la persona y que se caracteriza por mucho el ruido, falta de ventilación, falta de espacio o por la presencia de malos olores.

Anorexia nerviosa:

trastorno de la conducta alimenticia en que la persona realiza comportamientos destinados a perder peso, rehusando mantener su peso corporal en el mínimo normal.

Ansiedad:

la anticipación aprehensiva de que algo malo pueda ocurrir como un peligro futuro o una desgracia. Se acompaña de sentimientos de tristeza o irritabilidad o síntomas somáticos de tensión. El foco del peligro anticipado puede ser interno o externo. En esta pregunta lleva implícito la búsqueda de manifestaciones de algunos de los trastornos de ansiedad.

Arranques de violencia:

Empezar abruptamente un comportamiento perturbador y agresivo desproporcionado o poco coherente con la situación o el estímulo.

Ataque de nervios:

Es una expresión popular de un estado emocional agudo que se caracteriza por ansiedad, desesperación, gritos incontrolable, crisis de llanto, la presencia de síntomas físicos, conductas agresivas verbales o físicas, experiencias disociativas o sensaciones de perder el control.

Bebedor riesgoso:

Se refiere a la persona que durante el año, en tres o más ocasiones, ha llegado a beber en menos de tres horas, más del equivalente a una botella de vino (o de tres vasos de alcohol fuerte).

Bulimia:

Deseo irrefrenable de ingerir una cantidad no controlada y excesiva de alimentos en poco tiempo y en forma repetitiva.

Calidad de vida:

Es una construcción conceptual que involucra áreas como el bienestar físico, psicológico, auto cuidado, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, sentido de apoyo socio emocional, apoyo comunitario, plenitud personal y satisfacción espiritual.

Cohesión familiar:

Se refiere a cuan integrada se siente la persona en su núcleo familiar; si siente que lo respetan, si siente apoyo mutuo, si comparte valores similares y si se siente orgulloso de ella.

Compulsiones:

Comportamientos o actos mentales repetitivos que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente con el fin de reducir el malestar o prevenir eventos negativos.

Conducta Bulímica:

Se refiere a la presencia de crisis bulímicas por lo menos 2 por semana en los últimos 3 meses.

Conducta suicida:

Cualquier intento voluntario de auto lesión.

Conducta vinculada a abuso de alcohol:

se refiere a la presencia de algunas conductas como, haber sentido la necesidad de disminuir la cantidad de bebidas alcohólicas que toma, o haber sido criticado por la forma de beber, o haber tenido problemas en estado de ebriedad, o haber tenido la necesidad de "cortar" la resaca, o de no poder parar de beber, o haber tenido accidentes de tránsito o como peatón, o haber sido golpeado o herido en estado de ebriedad o haber golpeado a alguien.

Concentración:

Fijar la atención con intensidad.

Consejería:

Se refiere a una intervención psicológica puntual en un tema problema específico del paciente y cuya duración va a estar supeditada a la superación de problema. Usualmente son intervenciones cortas a diferencia de la psicoterapia.

Crisis bulímicas:

Comilonas durante las cuales la persona consume grandes cantidades de alimento en poco tiempo.

Chantaje sexual:

Amenaza que se hace para obligar a la persona a tener relaciones sexuales a cambio de algo .

Chantaje:

Acto de conseguir algo u obligar a hacer algo (dinero, relaciones sexuales, encubrir algún comportamiento, etc.) bajo amenazas difamación o maltrato físico o bajo coerción o supeditando una contra entrega.

Demanda sentida en salud mental:

Se refiere a las personas que identifican en si mismos algún problema emocional o nervioso, se basa en la auto-percepción y no necesariamente es la demanda total pues existen personas que no identifican estar padeciendo problemas de salud mental a pesar de reunir criterios de enfermedad.

Demanda sentida expresada:

Se refiere a las personas que habiendo identificado en sí mismos algún problema emocional o nervioso, acuden en búsqueda de atención al sistema de salud

Depresión mayor:

Se caracteriza por el ánimo triste, la pérdida de interés por lo que antes despertaba entusiasmo. La incapacidad de disfrutar y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse los síntomas más típicos de la depresión. Lo excesivo denota que la depresión está presente gran parte del día y por un tiempo generalmente superior a las dos semanas. Es sinónimo de episodio depresivo.

Discapacidad:

Se refiere a dificultades en mantener regularmente el aseo personal, en desempeñar eficientemente sus ocupaciones, cumplir adecuadamente las funciones dentro de la familia, de relacionarse socialmente y de organizara la propia vida.

Disgustado:

Sentimiento de pesadumbre e inquietud causado por una contrariedad.

Empujones:

Impulso dado con fuerza y agresión para apartar o mover a la mujer .

Estrés:

Situación de un individuo o de alguno de sus órganos o aparatos, que, por exigir de ellos un rendimiento superior al normal, lo supone en riesgo próximo a enfermar. Se refiere a un estado de tensión muy comúnmente asociada al enfrentamiento de los problemas cotidianos o con la dificultad del manejo de éstos problemas. Frecuentemente se asocia a síntomas somáticos como problemas gastrointestinales, cefaleas, tensión muscular, etc.

Excesiva preocupación:

La persona no puede dejar de pensar en el o los problemas aún así se lo proponga. Frecuentemente la persona pierde el sueño debido a estas preocupaciones. Lleva implícito la búsqueda de síntomas correspondientes al trastorno de ansiedad generalizada.

Experiencias traumáticas:

Positiva a la pregunta de haber sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático alguna vez en su vida.

Fobia social:

Trastorno de ansiedad caracterizado por el intenso temor y evitación de situaciones de exposición e interacción.

Género:

Se refiere a los roles o funciones femenino o masculino que vienen asignados por la sociedad o cultura de una lugar.

Hogar familiar:

Es el conjunto de personas, sean o no parientes (padres, hijos solteros, hijos casados, hermanos, tíos, etc.) que ocupan en su totalidad o en parte la vivienda, comparten las comidas principales y atienden en común otras necesidades vitales. Se incluye también en este grupo a las personas a quienes el jefe considera que son miembros del hogar, por razones de afecto (ahijados, compadres, padrinos, etc). Por excepción se considera Hogar al constituido por una sola persona.

Humillaciones:

Conseguir o intentar devaluar a otra persona en su autoestima a través de críticas destructivas ya sean públicas o privadas.

Indiferente:

Mostrar poca importancia e interés por la persona. De alguna manera, involucra descuido y abandono por parte de la pareja.

Insultos obscenos:

Son ofensas hacia la mujer con palabras o acciones impuras de contenido sexual.

Integridad física:

Estado físico sin alteración o lesión.

Irracional:

No razonable o sensato.

Irritabilidad:

Que siente enfado violento o excitación.

Manipulación:

Conseguir algún beneficio a través de medios areros como con críticas negativas o destructivas o condicionantes emocionales.

Menosprecio:

Devaluar la autoestima de otra persona a través de actitudes hostiles y agresivas.

Necesidades básicas:

Involucran las necesidades primarias a las que toda persona tiene derecho. Las conforman la alimentación, la salud, el vestido, la vivienda, y la educación.

Nivel de educación:

Es el año a grado de estudios más alto aprobado por cada persona dentro del nivel de educación regular alcanzado. Comprende los siguientes niveles: Sin Nivel, Inicial/Preescolar, Primaria, Secundaria, Bachillerato, Superior No Universitario, Superior Universitario.

Obsesiones:

En el lenguaje popular implica ideas repetitivas que entrañan tiempo significativo o preocupaciones ruminantes con determinados temas. En términos clínicos implica estados en donde aparecen a la conciencia del sujeto ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental el individuo a costa de mucho sufrimiento.

Ocupación principal:

Es aquella que el informante considera como tal. En caso de duda, cuando el informante tenga dos o más ocupaciones y no puede determinar su ocupación principal, se considera como principal aquella que le produce mayor ingreso, si ambas le producen igual ingreso, se considerará aquella que el informante dedique mayor tiempo.

Pánico:

Es la presencia de un estado generalmente abrupto de ansiedad grave originadas por estímulos externos de cualquier naturaleza, si bien también pueden darse sin motivo aparente. Usualmente el paciente experimenta en un período corto de tiempo la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad. También suele acompañarse de temor a morir.

Paranoia:

Ideas que involucran la sospecha o creencia que la persona está siendo perseguida, amenazada o tratada en forma injusta.

Pensamientos obsesivos:

Pensamientos, impulsos e imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusos e inapropiados, causando ansiedad y malestar significativos.

Permisividad frente a la psicopatía:

Es la persona que tolera los actos que rompen la reglas o el orden como por ejemplo no le importa que roben en una tienda y no hace nada o cree que ante determinadas circunstancias difíciles es permitido robar.

Población Económicamente Activa (PEA):

Comprende a todas las personas de catorce (14) años y más edad que en la semana de referencia se encontraban: a) trabajando, b) no trabajaron pero tenían trabajo, c) se encontraban buscando activamente trabajo.

Pobre:

Se refiere a una persona o familia que puede satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, pero no las demás. El no pobre es que si puede satisfacer todas sus necesidades básicas.

Pobre extremo:

Es la persona o familia que no puede satisfacer ni las necesidades básicas de alimentación.

Potencialidad suicida:

Se refiere a la situación de aquella persona que habiendo intentado suicidarse, considera todavía esa posibilidad como salida.

Preocupado:

Tendencias pensar mucho en un tema con aflicción.

Prevalencia actual:

Se refiere a la presencia de la condición al momento de realizarse la encuesta.

Prevalencia de vida de algún abuso:

Se refiere a si en algún momento de su vida la persona ha sufrido los abusos mencionados.

Prevalencia de embriaguez en el mes:

Se refiere a que por lo menos la persona se ha embriagado una vez en el último mes.

Prevalencia de vida de consumo de sustancias:

Se refiere si alguna vez en su vida ha consumido la sustancia respectiva.

Promedio de ingreso mensual:

Se refiere al promedio de ingreso de los últimos tres meses, sólo se considera la personas con actividades remuneradas.

Psicoterapia:

Tratamiento de las enfermedades, especialmente de las nerviosas, por medio de procedimientos psicológicos.

Separado (de matrimonio o de convivencia):

Es la persona que está separado de su cónyuge y no vive en unión de hecho o convivencia.

Situación social:

Todas aquellas situaciones de exposición e interacción social.

Situaciones de abandono:

Se refiere a situaciones en las cuales la persona no ha sido procurada de medicinas, ropa adecuada, atención médica o de necesidades básicas.

Situaciones de abandono o negligencia:

Son las situaciones en las cuales la mujer no recibe sus alimentos, medicinas, ropa y otras necesidades básicas por descuido o abandono de las personas principalmente responsables de su cuidado.

Soporte familiar:

Se refiere al apoyo o sostén que se percibe de la familia y que se mide a través del grado de consideración e integración de la persona en las decisiones familiares y la disponibilidad de los miembros de la familia para discutir problemas y recibir apoyo durante ellos.

Surmenage:

Término de lenguaje popular que denota excesivo agotamiento físico y mental y que supone la aparición de síntomas generalmente ansiosos o depresivos. Muchos casos de surmenage son depresiones severas.

Sustancias ilegales:

Han sido consideradas la cocaína, la marihuana, el éxtasis, la heroína, y los alucinógenos.

Sustancias legales:

Han sido consideradas el tabaco, los tranquilizantes, pastillas para el dolor de cabeza, jarabe para la tos, estimulantes, la hoja de coca e inhalantes que han sido utilizados con la intención de causar placer, por curiosidad o bajo presión pero no por enfermedad.

Tendencia a problemas alimentarios:

Corresponde a aquellas personas que con la finalidad de perder peso o bien se inducen el vómito, o toman laxantes o realizan excesivo ejercicio por más de dos horas diarias, o toman supresores del apetito o toman diuréticos.

Tendencias psicopáticas:

En la persona que o bien ocasionalmente ha adquirido objetos de muy dudosa procedencia o robados, o ha participado en un robo alguna vez, o miente mucho desde que es adulto o ocasionalmente ha ganado dinero vendiendo cosas de dudosa procedencia o robados.

Tensión:

Actitud y estado del que espera, vigila o tiende a algo con angustia, temor o en un fuerte estado emocional; malestar y sobrecarga emocional y muscular.

Tranquilizantes:

En general se considera aquellos como las benzodiazepinas, los barbitúricos; a efectos del estudio se considera a aquellas personas que las han utilizados con la intención de causar placer, por curiosidad o bajo presión pero no por enfermedad.

Tranquilo:

Sosegado.

Trastorno de ansiedad generalizada:

Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos que se prolongan por más de seis meses.

Trastorno de estrés post traumático:

Trastorno de ansiedad en el que se reexperimenta persistentemente una situación traumática a la que ha sido expuesta la persona.

Trastorno de pánico:

Aparición recurrente e inesperada de crisis temporales y aisladas de miedo o malestar intensos acompañados de agudos síntomas fisiológicos de ansiedad en el período mínimo de un mes.

Trastorno obsesivo compulsivo:

Trastorno de ansiedad que se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones recurrentes, reconocidas como irracionales y exageradas por la persona y que generan malestar e interfieren con el funcionamiento de esta.

Triste:

Animo decaído, tristeza, desánimo.

Violación:

Es una acción sexual violenta que implica relación sexual.



BIBLIOGRAFIA





BIBLIOGRAFIA

- 1 Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. (1997) Salud Mental en el Mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos, pp 1-31
- 2 Robichaud JB, Guay L., Colin C, Pothier M (1994). Les liens entre la pauvreté et la santé mentale: de l'exclusion à l'équité, pp 93-98. Montreal: Gaëtan Morin Editeur.
- 3 Anicama, J.; Vizcardo, S. Carrasco, J. Mayorga, (1999). Estudio epidemiológico Violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana. Oficina General de Epidemiología, Universidad Nacional Federico Villarreal.
- 4 Contradrogas (1999) : Encuesta Nacional sobre Prevención y Uso de Drogas. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Programa de Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, Oficina de Asuntos Antinarcóticos de la Embajada de los Estados Unidos de Norteamérica.
- 5 Perales A. , Sogí C., Sánchez E., Salas R.E. (1995) Salud Mental de una población urbano-marginal de Lima. , en Serie : Monografías de Investigación No2. INSM Honorio Delgado- Hideyo Noguchi", Lima Perú.
- 6 Perales A., Sogí C., Sánchez E., Salas R.E. (1995) Salud Mental en adolescentes del distrito de Magdalena. en Serie : Monografías de Investigación No.4. INSM Honorio Delgado- Hideyo Noguchi", Lima Perú.
- 7 Auccapoma, M. (1996). Análisis situacional de la problemática de violencia y accidentes en el Perú. Oficina General. de Epidemiología de MINSa. Lima.
- 8 INEI (2000); Measure /DHS, Macro International; USAID; UNICEF. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2000
- 9 Spaccarelli, S.; Sandler, I. Y Roosa, M. (1994) : "La historia de la violencia conyugal contra la madre: Los riesgos correlacionados y los efectos únicos en la salud mental del niño". Journal of Psychiatry; Vol 9(1), USA.
- 10 Johnson, E. & Belfer, M. (1995) : "La violencia y el abuso de sustancias: Causa y consecuencia". Journal of Health Care for the Poor and Underserved; Vol 6 (2) USA.
- 11 Johns, A. (1997) : "Abuso de sustancias : Un riesgo primario y un problema importante de comorbilidad". International Review of Psychiatry; Vol 9 (2?3) London.
- 12 Smith, B.; Berthelsen, D. & O'connor, I. (1997) : "El ajuste del niño en familias altamente conflictivas". Child Care, Health and Development; Vol 23 Brisbane. QLD.
- 13 Villanueva, M. (1989) Factores psicológicos asociados a la iniciación y habituación. F. León, Castro de la Mata, (eds). Pasta Básica de cocaína: Un estudio multidisciplinario. CEDRO, 176-208
- 14 Nizama, M (1991) Estudio fenomenológico descriptivo de 120 pacientes dependientes principalmente a pasta básica de cocaína. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis Doctoral. Lima.
- 15 American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). American Psychiatric Press. Washington D.C., 1980.
- 16 Minobe K, Perales A, Sogí C, Warthon D, Lanos R, Sato T. (1990). Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia. Anales de Salud Mental VI: 9-20

- 17 Saavedra, C.A. (1994): Epidemiología de las Dependencias a Sustancias Psicoactivas en el Perú. *Revista de Neuropsiquiatría*, 57:150-169.
- 18 Navarro R. (1989). Desarrollo de un programa de modificación de comportamiento dirigido a la rehabilitación de pacientes dependientes de drogas, tratamiento y seguimiento de 223 casos clínicos. *Psicoactiva*, 6: 3-33.
- 19 Jeri R, Pérez J. Dependencia a la Cocaína en el Perú. Observaciones de un grupo de 616 pacientes. Monografía de Investigación No. 4 CEDRO.
- 20 World Health Organization. International Classification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision (ICD-10). Author: Geneva. 1992.
- 21 United Nations (2000), World Population Prospects. United Nations Population Division Department of Economic and Social Affairs.
- 22 INEI (1995) Proyecciones del Censo de Población 1993. INEI. Lima
- 23 Perales A & Sogí C. (1995) Epidemiología psiquiátrica en el Perú. *Anales de Salud Mental* XI: 9-29.
- 24 Perales A., Sogí C., Sánchez E., Salas RE, Bravo F., Ordóñez C. (1999) Conductas de Riesgo en Adolescentes de Lima, en Serie : Monografías de Investigación No. 7. INSM Honorio Delgado- Hideyo Noguchi", Lima Perú.
- 25 Perales A., Sogí C., Sánchez E., Salas RE, Bravo F., Ordóñez C. (1995) Salud Mental de una Población Urbano-marginal de Lima, en Serie : Monografías de Investigación No. 2. INSM Honorio Delgado- Hideyo Noguchi", Lima Perú.
- 26 OPS-CEPAL: Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. Cuaderno Técnico No 46. 1997. Pág. 45
- 27 U.S. Department of Health and Human Services (1999). The Fundamentals of Mental Health and Mental Illness. En *Mental Health: A Report of the Surgeon General-Executive Summary*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.
- 28 Casas Juan Antonio. Equity, Health and Human Development. CRICS V, La Habana Cuba, Meeting of PAHO/WHO April 24-27
- 29 INEI. Informe Técnico No 002-Abril 2002. Principales resultados de la encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAHO) - IV Trimestre 2001. www.inei.go.pe
- 30 Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A (1997). *Salud Mental en el Mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*, pp 1-31
- 31 Caraveo, J.; Martínez, N.; Rivera, B. (1998) Un modelo para los estudios epidemiológicos sobre la salud mental y la morbilidad psiquiátrica. *Revista de Salud Mental*.
- 32 Torres De Galvis, Y. (1999). Epidemiología de los trastornos psiquiátricos - Estudio Nacional de Colombia. Facultad de Medicina CES. Medellín Colombia.
- 33 Scharager, J. (2002). Diseño y puesta en marcha de un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Washington, USA.

- 34 Mezzich JE, Ruipérez MA, Pérez C, Ion G, Liu J, Mamad S (2000). The Spanish versión of the quality of life index: presentation and validation. *J Nerv Ment Dis*; 188:301-305
- 35 Someya T, Uehara T, Kadowaki M, Sakado K, reist C, Tang SW, Takahashi S. Factor análisis of the EMBU scale in a large sample of Japanese volunteers.
- 36 Folstein SE, McHugh PR (1975): Mini-Mental State, apractical Meted fopr Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12:189-198.
- 37 Lecrubier Y., Weiller E., Hergueta T., Amorim P., Bonora LI, Lépine JP, Sheehan D., Janavs J., Baker R., Shehann KH, Knapp, Sheehan M. I.N.I. (2001) Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.0
- 38 Lama A (2000). Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú. INEI Programa MECOVI-PERU/ BID/BM/CEPAL.





FE DE ERRATAS EEMSM 2002

| Pág. | Línea | Dice | Debe decir |
|------|--------------------|---------------------------------|--|
| 94 | En la cuarta línea | ...y la tranquilidad (43,6%)... | ... y la tranquilidad (48,6%) ... |

| Pág. | Línea | Dice | Debe decir | | | | |
|--|---------------------------------|---|--|-----|---|--|-------------|
| 98 | En la segunda línea del párrafo | ...del trastorno de ansiedad generalizada de 9,9%... Y en la tabla N° 69 | ...del trastorno de ansiedad generalizada de 10,2% ... Y en la tabla N° 69 | | | | |
| | | <table border="1"> <tr> <td>PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA MUJER UNIDA</td> <td style="text-align: center;">9,9</td> </tr> </table> | PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA MUJER UNIDA | 9,9 | <table border="1"> <tr> <td>PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA MUJER UNIDA</td> <td style="text-align: center;">10,2</td> </tr> </table> | PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA MUJER UNIDA | 10,2 |
| PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA MUJER UNIDA | 9,9 | | | | | | |
| PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA MUJER UNIDA | 10,2 | | | | | | |

| Pág. | Línea | Dice | Debe decir |
|------|---------------------|--|---|
| 100 | En la tercera línea | ...el 26,8% recibió agresiones físicas,... | ...el 28,6% recibió agresiones físicas,... |

| Pág. | Línea | Dice | Debe decir |
|------|---------------|---|--|
| 143 | En el párrafo | ...En la tabla No. 129, observamos que las áreas más sensibles en el adulto son la memoria inmediata y reciente, donde la media es de 7,89 de un puntaje total de 11; la evaluación global de la escala se encuentra en una media de 23,46 de 30 puntos que la sitúa en nivel de deterioro cognoscitivo dudoso... | ...En la tabla No. 129, observamos que las áreas más sensibles en el adulto son la memoria inmediata y reciente, donde la media es de 7,89 de un puntaje total de 11; la evaluación global de la escala se encuentra en una media de 25,31 de 30 puntos. Se ha considerado como anormales a los puntajes menores o iguales a 21 (una desviación estándar por debajo de la media). Se ha incluido en la categoría de función cognoscitiva dudosa a aquellas personas cuyo puntaje se sitúa por debajo de la media, entre 22 y 24... |

| Pág. | Línea | Dice | Debe decir | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|------|------|------|--|--|--------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| 143 | En la Tabla N° 129 en la última fila | <table border="1"> <tr> <td>NIVEL DE FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO GLOBAL (MAX. 30 PUNTOS)</td> <td style="text-align: center;">23,46</td> <td style="text-align: center;">3,79</td> <td style="text-align: center;">24,0</td> <td style="text-align: center;">24,0</td> <td style="text-align: center;">7,0</td> <td style="text-align: center;">28,0</td> <td style="text-align: center;">22,0</td> <td style="text-align: center;">26,0</td> </tr> </table> | NIVEL DE FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO GLOBAL (MAX. 30 PUNTOS) | 23,46 | 3,79 | 24,0 | 24,0 | 7,0 | 28,0 | 22,0 | 26,0 | <table border="1"> <tr> <td>NIVEL DE FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO GLOBAL (MAX. 30 PUNTOS)</td> <td style="text-align: center;">25,31</td> <td style="text-align: center;">4,19</td> <td style="text-align: center;">26,0</td> <td style="text-align: center;">26,0</td> <td style="text-align: center;">0,0</td> <td style="text-align: center;">30,0</td> <td style="text-align: center;">24,0</td> <td style="text-align: center;">28,0</td> </tr> </table> | NIVEL DE FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO GLOBAL (MAX. 30 PUNTOS) | 25,31 | 4,19 | 26,0 | 26,0 | 0,0 | 30,0 | 24,0 | 28,0 |
| NIVEL DE FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO GLOBAL (MAX. 30 PUNTOS) | 23,46 | 3,79 | 24,0 | 24,0 | 7,0 | 28,0 | 22,0 | 26,0 | | | | | | | | | | | | | |
| NIVEL DE FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO GLOBAL (MAX. 30 PUNTOS) | 25,31 | 4,19 | 26,0 | 26,0 | 0,0 | 30,0 | 24,0 | 28,0 | | | | | | | | | | | | | |

| Pág. | Línea | Dice | Debe decir | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------|--|-----------------------------------|------|-------------------------------------|------|------------------------------------|------|--|---|-------------|--|-------------|---|------|
| 143 | En la Tabla N° 130 | <table border="1"> <tr> <td>FUNCIÓN COGNOSCITIVA NORMAL (>25)</td> <td style="text-align: center;">32,1</td> </tr> <tr> <td>FUNCIÓN COGNOSCITIVA DUDOSA (20-25)</td> <td style="text-align: center;">57,4</td> </tr> <tr> <td>FUNCIÓN COGNOSCITIVA ANORMAL (<20)</td> <td style="text-align: center;">10,5</td> </tr> </table> | FUNCIÓN COGNOSCITIVA NORMAL (>25) | 32,1 | FUNCIÓN COGNOSCITIVA DUDOSA (20-25) | 57,4 | FUNCIÓN COGNOSCITIVA ANORMAL (<20) | 10,5 | <table border="1"> <tr> <td>FUNCIÓN COGNOSCITIVA NORMAL (>24)</td> <td style="text-align: center;">67,9</td> </tr> <tr> <td>FUNCIÓN COGNOSCITIVA DUDOSA (22-24)</td> <td style="text-align: center;">21,6</td> </tr> <tr> <td>FUNCIÓN COGNOSCITIVA ANORMAL (≤21)</td> <td style="text-align: center;">10,5</td> </tr> </table> | FUNCIÓN COGNOSCITIVA NORMAL (>24) | 67,9 | FUNCIÓN COGNOSCITIVA DUDOSA (22-24) | 21,6 | FUNCIÓN COGNOSCITIVA ANORMAL (≤21) | 10,5 |
| FUNCIÓN COGNOSCITIVA NORMAL (>25) | 32,1 | | | | | | | | | | | | | | |
| FUNCIÓN COGNOSCITIVA DUDOSA (20-25) | 57,4 | | | | | | | | | | | | | | |
| FUNCIÓN COGNOSCITIVA ANORMAL (<20) | 10,5 | | | | | | | | | | | | | | |
| FUNCIÓN COGNOSCITIVA NORMAL (>24) | 67,9 | | | | | | | | | | | | | | |
| FUNCIÓN COGNOSCITIVA DUDOSA (22-24) | 21,6 | | | | | | | | | | | | | | |
| FUNCIÓN COGNOSCITIVA ANORMAL (≤21) | 10,5 | | | | | | | | | | | | | | |

| Pág. | Línea | Dice | Debe decir | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|----------------------------|-----------------------------------|------|-------------------------------------|------|------------------------------------|-----|---|-----------------------------------|------|-------------------------------------|------|------------------------------------|------|---|----------------------------|---|-------------|--|-------------|---|-----|---|---|-------------|--|-------------|---|------|
| 144 | En la Tabla N° 131 | <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">Viejo joven (60 a 74 años)</td> <td>Función cognoscitiva normal (>25)</td> <td style="text-align: center;">34,7</td> </tr> <tr> <td>Función cognoscitiva dudosa (20-25)</td> <td style="text-align: center;">60,0</td> </tr> <tr> <td>Función cognoscitiva anormal (<20)</td> <td style="text-align: center;">5,3</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Viejo viejo o muy viejo (75 a más años)</td> <td>Función cognoscitiva normal (>25)</td> <td style="text-align: center;">23,4</td> </tr> <tr> <td>Función cognoscitiva dudosa (20-25)</td> <td style="text-align: center;">46,4</td> </tr> <tr> <td>Función cognoscitiva anormal (<20)</td> <td style="text-align: center;">30,2</td> </tr> </table> | Viejo joven (60 a 74 años) | Función cognoscitiva normal (>25) | 34,7 | Función cognoscitiva dudosa (20-25) | 60,0 | Función cognoscitiva anormal (<20) | 5,3 | Viejo viejo o muy viejo (75 a más años) | Función cognoscitiva normal (>25) | 23,4 | Función cognoscitiva dudosa (20-25) | 46,4 | Función cognoscitiva anormal (<20) | 30,2 | <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">Viejo joven (60 a 74 años)</td> <td>Función cognoscitiva normal (>24)</td> <td style="text-align: center;">73,3</td> </tr> <tr> <td>Función cognoscitiva dudosa (22-24)</td> <td style="text-align: center;">21,3</td> </tr> <tr> <td>Función cognoscitiva anormal (≤21)</td> <td style="text-align: center;">5,3</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Viejo viejo o muy viejo (75 a más años)</td> <td>Función cognoscitiva normal (>24)</td> <td style="text-align: center;">47,3</td> </tr> <tr> <td>Función cognoscitiva dudosa (22-24)</td> <td style="text-align: center;">22,5</td> </tr> <tr> <td>Función cognoscitiva anormal (≤21)</td> <td style="text-align: center;">30,2</td> </tr> </table> | Viejo joven (60 a 74 años) | Función cognoscitiva normal (>24) | 73,3 | Función cognoscitiva dudosa (22-24) | 21,3 | Función cognoscitiva anormal (≤21) | 5,3 | Viejo viejo o muy viejo (75 a más años) | Función cognoscitiva normal (>24) | 47,3 | Función cognoscitiva dudosa (22-24) | 22,5 | Función cognoscitiva anormal (≤21) | 30,2 |
| Viejo joven (60 a 74 años) | Función cognoscitiva normal (>25) | 34,7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Función cognoscitiva dudosa (20-25) | 60,0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Función cognoscitiva anormal (<20) | 5,3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Viejo viejo o muy viejo (75 a más años) | Función cognoscitiva normal (>25) | 23,4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Función cognoscitiva dudosa (20-25) | 46,4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Función cognoscitiva anormal (<20) | 30,2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Viejo joven (60 a 74 años) | Función cognoscitiva normal (>24) | 73,3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Función cognoscitiva dudosa (22-24) | 21,3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Función cognoscitiva anormal (≤21) | 5,3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Viejo viejo o muy viejo (75 a más años) | Función cognoscitiva normal (>24) | 47,3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Función cognoscitiva dudosa (22-24) | 22,5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Función cognoscitiva anormal (≤21) | 30,2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |