ANALES DE SALUD MENTAL

ÓRGANO OFICIAL DEL INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL

NÚMERO ESPECIAL DEDICADO AL

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL EN LA SIERRA PERUANA 2003

INFORME GENERAL

VOLUMEN XIX
AÑO 2003
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: insmhdhn@minsa.gob.pe

Se recomienda citar este documento como:
Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XIX. Año 2003, Número 1 y 2. Lima
ISSN - 1023-389X

Participaron principalmente en la elaboración de este informe: Dr. Javier E. Saavedra, Dr. Santos González, Lic. César Malpartida, Dr. Rolando Pomalima, Dr. Yuri Cutipe, Lic. Yolanda Robles, Dr. Raúl Díaz, Lic. Violeta Vargas, Dra. Vilma Paz, Lic. Flor Alburquerque, Dr. Eduardo Bernal, Dra. Rommy Kendall. Se agradece la colaboración mecanográfica de la Srta. Milagros Ramírez

ANALES DE SALUD MENTAL

Lima, Perú-2003-Volumen XIX. Nos. 1 y 2

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

COMITÉ EDITORIAL

DIRECTOR
Dr. Martín Nizama Valladolid

EDITOR
Dr. Javier Saavedra Castillo

SECRETARIA DE EDICIÓN
Lic. Flor de María Alburquerque Jaramillo

SECRETARIO DE REDACCIÓN
Dr. Santiago Stucchi Portocarrero

MIEMBROS
Dr. Manuel Arellano Kanashiro

Dr. Eduardo Bernal García

Mg. D. Vilma Chuchón Calle

Dr. Yuri Cutipé Cárdenas

Dr. Santos González Farfán

Dr. Santiago Márquez Manrique de Lara

Lic. María Mendoza Vilca

Dr. Rolando Pomalima Rodríguez

Lic. Yolanda Robles Arana

Dr. J. César Sotillo Cevallos

Lic. Emir Valencia Romero

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 (Nueva York, U.S.A)

Dr. Germán Berrios (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 DEL MINISTERIO DE SALUD

DRA. PILAR MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud

DR. EDUARDO ZORRILLA SAKODA
Vice-Ministro de Salud

DIRECTORIO DEL IESM

DR. MARTÍN NIZAMA VALLADOLID
Director General del IESM

DR. NOÉ YACTAYO GUTIÉRREZ
Director Adjunto del IESM

DR. ABEL HUAMÁN AURIS
Director Administrativo del IESM

DR. JAVIER E. SAAVEDRA CASTILLO
Director Ejecutivo de la Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada

DR. SANTOS GONZÁLEZ FARFÁN
Director de la Oficina de Epidemiología

AUSPICIOS

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Departamento Académico de Psiquiatría

Asociación Psiquiátrica Peruana

RESPONSABLES DEL ESTUDIO, ÁREAS E INVESTIGADORES PRINCIPALES

COORDINADOR GENERAL DEL ESTUDIO
Dr. Javier E. Saavedra Castillo

COORDINADOR ADJUNTO DEL ESTUDIO
Dr. Santos González Farfán

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
Lic. Ysela Nicolás Hoyos

ÁREA DE DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA
Dr. Julio Huamán Pineda

ÁREA DE EVENTOS DE VIDA Y SALUD MENTAL
Dr. Santos González Farfán
Dr. Javier E. Saavedra Castillo

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

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

ÁREA DE CALIDAD DE VIDA
Lic. Yolanda Robles Arana
Lic. César Malpartida Porras

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

ÁREA SOCIOCULTURAL Y DESASTRES
Dr. Eduardo Bernal García

ÁREA DE TRASTORNOS AFECTIVOS
Dr. Abel Sagástegui Soto
Dr. Luis Matos Retamozo
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
Dr. Yuri Cutipé Cárdenas

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

ÁREA DE VIOLENCIA FAMILIAR
Dr. Raúl Díaz Sifuentes
Lic. Violeta Vargas Palomino

OTROS INVESTIGADORES COLABORADORES INVITADOS
Dr. Enrique Galli Silva
Dr. Jorge Castro Morales

EQUIPO DE LA ENCUESTA

Consultor del Estudio - Diseño de la Muestra

Alberto Padilla Trejo

Consultora de Procesos Informáticos - Control de Calidad

Olinda Yaringaño Quispe

Jefe de Operación de Campo

Leoncio Ernesto Quezada Carrillo

Coordinadores de Campo

Enrique Castillo Florián
Mary Helen Reyes Díaz
Herón Arsenio Salazar Olivares

Supervisores de Campo

Flora Bendezú Gamboa
Maruja Cangana Gutiérrez
Milagros Roxana Castillo Gómez
Magaly Divizzia Acosta
Miriam Esquivel Carrán
Marybel Galarreta Achahuanco
Sandra Elena Gómez Palací
Yrma Ochoa Janampa
Reina Francisca Vallejos Pereyra

Encuestadores

Jhuliana Alfaro Ramos
Doris Amelia Angulo Reyes
Flor De Maria Araujo Colquehuanca
Luz María Ayala Cobeñas
Valeriana Nivia Benites Huerta
Mónica Robertina Campos Rodríguez
Gaby Cárdenas Aquino
Mónica De La Cruz Flores
Edgar Saúl Gómez Ordóñez
Anita Mallca Gutiérrez
Gloria Illescas Ayme
Mary Cecilia Martel Atencia
Patricia Graciela Martel Veramendi
Diana Rosario Molina Rondan
Gloria Morote Contreras
Gloria Marilú Oré Medina
Ana Antonia Pariahuamán Herrera
Yuly Sadith Pedraza Gómez
Jenny Patricia Pérez Hernando
Janeth Torres Reynaga
Angélica Rodríguez Zuta
Susana Ruiz Rubio
Maria Teresa Sandoval Pacahuala
Beatriz Ubaldo Jamanca
Lina América Valverde González
Luz Velarde Montalvo
Miryam Diana Vera Placencia

AGRADECIMIENTOS

El presente estudio representa una confirmación de nuestra visión y misión, y el compromiso asumido por la Institución en bien de la salud mental del país. El esfuerzo realizado en el estudio epidemiológico realizado en Lima dejó huellas imborrables en todos y cada uno de los participantes, desde los investigadores hasta el personal de campo y no ha hecho sino estimular aún más a cada uno en su desempeño en el presente estudio. Por ello, deseamos reconocer este nuevo esfuerzo con el riesgo de caer en omisiones no deliberadas.

De manera especial, 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, su valioso tiempo y en especial su cariño y hospitalidad, por ello muchas gracias.

A todos los miembros del Comité Ejecutivo de Investigación y de las áreas especializadas por su afán inquisitivo y desinteresada entrega para conocer la realidad de la salud mental en nuestra sociedad y que siguen creyendo en esta empresa. Al Dr. Enrique Galli, quien nos facilitara las primeras versiones del MINI y desde el estudio de Lima colaborara en la validación del instrumento y con valiosos consejos.

A nuestro equipo de la administración institucional: Lic. Giovanna Ballón, Sr. Basilio Da Costa, Sra. Mabel Pisco, Sr. Enrique Ticona, Lic. Irma Atalaya, Sra. María Mendoza Jesús; Sr. Efraín Montesinos, Sra. Maritza Zafra, Lic. Delia Zúñiga, quienes demostraron su experiencia y profesionalismo en todas las etapas de la investigación.

Al equipo de operación de campo: coordinadores, supervisores y encuestadores por su amor y dedicación al trabajo y por la interacción humana con los entrevistados y los investigadores, pues a través de ellos hemos aprendido algo más de nuestro Perú profundo.

A las secretarias Sra. Vilma Sotelo y Srta. Alicia Revilla, por sus sacrificios personales y familiares, y a las digitadoras por su empeño. A la Lic. Andrea Rubini, por su valiosa y desinteresada contribución en la revisión y corrección del cuestionario y los documentos de campo.

A todos los colegas de profesión de la institución y fuera de ella, por sus críticas positivas o negativas, pues en ambos casos nos han servido de mayor estímulo en la búsqueda de optimizar la calidad de los datos, a ellos un profundo agradecimiento.

LOS AUTORES

PRESENTACIÓN

El Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi", realizó en el año 2002 una investigación en Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao, con el propósito de estudiar las características de la salud mental en la población: prevalencia de los trastornos mentales, discapacidad psiquiátrica e inhabilitación asociada a la salud mental, uso de los servicios de salud e identificación de factores de riesgo y factores protectores. Los resultados obtenidos confirmaron la dimensión y relevancia de los problemas de salud mental en la salud pública, así como la trascendencia de las variables socioeconómicas como condicionantes de la salud. Las conclusiones derivadas del estudio condujeron a la necesidad de extender los estudios epidemiológicos a otras regiones del país.

El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003 es el primer estudio técnico científico gubernamental en esta zona del país. Tiene por objeto aproximarse a la problemática de la salud mental en la región, priorizando áreas de gran sensibilidad: violencia hacia la mujer, conducta suicida, consumo de sustancias adictivas, depresión y ansiedad y la salud mental del adolescente y del adulto mayor. El desarrollo del estudio propone una metodología innovadora, seleccionando cuatro unidades de análisis del entorno familiar: un adulto, una mujer unida, un adolescente y un adulto mayor. El resultado esperado es lograr una visión integral de la problemática de la salud mental desde una perspectiva integral.

El citado estudio forma parte del compromiso institucional de liderar la investigación y contribuir con el desarrollo de normas en salud mental, bajo la convicción que sólo un estudio planificado, organizado y conducido adecuadamente puede generar información de 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 cuatro publicaciones en materia de salud mental en la Sierra Peruana. El informe actual muestra el panorama general de la salud mental de la población de tres ciudades de la Sierra del Perú: Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, a través de las prevalencias halladas y algunas asociaciones relevantes. En la metodología se describe 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 los indicadores calculados servirán de base para evaluaciones epidemiológicas posteriores y para la observación y vigilancia de los factores de riesgo y protectores involucrados.

Así, nuestro Instituto avanza vigorosamente hacia el cumplimiento de su visión-misión: la internacionalización. Meta acariciada por todos nosotros. ¡Sí se puede!

Dr. Martín Nizama Valladolid

Director General del Instituto Especializado de Salud Mental

LA SIERRA PERUANA

El presente estudio que se ha desarrollado en la Sierra Peruana ha tomado como referentes tres ciudades que están enclavadas en el corazón de esta región y para ello resulta necesario conocer de cerca las características de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz.

AYACUCHO

La ciudad de Ayacucho, también conocida como Huamanga, es la capital del departamento del mismo nombre y sede de la Región Libertadores-Wari. Está a 2 764 m.s.n.m. y posee un clima seco y templado como gran parte de todas las ciudades de la Sierra Peruana. Se encuentra a 500 kilómetros al sur-este de Lima y se puede llegar via la carretera Libertadores o desde Huancayo. Tiene 82 131 habitantes y es conocida por sus 38 iglesias en el radio urbano.

El descubrimiento de restos fósiles en Ayacucho, que datan de hace más de 20 mil años en Piquimachay y Paccaicasa, son una muestra de la existencia de pobladores en esta región que como cultura tuvieron un gran desarrollo en Wari, en lo que hoy es la provincia de Huanta que resistió la dominación del Imperio Incaico provocando un gran derramamiento de sangre lo que dio origen a su nombre Ayacucho o «Rincón de los Muertos».

El clima y la calidad de tierra motivaron a los españoles a establecerse en la región, fundando la ciudad de Ayacucho en 1539, algunos años más tarde, en 1677 se funda la Universidad San Cristóbal de Huamanga. Su tierra está llena de heroísmo. En ella se consolida un 9 de diciembre de 1824 la independencia del Perú y Latinoamérica. Fueron ayacuchanos María Parado de Bellido y el «Brujo de los Andes» Andrés Avelino Cáceres.

Destaca por su importante agricultura y ganadería además por ser cuna de compositores de música flolklórica y por su artesanía en la afamada «Piedra de Huamanga», retablos, platería, tejidos y mates burilados.

CAJAMARCA

Está situada en la sierra norte del Perú, atravesada por la cordillera occidental de sur a norte. Su territorio abarca dos regiones naturales del Perú: la sierra y la selva. Su clima es templado, seco; soleado en el día y frío en la noche. Su capital es la ciudad de Cajamarca, con 140 000 habitantes, situada a 2 750 m.s.n.m.

Cajamarca posee hermosos paisajes andinos , destacando sus fértiles campiñas y ríos torrentosos de escaso caudal. también se encuentran restos arqueológicos del Perú antiguo y colonial, como los Baños del Inca o las Ventanillas de Otusco, el cuarto del rescate, la colina de Santa Apolonia, la Catedral, la iglesia de San

Francisco, el conjunto monumental de Belén.

Su rica ganadería le ha dado fama en la elaboración de quesos a nivel nacional. Las tierras fértiles de Cajamarca también son ricas en el subsuelo, concentrándose amplias zonas mineras de explotación principalmente de oro.

HUARAZ

Huaraz es la capital del departamento de Ancash. Se ubica al nor este de Lima. Es una ciudad moderna de 121 028 habitantes, contrasta con otras ciudades de la región pues ha sido reconstruida en su totalidad luego del gran terremoto sufrido en 1970 en el que murieron aproximadamente 20 mil personas y en el que desapareciera la ciudad de Yungay. Ancash ha soportado otras grandes tragedias: el aluvión de 1945 que destruyó parte de la ciudad de Huaraz y el de 1962 en el que prácticamente desapareció la ciudad de Ranrahirca.

Está ubicada a 3 080 m.s.n.m. junto al río Santa y dentro del Callejón de Huaylas entre la Cordillera Negra al occidente y a la Cordillera Blanca al oriente visualizándose El Huascarán, el nevado más alto del Perú que llega a una altura de 6 768 ms.n.m. El clima es templado alternando con días soleados y noches frías.

Desde las cuevas de Guitarrero hasta la Cultura Chavín, esta región está plagada de historia y también de encanto natural de sus valles y lagunas que tienen como marco las cordilleras Blanca y Negra entre las que discurre el Callejón de Huaylas.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL EN LA SIERRA PERUANA – 2003

INFORME GENERAL

ÍNDICE

DIRECTORIO DEL IESM 5

RESPONSABLES DEL ESTUDIO, ÁREAS E INVESTIGADORES PRINCIPALES 7

EQUIPO DE LA ENCUESTA 8

AGRADECIMIENTOS 9

PRESENTACIÓN 11

LA SIERRA PERUANA 13

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL EN LA SIERRA PERUANA – 2003 15

PRÓLOGO 23

I. INTRODUCCIÓN 25

1.1 JUSTIFICACIÓN 26

II. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD MENTAL 27

2.1 ASPECTOS GENERALES DE LA SALUD MENTAL 27
2.2 VIOLENCIA FAMILIAR 28
2.3 LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESIVOS Y OTROS TRASTORNOS 30
2.4 ADICCIONES 31
2.5 EL ADULTO MAYOR 31
2.6 INDICADORES SUICIDAS 32
2.7 TRASTORNOS MENTALES Y DISCAPACIDAD 33
2.8 ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL 33
2.9 POBREZA Y SALUD MENTAL 34
2.10 EVENTOS DE VIDA Y SALUD MENTAL 34
2.11 ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y LA SALUD MENTAL 35
2.12 DISCRIMINACIÓN Y SALUD MENTAL 35
2.13 ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES 36

III. OBJETIVOS 37

3.1 OBJETIVOS GENERALES POR CAPÍTULOS 37

IV. METODOLOGÍA 38

4.1 TIPO DE DISEÑO Y DE ESTUDIO 38
4.2. DISEÑO MUESTRAL 38
4.2.1 Población de estudio 38
4.2.2 Niveles de inferencia 38
4.2.3 Marco muestral y unidades de muestreo 39
4.2.4 Estratificación 39
4.2.5 Tipo de muestra 39
4.2.6 Tamaño y distribución de la muestra 39
4.2.7 Unidades de análisis 40
4.2.8 Procedimientos de selección de la muestra 40
4.2.9 Criterios de inclusión de las personas que respondieron la encuesta 41

V. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES 42

5.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ASOCIADAS 42
5.2 ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL 43
5.3 TRASTORNOS CLÍNICOS 44
5.4 DISCAPACIDAD E INHABILIDAD 44
5.5 MÓDULO DE ACCESO A SERVICIOS 45
5.6 RELACIONES INTRAFAMILIARES 45
5.7 FUNCIONES COGNOSCITIVAS 46
5.8 SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL 47

VI. INSTRUMENTOS 47

6.1 DISEÑO Y ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO SOBRE SALUD MENTAL 48
6.1.1 Tipo de encuesta 48
6.1.2 Cobertura de la encuesta 48
6.2 MÉTODO DE LA ENTREVISTA 50
6.3 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD 50
6.4 OBTENCIÓN DE INDICADORES DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD A PARTIR DE PROPIOS DATOS 51
6.5 ENTRENAMIENTO EN EL USO DE INSTRUMENTOS ....., 52
6.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS 52

VII. PROCEDIMIENTOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO 52

VIII. RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO 54

IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN 54

RESULTADOS GENERALES DEL ESTUDIO 55

DATOS GENERALES DE LA MUESTRA 57

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS 62

EDAD 63
ESCOLARIDAD 63
ESTADO CIVIL 64
OCUPACIÓN 65
INGRESOS ECONÓMICOS 65

SALUD MENTAL DEL ADULTO 67

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL 67
Entorno general 67
Estresores psicosociales 69
Discriminación 71
Estados anímicos prevalentes 73
Satisfacción personal 74
Satisfacción laboral 75
Calidad de vida 76
Discapacidad o inhabilidad 76
Aspectos psicopáticos 77
Indicadores suicidas 78
Tendencia hacia la violencia 80
Factores protectores 81
TRASTORNOS CLÍNICOS 82
Uso de sustancias 86
Trastornos clínicos según grupos etarios 88
POBREZA Y SALUD MENTAL 89
SALUD MENTAL POR CIUDADES 91
EFECTOS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA 92
EVENTOS DE VIDA INFANTILES Y SALUD MENTAL 94
ACCESO A SERVICIOS 96
SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL EN LA SIERRA PERUANA 99
ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES 101

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS ENCUESTADAS 103

EDAD 104
ESCOLARIDAD 105
ESTADO CIVIL 106
OCUPACIÓN 106
INGRESOS ECONÓMICOS 107

SALUD MENTAL DE LA MUJER UNIDA O ALGUNA VEZ UNIDA 109

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL 109
Entorno general 109
Estresores psicosociales 110

Estados anímicos 111
Satisfacción personal 111
Satisfacción laboral 113
Cohesión familiar 113
Calidad de vida 113
Indicadores suicidas 114
TRASTORNOS CLÍNICOS 115
ABUSO EN LA MUJER UNIDA 115
Trato inadecuado en el período de enamoramiento 116
Abuso hacia la mujer por parte de la pareja actual 119
Estresores psicosociales en la mujer maltratada sistemáticamente 119
Sentimientos anímicos prevalentes en la mujer unida maltratada 120
Satisfacción personal en la mujer unida maltratada 120
Indicadores suicidas en la mujer unida maltratada 121
Factores protectores 122
Calidad de vida en las mujeres maltratadas sistemáticamente 122
Trastornos clínicos en la mujer maltratada sistemáticamente 123

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS 125

EDAD 127
ESCOLARIDAD 127
ESTADO CIVIL 128
OCUPACIÓN 128
129

SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE 129

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL 129
Estresores psicosociales 130
Estados anímicos prevalentes 130
Satisfacción personal 131
Satisfacción laboral 131
Calidad de vida 132
Aspectos psicopáticos 133
Indicadores suicidas 133
Tendencia hacia la violencia 136
Factores protectores 136
TRASTORNOS CLÍNICOS 137
Uso de sustancias 138
ABUSO HACIA EL ADOLESCENTE 140
ACCESO A SERVICIOS 140

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS 143

EDAD 145
ESCOLARIDAD 145
ESTADO CIVIL 146
OCUPACIÓN 147

SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR 149

ASPECTOS GENERALES 149
Estresores psicosociales 149
Estados anímicos prevalentes 149
Satisfacción personal 150
Satisfacción laboral 151
Calidad de vida 151
Discapacidad o inhabilidad 152
Indicadores suicidas 152
Factores protectores 153
Episodio depresivo en el adulto mayor 154
Trastorno de ansiedad generalizada 154
Consumo de sustancias 155
DETERIORO COGNOSCITIVO EN EL ADULTO MAYOR 156
MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR 158
ACCESO A SERVICIOS 158

CONCLUSIONES GENERALES DEL ESTUDIO 161

ADULTOS 163
MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS 164
ADOLESCENTES 164
ADULTO MAYOR 165

ANEXO A 167
MÓDULOS EMPLEADOS EN EL ESTUDIO 169

ANEXO B 175
ERRORES MUESTRALES Y COEFICIENTE DE VARIACIÓN 177

ANEXO C 201
GLOSARIO DE TÉRMINOS Y DEFINICIONES EMPLEADAS EN EL ESTUDIO 203

BIBLIOGRAFÍA 211

PRÓLOGO

En el año 2002, el Instituto Especializado en Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" publicó el Informe General del Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002 (EEMSM 2002), esfuerzo institucional que me correspondió emprender. Debía luego replicarse tal estudio en la sierra y selva peruanas, para generar el primer mapa nacional de los problemas de la salud mental.

El Dr. Enrique Galli, profesor de psiquiatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia ha calificado al EEMSM 2002, como "el mejor estudio epidemiológico de la salud mental de toda la historia republicana", a cuyo comentario se han sumado otros profesionales que lo validan y lo ubican como una referencia inusualmente frecuente, evidenciando la necesidad de información actualizada y producida por la creatividad de los diversos actores involucrados.

En el año 2003, tercer año de mi gestión, me cupo el honor de conducir y supervisar el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana (EESMSP 2003), efectuado en las ciudades de Huamanga (Ayacucho), Cajamarca y Huaraz, con el mismo equipo humano financiado por el presupuesto del IESM"HD-HN" que nuevamente exigió austeridad, creatividad y compromiso, fortaleciendo la experiencia institucional para empresas de este tipo. Dejamos el estudio concluido en sus operaciones de campo y en el inicio del análisis de resultados. El presente informe culmina el proceso de investigación que aportará enormemente al mejor conocimiento de la problemática de la salud mental en el país.

El EESMSP 2003 ha permitido incrementar la experiencia de los profesionales del Instituto para producir información propia, en un escenario internacional donde todavía las contribuciones de nuestro país son escasas. Los datos obtenidos, con una abundancia nunca antes vista, describen y explican los fenómenos de la salud mental del poblador y ciudades andinas, reflejando la complejidad intercultural del país y la urgencia de utilizar dicha información para la adopción de decisiones concretas y realistas para resolver los problemas encontrados.

Si los estudios derivados de la Comisión de la Verdad y Reconciliación, que describen los daños ocasionados por la insanía de grupos terroristas en las últimas décadas del siglo XX, nos permiten ver una faceta de un país sometido al látigo de denominados «salvadores», los estudios del Instituto ponen en evidencia nuevamente que en los diversos escenarios investigados hay una necesidad de urgente atención de los líderes políticos para acercarnos a la dimensión de país donde las brechas se angosten cada vez más. La salud mental en las ciudades investigadas es expresión del efecto que durante siglos han ejercido el centralismo, la ignorancia, postergación y exclusión de personas que no son integradas y por ende no tienen la oportunidad de acceder a la equidad y justicia sociales.

Ha sido un altísimo honor haber conducido al Instituto y su plana de investigadores en un rumbo que consideramos el más correcto.

Dr. Héctor Tovar Pacheco
Ex – Director del IESM"HD-HN"

I. INTRODUCCIÓN

Los resultados del Estudio Epidemiológico de Salud Mental realizado en la ciudad de Lima y la Provincia Constitucional del Callao en el año 2002 (EEMSM)[1] han permitido conocer importantes aspectos de la salud mental de los adultos y adolescentes, como la alta prevalencia de depresión y ansiedad, y su vinculación con variables socioeconómicas; además se han identificado condiciones desfavorables en la salud mental de la mujer maltratada y del adulto mayor. La naturaleza multicultural de nuestro país obliga a ampliar dichas investigaciones a otras regiones. Desde este punto de vista, resulta de vital importancia estudiar las variables psicosociales en esta población, dadas las condiciones socioeconómicas y culturales de la población de la Sierra Peruana, con índices de pobreza mucho mayores a los de Lima.

El impacto de la salud mental en el funcionamiento, en aspectos socioeconómicos, en el bienestar general, y en la calidad de vida de las personas no hace sino resaltar la importancia de este tema en el desarrollo de un país. Según el Estudio Mundial de Carga de Enfermedades de la OMS se ha estimado que los desórdenes mentales y de adicción se encuentran entre los más severos en el mundo, y para el año 2020, la depresión mayor va a ser la segunda causa de discapacidad en el mundo seguida sólo por la enfermedad isquémica cardiaca. Para los países en desarrollo la perspectiva es aún peor; se estima que la depresión mayor será la primera causa de discapacidad para el año 2020[2]. El estudio en Lima confirmó el vínculo que se desarrolla entre la salud mental y los aspectos económicos, ratificando las observaciones realizadas en reportes internacionales[3,4] .

El contexto socio político y económico del país sigue siendo inestable, los indicadores de pobreza siguen altos, al igual que los problemas de empleo y subempleo. Estas condiciones de vida llevan a situaciones estresantes propicias para incrementar los problemas de salud mental. En este sentido, la sierra peruana muestra los indicadores económicos más deprimentes del país y ha sido fundamental conocer la situación de salud mental de estas poblaciones.

No ha habido estudios epidemiológicos nacionales de salud mental en la población de la sierra de la envergadura de la presente investigación. Los estudios más importantes se han realizado en el área de la violencia familiar[5] y los problemas adictivos[6], mas no en el resto de los problemas de salud mental. El presente estudio buscó replicar en tres ciudades de la Sierra Peruana, Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, la investigación realizada en Lima Metropolitana y el Callao. Para este estudio se ha seguido los temas planteados en el estudio

de Lima, es decir el estudio de los trastornos psiquiátricos propiamente dichos y los factores asociados a los mismos así como aquellos problemas vinculados a las relaciones humanas individuales o grupales y a patrones de comportamiento del individuo en la sociedad que tienen influencia sobre la salud y el bienestar. Para este propósito se realizaron las adaptaciones necesarias al instrumento utilizado en Lima. Se investigaron los trastornos psiquiátricos más prevalentes, la violencia familiar y su vinculación con la salud mental, la salud mental del adulto mayor, así como problemas del adolescente y del adulto, poniéndose especial énfasis a los hallazgos de indicadores suicidas como en la investigación de Lima. Además de los temas propuestos se consideró estudiar otros aspectos vinculados a la salud mental, como: la calidad de vida, funcionamiento y discapacidad, eventos de vida y su relación con los problemas psiquiátricos, aspectos económicos, acceso a servicios, salud mental en general, discriminación, desarrollo humano y un capítulo especial sobre síndromes culturales. Asimismo, se añadieron temas de violencia relacionados al terrorismo. Una particularidad de este estudio, al igual que el realizado en Lima Metropolitana y Callao es que todos estos aspectos han sido estudiados en un mismo hogar, por lo tanto, la potencialidad de la obtención de datos importantes por cruce de información será de invaluable valor para aspectos clínicos, epidemiológicos y de intervención.

Los resultados de esta investigación contribuirán al diagnóstico basal y el diseño de programas de salud mental en zonas donde no se cuenta con infraestructura para la atención de estos servicios de salud mental. Por ello, permitirán establecer indicadores de evaluación de los recursos humanos y financieros que serán invertidos en el campo de la salud mental de estas zonas.

1.1. JUSTIFICACIÓN

No existe a la fecha estudios de magnitud epidemiológica en salud mental en la Sierra Peruana, con metodología científica que permita visualizar información contundente para la toma de decisiones en las políticas públicas así como para sentar bases para la evaluación de los programas de intervención.

La importancia del presente estudio consiste primero, en que puede propiciar líneas de desarrollo en las políticas intersectoriales vinculadas a la salud mental, descuidada hasta el momento. Segundo, podrían generarse políticas que consideren variables vinculados con la salud mental que influyen en la pobreza. Tercero, asimismo, las acciones preventivas podrían focalizarse mejor en grupos de riesgo a problemas más específicos y por lo tanto mejor organizados. Cuarto, permitiría el acceso de una mayor cantidad de personas a estos servicios, en especial a grupos vulnerables. Finalmente, en que no existen trabajos similares en el país y en Latinoamérica y ayudaría a crear antecedentes en la región.

Entre las preguntas que responderían el estudio se encuentran: ¿Cuál es la magnitud y los principales problemas de salud mental general en la población urbana de la Sierra Peruana?; ¿cuál es la magnitud de la violencia contra la mujer unida 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 la Sierra Peruana?; ¿cuál es la magnitud de los indicadores suicidas en la población de la Sierra Peruana?; ¿cuál es la prevalencia de los principales trastornos psiquiátricos?; ¿cuál es la proporción exacta de personas que no logra ningún tipo de atención para problemas de salud mental?; ¿qué factores de inequidad (nivel socioeconómico, género, nivel educativo, arraigo cultural) intervienen entre las personas que acceden 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 de la Sierra Peruana? ¿cuál es el nivel de discriminación percibida por los población del Sierra Peruana? ¿cuáles son las caracterizaciones de los síndromes culturales y cuál es su relación con los síndromes clínicos psiquiátricos?; ¿qué relación tienen los eventos de vida adversos con el desarrollo de desórdenes mentales?

Desde el punto de vista de la gerencia social, el resultado del estudio se convertiría en: Primero, un instrumento importante para el desarrollo de proyectos de comunicación social; segundo, en punto de partida para la formulación de proyectos en una amplia gama de problemas de salud mental; tercero, en base para el estudio y desarrollo de infraestructura de servicios en el área con enfoque social; y cuarto, permitiría además una mejor focalización de los recursos del Estado en áreas o aspectos sensibles.

II. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD MENTAL

El EEMSM[1] realizado en el 2002 por nuestra institución reveló importante información que ha puesto en evidencia tendencias observadas en estudios previos en el área de salud mental[7,8], confirmándose observaciones internacionales con respecto a los trastornos afectivos, indicadores suicidas, problemas con el uso de sustancias, violencia intrafamiliar y la intervención de problemas socioeconómicos en los trastornos mentales[9], resultados que irán presentándose según los temas expuestos.

2.1 ASPECTOS GENERALES DE LA SALUD MENTAL

El estudio de la salud mental de la población es una tarea ardua y en continua evolución. Murphy (1982)[10] demostró que no necesariamente existe correspondencia entre la ausencia de patología y una buena salud mental. Corin E (1987)[11] señala que el lugar de partida ya no se sitúa en el individuo solamente sino en la interacción constante entre la persona y su entorno. Así, la epidemiología ha permitido identificar determinantes biológicos, psicológicos y sociales de salud mental.[12,13] La epidemiología social apoya especialmente la comprensión de la influencia de procesos sociales como la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, el ingreso económico, la clase y la exclusión social, (étnica y racial, de género y generacional así como, por discapacidad, clase social y sexualidad), el desarrollo del niño, los estilos de vida, las redes sociales y los entornos físicos -entre otros- en la salud de las personas y las poblaciones.[14,15,16] De esta manera, se ha propiciado el desarrollo de la promoción de la salud, lo que conduce a la definición de metas saludables en términos de condiciones de vida, oportunidad de las personas de disfrutar de más años con calidad de vida, la percepción y conciencia de los problemas, al igual que de la posibilidad de la participación colectiva en la solución de los mismos.

Desde esta perspectiva, en el Perú, el Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental (IESM, 2002)[17] mostró que el principal problema del país percibido por la población, tanto hombres y mujeres en Lima Metropolitana, es el desempleo (58,1%). Significativamente, en menor proporción, se percibe a la pobreza (16,4%). Sigue la corrupción, la violencia y la inestabilidad política, pero en cantidades menores. Sin embargo, la población muestra gran desconfianza hacia las autoridades políticas (91,7%) y a las autoridades policiales (62,5%), experimenta sentimientos de desprotección del Estado (76,%). Tal situación genera en la población, con mayor frecuencia, desilusión (26,6%), amargura y rabia (25,8%).

Este mismo estudio encontró que las situaciones que generan los niveles más altos de estrés, tanto en hombres como en mujeres, están relacionadas con el aspecto económico (39,7%), la salud de la familia y con el ambiente (45,7%). Este resultado es mayor al encontrado en la población de adolescentes por los estudios de Perales y Col en 1996[18]. Es significativa la proporción de personas insatisfechas con sus estudios (29,5%) y con sus relaciones sociales (16,2%), así como con la remuneración que percibe (46,3%) -que en el caso de las mujeres unidas es mayor (50,8%)- y con el reconocimiento que recibe en su centro laboral (23,2%).

Respecto de factores protectores de la salud mental de la población de Lima Metropolitana, la familia es la principal fuente de soporte psicosocial (70,0%). También se observó que para la población, la religión constituye un recurso importante para enfrentar los problemas cotidianos.

En la Sierra Peruana, no encontramos estudios epidemiológicos de estas características. Sin embargo, no se puede soslayar la violencia política que afectó al Perú entre los años de 1980 – 2000 que dejó dramáticas secuelas y un saldo doloroso de victimas fatales,[1] afectando principalmente a la poblaciones de la sierra. Por ello, ha existido una mayor preocupación por las poblaciones rurales y altoandinas. Así, Pederssen y Col.[19] estudiaron la salud mental de las poblaciones altoandinas de Huanta en Ayacucho evaluando el impacto de la violencia política en la población. Los resultados mostraron 73% de prevalencia general de trastornos mentales y 24,8% de estrés post-traumático en la población mayor de 14 años. Se señala, sin embargo, que estas secuelas se expresan en formas más amplias y diversas de aflicción y sufrimiento como el *llaky y el ñakary.* Los estresores relacionados con estos resultados no sólo se derivan de la exposición diferencial a la violencia política, sino de la estructura de la sociedad como la desigualdad social y la exclusión, la extrema pobreza, y la discriminación racial y étnica. De otro lado, tres de cada cuatro personas expuestas a la violencia no reportaron secuelas; hecho que estaría indicando la existencia de factores de protección como la capacidad de recuperación de las personas y la resiliencia de la población.

Asimismo, el Informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación[20] da cuenta a través de informes estadísticos y de testimonios personales, del impacto diferenciado de la violencia política en la salud de las poblaciones de la Sierra Peruana, haciendo también evidente su relación con las desigualdades racial, étnica, de género, clase social y generacionales. Se señala que las secuelas psicosociales abarcan los niveles individuales (discapacidad física, problemas de salud mental como ansiedad, irritabilidad, estrés, menoscabo del desarrollo de capacidades individuales, actitudes violenctas y abuso del alcohol, entre otras); familiar (deterioro de las relaciones de pareja y familiares, desconfianza, inseguridad, abandono y conflictos, familias estigmatizadas política y culturalmente, desintegración familiar, orfandad), comunal, (desidia colectiva, incremento de conflictos intercomunales, intracomunales, conflictos entre retornantes y resistentes, consumo masivo y compulsivo de alcohol, pandillas juveniles, menores en estado de abandono (adopciones irregulares, servidumbre), pérdida de valores culturales.[21]

2.2 VIOLENCIA FAMILIAR

Los estudios sobre violencia familiar revisten suma importancia debido no sólo a su alta prevalencia en nuestro país sino también a la falta de servicios en los medios rurales, los costos y procedimientos médicos y judiciales, así como las creencias y mitos e imaginarios sociales de las mujeres, lo que obstaculiza que las afectadas reciban ayuda y apoyo adecuados (Baca y Cols., 1998). Un estudio de violencia contra la mujer en el ámbito de Lima Metropolitana realizado en 1999 encontró que la tasa de violencia en general era del 20% en la pareja; siendo el agresor, en más del 80% de los casos, el conviviente o esposo, y la casa, el escenario de la conducta violenta.[22]

En similar porcentaje, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2000) [23] encontró que el 34% de las mujeres vive o ha vivido situaciones de control, el 48% vive o ha vivido situaciones humillantes, el 25% vive o ha vivido situaciones de amenaza, 41% mujeres ha sido empujada, golpeada o agredida físicamente por su esposo o compañero. El estudio en mención añade que la mayor incidencia de maltrato infantil se registra en lugares de mayor pobreza y exclusión social, tales como en los departamentos de Apurimac y Cajamarca. Asimismo, se

[1] La CVR, estimada que la cifra más probable de victimas fatales de la violencia es de 69,280 personas. Estas cifras superan el número de pérdidas humanas sufridas por el Perú en todas las guerras externas y guerras civiles ocurridas en sus 182 años de vida independiente.

relaciona con el bajo grado de instrucción de los padres, donde los factores de riesgo que propician situaciones de maltrato, no sólo están relacionados con los efectos de la difícil situación económica de las familias y el desempleo; sino también, con la tolerancia que existe en nuestra cultura, frente al castigo corporal.

Los embarazos en adolescentes, rechazadas y marginadas por su situación de gestantes o que presentan antecedentes de violencia sexual, también constituyen factores de riesgo. En general diversos estudios concluyen que de cada cinco mujeres en edad fértil en la ciudad de Lima, una ha sido abusada cuando era niña confirmando que la infancia y la adolescencia son los grupos más vulnerables a la violencia sexual y psicológica. Otra de las características del maltrato infantil es su recurrencia intergeneracional. Aquellas que han sido agredidas cuando fueron niñas tienen el doble de posibilidades de a su vez maltratar a sus hijas.

Por otro lado, un estudio multicéntrico, establece que la prevalencia de violencia física o sexual ocurrida durante toda la vida de pareja, nos señala claramente que una mayoría de varones adultos, en Lima Metropolitana (51%) y en el departamento de Cusco (69%), ejerce violencia contra sus parejas (Güezmes, Palomino y Ramos, 2002). [3] Otra investigación, al estudiar la agresión física durante el enamoramiento, encontró que el 30% de hombres y el 49% de mujeres informa haber empleado alguna forma de agresión durante esta etapa, también se observó que un porcentaje mayor de mujeres se involucraba en ataques físicos graves.

La Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Familiar en ocho ciudades del país, encontró en el año 2000 que el 84,7% de las víctimas fueron mujeres, frente al 15,2% de varones, el porcentaje de niños (menores de 15 años) afectados por la violencia familiar era del 61%. Según datos del agresor, el 24,9% de los casos fue el esposo y el 34,7% fue el conviviente, según grupos de edad, los agresores estaban en los 15 y 49 años en el 87%; el 72,7% refiere violencia física y el 12,6% psicológica, y los motivos fueron los celos en el 26,2%, problemas familiares en el 38,9% y económicos en 11,9%; el 4,5% reporta agresión sexual. El 59,3% de los encuestados estaba ecuánime al momento de la agresión, 35,6% había ingerido alcohol y el 4,6% alcohol y drogas. En este sentido, se ha asociado el abuso de sustancias con la conducta violenta [24,25]. El alcohol o las drogas pueden estar asociados con la violencia debido a factores farmacológicos, psicológicos y sociológicos que pueden modificar la expresión de conducta intoxicada o agresiva. Las implicancias de esto en la sierra son notables debido a la alta prevalencia de problemas relacionados al consumo de alcohol en dichas regiones.

Con respecto a la violencia en la mujer, el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental del año 2002 incluyó como indicadores: intentos o actos sexuales inapropiados, agresiones físicas, verbales o situaciones de abandono, el haber sido objeto de éstos alguna vez en su vida y en el último año. En general las mujeres casadas o convivientes sufren considerablemente más problemas de salud mental que los hombres, convirtiéndose de por sí en un grupo vulnerable. El trastorno clínico psiquiátrico más prevalente es el episodio depresivo o depresión mayor; aproximadamente una de cada nueve mujeres unidas sufren depresión y una de cada diez mujeres padece de ansiedad generalizada en la actualidad. El 65,8% de las entrevistadas refirió 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. Este estudio encontró que el maltrato en la mujer está generado por celos, actitudes machistas, pareja controladora y arranques de violencia.

Un hallazgo importante en aquel estudio, fue notar que en muchos casos estas características de maltrato o violencia se habían iniciado desde el periodo de enamoramientos con sus parejas, siendo las más prevalentes los celos de la pareja (50%), arranques de violencia (11,3%) y de cualquier tipo de maltrato, el 69%. La prevalencia de vida de algún tipo de abuso por parte de la pareja actual fue de 47,0%. Sin embargo, una de cada cinco mujeres actualmente unidas es maltratada sistemáticamente, es decir, sufre diversas agresiones con una frecuencia de una a dos veces por mes. En la población de mujeres maltratadas en forma sistemática, la

presencia de algún tipo de maltrato durante el periodo de enamoramiento asciende a un 85,3%. Las mujeres maltratadas sistemáticamente muestran mayor severidad de los diferentes indicadores de salud mental que se abordaron en la mujer unida, siendo los indicadores suicidas los más contrastantes, llegando éstos a duplicarse en frecuencia relativa frente a la mujeres no maltratadas sistemáticamente.

2.3 LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESIVOS Y OTROS TRASTORNOS

No existen antecedentes de estudios epidemiológicos a gran escala realizados en la Sierra del Perú. Los principales estudios epidemiológicos se han realizado en la ciudad de Lima. Uno de los primeros estudios epidemiológicos psiquiátricos fue el realizado por Mariátegui y colaboradores en el distrito de Lince (Lima) en 1969 a través de 2 901 encuestas, encontrando una prevalencia de trastornos psiquiátricos del 18,75%, siendo para psiconeurosis como un todo el 5,48% y para alcoholismo el 1,76%. De estos problemas el más frecuente fue la neurosis de angustia con el 1,79% (a su vez la más frecuente de todas las patologías), la reacción ansiosa con el 1,45% y la reacción depresiva con el 0,97 %. [26]

Luego, en 1983, en el distrito de Independencia (Lima), Minobe y colaboradores, sobre un total de 814 individuos, utilizando el DIS/DSM-III,[27] encontraron una prevalencia de vida[28] y a seis meses[29] de algún desorden psiquiátrico del 32,1% y 22,9% respectivamente. Después de los problemas con el uso de alcohol, le seguían en frecuencia los trastornos afectivos (depresión mayor y menor) con una prevalencia de vida de 13,2% y una prevalencia a seis meses de 8,6% (2,2% varones y 6,4% mujeres) y los trastornos de ansiedad con una prevalencia de vida de 11,1% y una prevalencia a seis meses de 8,1%. Además este estudio encontró prevalencias para el trastorno de personalidad antisocial del 3,1%, para deterioro cognitivo severo del 1,5%, y para esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme del 0,6%. Después de este estudio no se realizaron investigaciones de esta naturaleza, sino hasta el año 2002.

En 1993, Colareta realiza una investigación sobre prevalencia de enfermedades psiquiátricas en una comunidad rural (Santa Lucía de Pacaraos -Huaral) y encuentra una prevalencia global puntual de 32% de enfermedades psiquiátricas, ocupando el primer lugar los trastornos de ansiedad (9,1% descontando síndrome de abstinencia), seguido por los trastornos depresivos (8,0% de la muestra descontando duelo no complicado y el trastorno de adaptación) y el alcoholismo (8,6% de la muestra). De los trastornos de ansiedad el más frecuente fue el trastorno de ansiedad no especificado en otra parte (4,6% de la muestra), el trastorno de ansiedad generalizada (2,9% de la muestra), el trastorno de pánico (0,6% de la muestra) y la fobia social (0,6% de la muestra). De los trastornos depresivos, el trastorno depresivo no especificado en otra parte fue el más frecuente (3,4% de la muestra) seguido por la depresión mayor (2,3% de la muestra) y la distimia (2,3% de la muestra).[30]

El Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002, realizado ese año por el Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" en 43 distritos de Lima y Callao, en una población de 2077 personas adultas, encontró una prevalencia actual y una prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico de 23,5% y 37,3% respectivamente correspondiendo un prevalencia de vida de 18,2% al episodio depresivo, 9,9% al trastorno de ansiedad generalizada, 7,9% a la fobia social, 6,0% al trastorno de estrés postraumático, 3,7% al trastorno de pánico, 3,4% a la agorafobia sin trastorno de pánico, 1,6% al trastorno obsesivo-compulsivo, 1,2% a la distimia, 1,1% a la agorafobia con trastorno de pánico, 1,0% a los trastornos psicóticos y 0,1% al trastorno bipolar.

El presente estudio evaluó la prevalencia de vida, a doce meses, a seis meses y actual de los principales trastornos clínicos según los criterios de investigación de la Décima Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).[31]

2.4. ADICCIONES

Las adicciones generan graves problemas sociales, afectan a una gran población y son altamente costosos. El dinero involucrado en la venta de drogas ilegales (sin contar el tabaco y el alcohol) rivaliza en volumen con las entradas de la industria petrolera. Los costos humanos y económicos relacionados con la morbilidad y mortalidad ocasionadas por las drogas neutralizan cualquier ganancia monetaria que los gobiernos puedan obtener mediante impuestos y otras medidas económicas en ese campo.[32] El Informe sobre la Salud en el Mundo 2002, señaló que el 8,9% de la carga total de morbilidad se debe al consumo de sustancias psicoactivas.[33] Las adicciones sin embargo, incluyen no sólo el consumo de sustancias psicoactivas, sino todo acto conciente que involucra cambios en la conciencia, humor, pensamiento y conducta para continuar realizando un acto que produce efectos nocivos en la salud física y mental del sujeto y su entorno.

El problema de las adicciones se viene arrastrando desde hace décadas, el estudio en el distrito de Independencia realizado hace 20 años 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%.[28, 29] Tal situación, ha sido confirmada ampliamente en los estudios nacionales realizados desde 1988 hasta 1998; siendo los últimos generados por el mismo gobierno peruano.[6] El estudio de 1998, la cifra de dependientes a 30 días oscilaba en alrededor del millón de peruanos.

En el 2002, el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental, reveló que la prevalencia de vida del consumo de sustancias no alcohólicas legales se encontraba en 71,6%, mientras que con las sustancias no alcohólicas ilegales se encontraba 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%. El consumo actual (en la última semana) de sustancias no alcohólicas legales e ilegales se halló en un 22,0% y 0,2% respectivamente.[1] Según la II Encuesta Nacional Sobre la Prevención y Consumo de Drogas 2002 por DEVIDA, la prevalencia de vida de alcohol y tabaco era de 94,2% y 68% respectivamente, por lo que se concluía que más de once millones de peruanos había probado alcohol y más de ocho había consumido tabaco.[34]

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).[31]

2.5. EL ADULTO MAYOR

El envejecimiento progresivo de las poblaciones tendrá un impacto más notable en las primeras décadas de este milenio. En el año 2000, el 8,1% de la población en América Latina tenía 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 edad.35 En el Perú según el INEI-95, el 7% de la población está conformada por adultos de 60 años y más.[36] En la actualidad, se calcula que hay aproximadamente 2 millones y se proyecta que para el 2020 la población de adultos mayores esté alrededor de los 4 millones.

El crecimiento acelerado de la población senil en América Latina y el Caribe obliga a revisar las políticas de servicios para los ancianos, planteando 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 e irreversible para todo ser humano, es necesaria una evaluación inte-

gral del adulto mayor, 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 la calidad de la misma. Asimismo, es pertinente 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 consumados.

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, en el Estudio Epidemiológico de Salud Mental realizado en Lima Metropolitana y Callao, encontramos que, en el último mes mientras que la prevalencia de deseos de morir fue del 11,1 %, ningún adulto mayor intentó suicidarse. La prevalencia de episodio depresivo en el último mes fue del 9,8 %. Por otro lado este mismo estudio reveló que algún grado de deterioro cognoscitivo se encuentra en alrededor de 10% de la población adulta mayor de 60 años o más, considerando por lo menos ocho años de instrucción. Por lo tanto, uno de los objetivos de este estudio ha sido conocer como se encuentran estas cifras en otras regiones del Perú, como es el caso de la Sierra Peruana: Huaraz, Ayacucho y Cajamarca. 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, la existencia de problemas cognoscitivos y de discapacidad.

2.6. INDICADORES SUICIDAS

Los estudios realizados por Perales y colaboradores en 1995 y 1996 en el Rimac[7] y Magdalena[8] mostraban cifras preocupantes que los resultados del EEMSM-2002[1] realizados en Lima y Callao sobre indicadores suicidas no sólo confirman sino que muestran una tendencia generacional a incrementarse. La prevalencia de vida de deseos de morir en el adulto, el adolescente y el adulto mayor se encontró en un 30,3%, 29,1% y 27,8% respectivamente, lo que sugiere que si en la actualidad la prevalencia de vida del adolescente es similar a la del adulto y superior a la del adulto mayor, estamos ante un incremento sustantivo de estas tendencias. Asimismo, la prevalencia anual de deseos de morir se encuentra más alta en los adolescentes (15,3%) en comparación con los adultos (8,5%) y los adultos mayores (12,2%). Los adolescentes que han presentado deseos de morir en el último año acusan como motivo principal a los problemas con los padres, mientras que los adultos los relacionan principalmente a problemas con la pareja. Estos hallazgos son coherentes con la prevalencias puntuales del episodio depresivo que en el adolescente asciende a 8,6%, mientras que en el adulto se sitúa en el 6,6%.

Debido a que los aspectos socioculturales en la sierra del Perú son distintos a los de Lima, el estudio de estos indicadores en esta región ayudaría no sólo a poder plantear políticas regionalizadas sino que podría ayudar a comprender ciertas dinámicas psicosociales y etiológicas en torno a este problema. En este estudio se incluyó como indicador suicida, no sólo los deseos de morir y el intento suicida, sino que se incluyó también la presencia de pensamientos activamente suicidas específicamente con la intención de profundizar aún más en la conducta suicida.

2.7. TRASTORNOS MENTALES Y DISCAPACIDAD

Los desórdenes psiquiátricos han sido grandemente subestimados como causa de discapacidad, pero constituyen 5 de las 10 principales causas de discapacidad y 47,2% de todos los años de vida asociados a discapacidad (AVAD) en países desarrollados. Se estima que los porcentajes de pérdida de AVAD por problemas de salud mental ascienden al 8,1% con relación al total de las enfermedades.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la discapacidad psiquiátrica ocurre por encima de los dos quintos de toda la discapacidad en el mundo, afecta especialmente a población joven, mostrando así mismo el más bajo porcentaje para la recuperación de la total capacidad social y del trabajo. Según esta misma información la población discapacitada en el Perú ascendería alrededor de 1500,000 a 2000,000 de personas, de las cuales aproximadamente 500,000 a 600,000 serían niños y adolescentes. Esta población suele ser discriminada y excluida de determinadas esferas sociales, generando dificultades en el desarrollo personal y en la integración social.

En el campo de la salud mental, observamos la tendencia de los trastornos mentales hacia la cronicidad y a la producción de secuelas en las personas que los padecen, a pesar de los avances en el tratamiento. Así por razones diversas, el avance en la rehabilitación de estos trastornos no se ha desarrollado paralelamente al tratamiento biológico.[37]

2.8. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Los estudios sobre acceso a los servicios de salud mental sostienen que éste se ve afectado principalmente en personas de menor recurso económico, cultural y lingüísticamente diferenciado y con niveles educativos bajos.[38] En la Sierra Peruana, la influencia cultural y su interrelación con el nivel educativo son especialmente importantes en problemas de salud, debido a que los mitos y prejuicios están muy extendidos, donde la medicina folklórica podría jugar un importante papel. Los estudios sobre acceso a servicios de salud mental en Lima y el Callao confirmaron la importancia de los aspectos culturales para el acceso a los servicios de salud mental, siendo aún más importantes que los aspectos económicos.[1]

En Lima, del total de la población que reconoce haber padecido problemas de salud mental, el 24,5% accedió a los servicios de salud. Los aspectos que se encontraron relacionados a acceso fueron: la edad, el estado civil, la comunicación familiar, compromiso religioso, la pertenencia a un sistema de seguro. Los motivos que adujeron los informantes para no buscar atención fueron en orden de frecuencia: “lo debía superar solo” 59,4%, “no tenía dinero” 43,4%, “falta de confianza”36,9%, “duda del manejo del problema por los médicos” 30,8% entre otros; donde se remarca la influencia de los factores culturales y, en cierta medida, económicos. El factor pobreza no es todavía un determinante del acceso o no a la atención de salud mental en Lima Metropolitana, pues priman los aspectos culturales.

No hay estudios nacionales con respecto al acceso de servicios para la atención de problemas de salud mental en la sierra peruana. Como referencia el estudio sobre Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú realizado a partir de la Encuesta Nacional de Hogares 2000 (INEI) encontró que las poblaciones con menores ingresos, rurales y con necesidades básicas insatisfechas eran las que accedían menos; sin embargo esta encuesta esta dirigida sólo a problemas físicos y no ha considerado ninguna pregunta acerca de la salud mental.[39] La Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida (ENNIV-2000) encontró que la atención en salud (general) es similar entre hombres y mujeres, mayor en la zona urbana que en la

rural, tendiendo a aumentar con el nivel de ingresos.[40] Es probable que en el caso de la salud mental intervengan otras variables socioculturales y experiencias indirectas previas con el sistema. El acceso a servicios de salud mental ha sido 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.

2.9. POBREZA Y SALUD MENTAL

Las encuestas nacionales recientes están demostrando que más de la mitad de la población peruana se encuentra en situación de pobreza, siendo en Lima cerca de un tercio de la población.[41] Tal situación para la sierra es mucho más preocupante. La situación económica global y el nivel de pobreza de un país tienen un impacto directo sobre las condiciones de salud, debido a que existe una estrecha relación entre el nivel de educación y las prácticas de higiene de la población. 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 del 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 solo la salud física de las personas sino también su salud mental.[42] La OMS en su informe anual de salud del año 2001 enfatizó la relación entre la pobreza y la salud mental, en especial con el episodio depresivo.[9]

En nuestro medio, el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental realizado en la ciudad de Lima y Callao en el año 2002 encontró una importante asociación entre indicadores de pobreza y los trastornos ansiosos y depresivos, remarcando la importancia y necesidad de considerar el estudio de aspectos socioeconómicos en el estudio de la salud mental. Más aún, los estudios sobre la pobreza en el país[41] han encontrado que los indicadores de pobreza son mucho más altos en zonas como la sierra, donde el porcentaje de pobres es del 72% de la población. Por ello, nos encontramos en un ambiente lamentablemente propicio no sólo para incrementar los problemas de salud mental en sectores marginados, sino para incidir en sus posibilidades de acceso. En países pobres como el nuestro, se hace imprescindible continuar la exploración en escenarios distintos con la finalidad 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 del estudio en esta área fue explorar la relación existente entre el nivel socioeconómico, expresado en términos de pobreza, y la presencia de problemas de salud mental en el sentido más amplio en la población de las ciudades de Cajamarca, Huaraz y Ayacucho.

2.10. EVENTOS DE VIDA Y SALUD MENTAL

Diversos estudios clínicos y epidemiológicos y especialmente los estudios clásicos de Bowlby (1969, 1973,1980) han permitido relacionar los eventos de vida adversos con el desarrollo de enfermedad mental. Hay suficientes datos que demostrarían las hipótesis que, por ejemplo, la separación de los padres, las amenazas de éstos a sus niños con abandonarlos, el excesivo control del comportamiento de los niños y el descuido en la atención a los mismos, entre otras cosas, provocarían disturbios emocionales en la adultez. La finalidad de la presente investigación ha sido conocer esta relación en nuestra población, para ello en la encuesta del estudio epidemiológico para la Sierra Peruana se incluyeron preguntas sobre los eventos de vida adversos para luego confrontarlos con los datos obtenidos con la prevalencia de desórdenes mentales.[43]

2.11. ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y LA SALUD MENTAL

En el Perú, las necesidades de salud de la población vienen siendo, desde antaño, satisfechas por dos sistemas paralelos: el de la medicina oficial o académica y el de la medicina popular o tradicional.[44] En estudios de morbilidad en poblaciones abiertas y de las experiencias acumuladas por distintos investigadores en el mundo, se señala que una significativa mayoría (del 70% al 80%) de los episodios de enfermedad reportados, se maneja por fuera de los sistemas de atención médico oficial, recurriendo a otros sistemas alternativos como los que ofrece entre otros la medicina tradicional o popular.[45]

La bibliografía peruana es rica en calidad, cantidad y variedad en ésta área gracias a estudios realizados por científicos peruanos y extranjeros en los últimos 50 años.[46] Por otro lado, los estudios de orden social, médico y folklórico sobre medicina tradicional o popular no han sido programados con un rigor metodológico[47] que permitan una sistematización de ellos; así como tampoco se había realizado antes un estudio epidemiológico en que se intente explorar no sólo los síndromes socioculturales, sino también los agentes que los resuelven, sus estrategias diagnósticas y de tratamiento; también se ha explorado aunque en forma incipiente sobre espiritualidad y religiosidad popular pero como espacio de resistencia e identidad a la vez que de integración y de solidaridad.[48] Finalmente, aunque por ahora a modo de conclusiones de tipo hipótesis, se presentan algunos resultados de este módulo.

2.12. DISCRIMINACIÓN Y SALUD MENTAL

Según la Real Academia Española, la palabra «discriminación» se refiere a la acción y efecto de discriminar y discriminar significa en su primera acepción separar, distinguir, diferenciar una cosa de otra; y en su segunda acepción dar trato de inferioridad a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, etc. Ambas acepciones deben conjugarse para comprender un tanto el proceso de la discriminación. La capacidad de discriminar es un ingrediente fundamental para el desarrollo del ser humano y probablemente uno de los cimientos de su sobrevivencia como especie.

Un número importante de estudios internacionales respalda la importancia de la relación entre discriminación y salud mental. La discriminación como estresor psicosocial es considerada entre los estresores secundarios más importantes asociados a eventos estresores mayores como la pérdida del trabajo o la exposición a la violencia.[49] Entre los motivos de discriminación relacionados con la salud mental se encuentran el género, la orientación sexual,[50] el racismo,[51] el etnicismo,[52] el status social[53] e incluso la condición de salud mental en sí misma,[54] sin considerar formas más sutiles como la belleza física, la edad, etc. Las medidas de salud mental empleadas para medir los efectos de la discriminación han sido el distrés psicológico, la satisfacción de vida, el sentimiento de felicidad, síntomas de ansiedad o depresivos.[52] Al parecer la prevalencia de la discriminación sería muy alta. Según un estudio epidemiológico realizado en los EEUU[53] la gran mayoría de las personas ha experimentado algún tipo de discriminación mayor en su vida y un tercio considera experimentarla en algún momento en el día a día. Por ejemplo, según este estudio el 48% de los encuestados percibe en algún momento que las personas actúan como si ellas fueran inferiores; un 40% percibe en algún momento un mal servicio en restaurantes o tiendas; un 43% percibe en algún momento que las personas actúan como si ellas no fueran inteligentes.

2.13. ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES

A través del mundo hay programas que luchan contra las actitudes adaptadas por la gente contra las personas con problemas de salud mental y las conductas discriminatorias asociadas, pero hay evidencia que el trabajo en la práctica es todavía insuficiente. El estigma afecta no sólo a la gente con enfermedad mental, sino también a sus familiares. El entendimiento de cómo afecta a los miembros de la familia en términos de su respuesta psicológica a la persona enferma y su contacto con los servicios psiquiátricos, podría mejorar el contacto con los familiares.

El estigma en esquizofrenia va dirigido no sólo a los pacientes, también a los familiares, profesionales de la salud, hospitales psiquiátricos, medicamentos antipsicóticos y otras terapias. El estigma contra las personas con esquizofrenia se sustenta en una serie de mitos:

- Son violentas y peligrosas
- Pueden contagiar a otros con su enfermedad
- Están locos
- No pueden tomar decisiones
- Son impredecibles
- No pueden trabajar
- Deben permanecer hospitalizados o presos
- No tienen esperanza de recuperación
- Son retardados mentales
- Es debido a una brujería o maleficio
- Fueron mal cuidados en la en la niñez

Las consecuencias del estigma podemos resumirlas en la siguiente forma:

- Aislamiento social
- Desesperanza
- Temor hacia los pacientes con esquizofrenia
- Desprecio y rechazo
- Menores oportunidades de empleo
- Tratamientos inadecuados

El estigma se combate con el incremento de la calidad de vida:

- Reducir los síntomas que la persona experimenta con el uso de un tratamiento farmacológico
- Reducir las consecuencias adversas de la enfermedad
- Mejorar la competencia social del individuo
- Incrementar el soporte familiar y social en las áreas de empleo, labores hogareñas, socialización y recreación

El Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana: Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, se presenta en el marco del estudio del diagnóstico de la salud mental en el Perú que iniciara el IESM desde el año 2002 y que tiene proyectado cubrir las principales ciudades del país. En este informe se incluyen los resultados principales a nivel general de las tres ciudades y algunos indicadores por ciudad. Le siguen informes de cada ciudad y publicaciones a profundidad sobre temas específicos.

III.OBJETIVOS

El presente estudio ha constado de 15 sub-proyectos principales, en este resumen presentamos los objetivos generales de cada uno de ellos

3.1. OBJETIVOS GENERALES POR CAPÍTULOS

- Conocer la magnitud de los potenciales de la salud mental como sentimientos prevalentes de la población, conductas sociopáticas, nivel de cohesión y soporte familiar, calidad de vida, discapacidad, discriminación, manifestaciones de distrés emocional, etc. de la población de las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.
- Determinar la prevalencia de indicadores suicidas en adultos, adultos mayores y mujeres, así como en grupos específicos como mujeres maltratadas en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.
- Conocer la magnitud de los factores asociados a la Violencia Familiar y su vinculación al área de las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.
- Determinar la prevalencia, aspectos clínicos, factores de riesgo y protección relacionados a la conducta adictiva en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.
- Conocer las características sociodemográficas, la prevalencia de los trastornos mentales y físicos más frecuentes y los aspectos relacionados a la salud mental en general de la población mayor de 60 años de las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.
- Determinar la magnitud, factores de riesgo y factores asociados al trastorno depresivo, la ansiedad y los indicadores suicidas en adolescentes mayores de 12 años en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.
- Determinar la prevalencia y características del trastorno de la alimentación, factores de riesgo y protección en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.
- 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 las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.
- Estimar la prevalencia de los trastornos depresivos (distimia, depresión mayor) , así como aspectos relacionados a la calidad de vida, funcionamiento e influencia de los estilos parentales en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.
- Estimar la prevalencia de los trastornos psicóticos (síndrome psicótico y trastorno bipolar), así como aspectos relacionados a la calidad de vida, funcionamiento e influencia de los estilos parentales en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.
- Determinar la magnitud y los factores que se asocian, influyen o interfieren en el acceso equitativo a la atención de salud de personas con problemas de salud mental en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003 tanto en forma general como en patologías psiquiátricas específicas.

- 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 las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.
- Explorar aspectos sobre medicina tradicional como los agentes de la Medicina Tradicional, los Síndromes Clínicos Populares o Folklóricos, los métodos diagnósticos, los métodos terapéuticos y la correlación entre síntomas y signos clínicos de los Síndromes Populares o Folklóricos con lo síndromes clínicos psiquiátricos las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.
- Identificar el nivel de desarrollo humano alcanzado por las personas en la población de las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.
- Identificar las actitudes de estigma ante los trastornos mentales en la población de las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.

IV. METODOLOGÍA

El Estudio Epidemiológico en Salud Mental de la Sierra Peruana 2003 consta de 15 capítulos o temas de estudio más importantes, la sección de procedimiento incluirá por lo tanto los procedimientos de todas las entrevistas a realizarse en el referido proyecto.

4.1. TIPO DE DISEÑO Y DE ESTUDIO

Tipo descriptivo, epidemiológico de corte transversal

4.2 DISEÑO MUESTRAL

4.2.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población a investigar comprende de manera general a las personas mayores de 12 años residentes en viviendas particulares de las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz.

Estas tres ciudades son consideradas prototipo para el desarrollo de la investigación, y se toman en cuenta como tres grupos culturales diferenciados que han experimentado procesos sociales diferentes en los últimos 25 años.

4.2.2 NIVELES DE INFERENCIA

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

Estratos socioeconómicos:
- No pobre
- Pobre
- Muy pobre

4.2.3 Marco muestral y unidades de muestreo

El marco muestral empleado es el del Instituto Nacional de Estadística e Informática elaborado sobre la base del Pre-Censo de 1999.

Para los fines de esta investigación, el marco muestral comprende las siguientes unidades de muestreo:

- **Unidades primarias de muestreo:**

Son los conglomerados o agrupamientos de viviendas contiguas organizadas en cuadriláteros espaciales en las áreas consolidadas así como los conjuntos contiguos de viviendas separadas por espacios determinados, en los asentamientos no regulados del área urbana de los distritos que conforman las ciudades.

Los conglomerados constan de 80 viviendas en promedio con una variación entre 40 y 151.

- **Unidades secundarias de muestreo:**

Son las viviendas de cada uno de los conglomerados seleccionados en la primera etapa.

- **Unidades finales de muestreo:**

Son las personas que satisfacen los criterios de inclusión para cada uno de los módulos de la investigación.

4.2.4 Estratificación

No se ha efectuado una estratificación explícita pues no se dispone de información que permita identificar factores diferenciales de la salud mental asociados con la distribución de la población en las ciudades en estudio. En este sentido una muestra sistemática permitirá la mayor dispersión y cobertura espacial de la población y posibilitará efectuar post estratificaciones en función de los resultados.

4.2.5. Tipo de muestra

La muestra es de tipo probabilística, en tres etapas, con selección sistemática y proporcional al tamaño de las unidades primarias de muestreo, de selección de conglomerados compactos de viviendas en la segunda etapa de muestreo, y de selección simple de personas en la etapa final, entre quienes satisfacen los criterios de inclusión. La muestra es ponderada con el fin de reproducir la estructura demográfica de la población en estudio.

4.2.6 Tamaño y distribución de la muestra

La muestra consta de 4 212 hogares en total para las tres ciudades en estudio.

Con el fin de asegurar un nivel de precisión más o menos constante en cada una de las ciudades en investigación, se ha optado por distribuir la muestra en tres partes iguales, correspondiendo 1 404 hogares a cada una de ellas.

En cada una de las ciudades se seleccionará 117 conglomerados, y dentro de cada uno de ellos se tomará dos segmentos compactos de seis viviendas cada uno, totalizando 12 viviendas por cada conglomerado.

Los 117 conglomerados de cada ciudad han sido distribuidos de manera proporcional al número de ellos en cada distrito, de acuerdo a la información disponible en el marco muestral del INEI.

En la tabla No 1. se presenta la distribución de la muestra por ciudades y distritos.

TABLA NO. 1
DISTRIBUCION DE LAS MUESTAS

Ciudad y Distritos	#Conglom. por Ciudad	#Conglom. por Distrito	Viviendas por Distrito	Viviendas por Ciudad
Huaraz		117		1 404
Huaraz	57		684	
Independencia	60		720	
Cajamarca		117		1 404
Cajamarca	111		1 332	
Baños del Inca	6		72	
Ayacucho		117		1 404
Ayacucho	71		852	
Carmen Alto	11		132	
San Juan Bautista	23		276	
Jesús Nazareno	12		144	
Total	**351**	**351**	**4 212**	**4 212**

4.2.7 UNIDADES DE ANÁLISIS

- Adolescente 12 a 17 años
- Mujer casada o 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

4.2.8 PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra de personas será seleccionada en tres etapas y de manera independiente en cada ciudad. En la primera etapa se seleccionarán conglomerados, en la segunda serán las viviendas dentro de cada uno de los conglomerados elegidos en la primera etapa, y en la última se escogerán personas de cada población objetivo dentro de cada vivienda seleccionada.

4.2.8.1 Selección de unidades primarias de muestreo (UPM) o conglomerados.

Las UPMs fueron seleccionadas de manera sistemática y con probabilidad proporcional al tamaño en número de viviendas al interior de cada uno de los distritos. En total se han seleccionado 117 conglomerados en cada ciudad.

Con el fin de eliminar los sesgos por desactualización del marco muestral, el personal de campo efectuará un registro de las viviendas ocupadas en cada uno de los conglomerados seleccionados; el campo y los registros serán llenados en formatos estandarizados.

4.2.8.2 Selección de las unidades secundarias de muestreo (USM) o viviendas.

Las USMs son seleccionadas en dos segmentos compactos de seis viviendas consecutivas en cada conglomerado. Los segmentos serán seleccionados de manera sistemática sobre la base de la cantidad de viviendas ocupadas registradas en el conglomerado, con un arranque aleatorio definido en la tabla de selección ad-hoc, generada de manera aleatoria de acuerdo a una distribución uniforme de probabilidades. No se reemplazará ninguna de las viviendas seleccionadas

Los pasos a seguir para la selección de las viviendas son los siguientes:

i) . Determinar el número de viviendas ocupadas del conglomerado, tomado del registro elaborado por el personal de campo.

ii). Ubicar el total de viviendas ocupadas del conglomerado en la tabla de selección

iii). Iniciar el primer grupo o segmento compacto con la vivienda cuyo número de orden de vivienda ocupada aparece en la columna del primer grupo de la tabla, y entrevistar hasta un total de seis viviendas.

iv). Iniciar el segundo grupo o segmento compacto con la vivienda cuyo número de orden de vivienda ocupada aparece en la columna del segundo grupo de la tabla, y entrevistar hasta un total de seis viviendas.

4.8.2.3 Selección de las unidades finales de muestreo (UFM) o personas.

En cada una de las viviendas seleccionadas se determinó el número de personas residentes habituales que satisfacían los diferentes criterios de inclusión. Se organizó una columna en la hoja de registro de miembros del hogar donde se identificó a cada una de las personas elegibles dentro de cada población objetivo. Las personas a entrevistar fueron seleccionadas aleatoriamente empleando la tabla de selección de personas, salvo la mujer unida (jefe del hogar o cónyuge del jefe del hogar sin importar la condición de casada o conviviente).

En las viviendas donde hubo más de un hogar, sólo se consideró a las personas integrantes del hogar principal.

No se reemplazó ninguna de las personas seleccionadas en cada población objetivo.

4.2.9 CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS QUE RESPONDIERON A LA ENCUESTA

Adolescentes entre 12 y 17 años, sin problemas que impidieran la comunicación. En caso de existir problemas mentales moderados o severos que impidieran la comunicación directa con la persona, se procedió a una entrevista indirecta con el jefe del hogar. En caso la persona fuera quechua hablante la comunicación se logra a través de un encuestador quechua hablante.

Mujer casada o unida, jefa del hogar o pareja de jefe del hogar, sin problemas que impidieran la comunicación. Si la persona fue quechua hablante la comunicación se logra a través de un encuestador quechua hablante.

Personas adultas mayores de 18 años, sin problemas que impidieran la comunicación. En caso de

haber existido problemas mentales moderados o severos que impidieran la comunicación directa con la persona, se procedió a una entrevista indirecta con el jefe del hogar. Si la persona fue quechua hablante la comunicación se logra a través de un encuestador quechua hablante.

Personas adultas mayores de 60 años, sin problemas que impidieran la comunicación. En caso de haber existido problemas mentales moderados o severos que impidieran la comunicación directa con la persona, se procedió a una entrevista indirecta con el jefe del hogar. Si la persona fue quechua hablante la comunicación se logra a través de un encuestador quechua hablante.

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, inicial/preescolar, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, bachillerato, superior no universitario, superior, postgrado. Se presentan como alternativas múltiples y se miden como escala ordinal, utilizándose el cuestionario del EEMSM. Para efectos del número de años de instrucción se ha considerado el inicial/preescolar como un año.

Nivel de pobreza según gasto de consumo y línea de pobreza.- Es una evaluación subjetiva, en función a si los ingresos familiares permiten la cobertura de las necesidades básicas de la persona como alimentación, vivienda, salud, educación, vestido (necesidades básicas) y otras necesidades no básicas como la distracción, pasatiempos, educación diferenciada, etc. Si la persona responde que los ingresos familiares no alcanzan ni para las necesidad básica de alimentación se le considera pobre extremo; si los ingresos cubren 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.

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 y espiritual de la persona. Es medida con la escala de Índice de Calidad de Vida de Mezzich, en una escala de intervalo.

Cohesión familiar.- Se refiere a la fuerza de los lazos que unen a los miembros de una familia y se traduce en conductas tales como respeto y apoyo mutuo, orgullo familiar, compartir actividades, principios y valores. Se mide en una escala ordinal.

Dinámica familiar.- Relaciones de funcionamiento en un grupo de personas emparentadas entre sí, que viven juntas y que tienen alguna condición, opinión o tendencia en común.

Discapacidad física.- Es un estado de incapacidad física o mental de una persona, que genera limitaciones personales, laborales y de la salud mental. Ella es medida con el cuestionario del EESMSP en una escala ordinal.

Estrés.- Es conjunto de reacciones físicas, químicas o emocionales que experimenta una persona como respuesta a una situación determinada que implica demanda, exigencia, privación o abuso. Puede producir enfermedad física o trastorno de salud mental, como por ejemplo, ansiedad y depresión, entre otros. Es medida en una escala nominal, utilizando el cuestionario del EESMSP.

Estresor psicosocial.- Es un evento existente en el ambiente familiar, el trabajo, las relaciones sociales y comunitarias o en los contextos económico político y cultural que produce estrés en la persona entrevistada.

Estrés ambiental.- Es el estrés que experimenta la persona producido por estímulos de los entornos físicos en los que se desenvuelve como por ejemplo, ruidos, mal olor, pobre ventilación, espacios reducidos. Se medirá a través de una escala ordinal.

Opinión sobre los problemas del país.- Es apreciación subjetiva del entrevistado/a acerca de cuáles son los principales problemas del país. Se presenta en escala nominal utilizando en cuestionario del EESMSP.

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 que hace el entrevistado/a acerca del cumplimiento de sus necesidades y expectativas en su ambiente laboral en áreas como: funciones ejercidas, remuneración percibida, ambiente físico, compañeros de trabajo, carga laboral, trato y reconocimiento de parte de sus jefes. Es medida en una escala ordinal.

Satisfacción personal.- Es la evaluación que hace el entrevistado/a acerca del cumplimiento de sus necesidades, deseos y expectativas personales con relación a su aspecto físico, inteligencia, estudios, relaciones sociales, y economía. Esta es evaluada en una escala de tipo ordinal, utilizándose el cuestionario del EESMSP.

Solidaridad.- Adhesión circunstancial a la causa o a la empresa de otros. Es medida con el cuestionario del EESMSP en una escala nominal.

Uso de sustancias.- Patrones de consumo de alguna sustancia psicoactiva pudiendo generar consumo perjudicial o dependencia. Estas son medidas con los criterios de investigación del CIE-10 y el cuestionario del EESMSP 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.

Tendencias religiosas.- Incluye la afiliación y/o participación de la entrevistada/o en una religión que se manifiesta en sus cogniciones, sentimientos y prácticas. Se mide con el cuestionario del EESMSP 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 fobia social, 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 nervosa y la anorexia nervosa; es medida con una adaptación del MINI utilizando criterios de investigación de la CIE-10, en una escala nominal; a su vez se ha utilizado el cuestionario de EDI-2.

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 familiar social y del trabajo, a consecuencia de un trastorno mental.

Discapacidad Física- Limitación para desempeñarse como individuo en el medio familiar, 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 respuestas 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 influyeron 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 el rol sexual. Los términos género y sexo se utilizan a menudo indistintamente, aunque sexo 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, empleando el cuestionario EESMSP.

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

Abuso o maltrato sistemático.- Se refiere a la presencia de algún tipo de maltrato o abuso con una frecuencia de 1 ó 2 veces al mes en el último año.

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 emocionales 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 nocivas 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 EESMSP.

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

Violencia física.- Es la acción de dar golpes, puñetes o empujones. Es evaluada en una escala ordinal que mide 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 ha asumido como sinónimos de maltrato hacia la mujer. Es evaluada en una escala nominal, empleando el cuestionario EESMSP.

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 ordinal que mide 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 ordinal que mide la frecuencia del acto.

5.7. FUNCIONES COGNOSCITIVAS

Actividades de la vida diaria .- Son aquellas que se realizan cotidianamente. Incluyen: el uso del propio dinero, el poder comprar cosas como ropa y comestibles, prender y apagar la cocina para preparar alimentos, mantenerse al día con los acontecimientos que ocurren en la comunidad, en el vecindario y en la familia, poder seguir y discutir un acontecimiento difundido en algún medio de comunicación, manejar los propios medicamentos, recordar compromisos, pasear solo(a) por el vecindario y encontrar el camino de regreso a casa y el poder quedarse solo(a) en casa. Las actividades de la vida diaria se miden con la Escala de Pfeffer.

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.

5.8. SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL

Daño, brujería.- Es un síndrome folklórico muy común en las tres regiones del Perú; de variada sintomatología y evolución crónica. El resultado del Daño puede ser de sintomatología física, mental o moral. El tratamiento es a base de rituales "mágico religiosos" asociados a rezos, oraciones, cantos, etc.

Susto.- Se produce, cuando en la persona el espíritu abandona su cuerpo debido a una experiencia o accidente grave que produce miedo o susto.

Mal de ojo, ojeo.- Frecuente en los niños. Se produce por la acción mágica de la mirada de una persona sobre otra.

Aire.- En la Medicina tradicional, el aire, es el agente etiológico más frecuente de un sinnúmero de enfermedades.

Chucaque.- Se presenta frente a una situación de vergüenza. Sus síntomas son de tipo cefaleas y digestivos.

VI. INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE LOS CUALES SE CONSTRUYÓ EL CUESTIONARIO

Se elaboraron 10 módulos que cubrían las distintas áreas y que serán descritos más adelante. Estos cuestionarios han sido elaborados a partir de la experiencia de los equipos especializados en las distintas áreas y de los siguientes instrumentos:

• **Cuestionario de Salud Mental.-** Elaborado originalmente en Colombia[1] y utilizado y adaptado en estudios anteriores en la institución tanto en adultos, como en adolescentes[1,7,8]. Para el presente estudio se realizó una adaptación a profundidad del instrumento a través del estudio piloto y criterios de expertos. Sus secciones recogen información sobre uso de sustancias, conductas antisociales, síntomas de distrés emocional, conductas de auto y hetero agresividad, soporte social, estresores psicosociales, etc.

• **Índice de Calidad de vida.-** Elaborado y validado por Mezzich y colaboradores en una versión española[55], se trata de un cuestionario compuesto de 10 ítems que recogen los aspectos de la calidad de vida más frecuentemente utilizados para el evaluar el "constructo "Calidad de vida". Recoge aspectos como: bienestar físico, bienestar psicológico, autocuidado y funcionamiento independientes, ocupacional, e interpersonal, apoyo social-emocional, apoyo comunitario, sentimientos de plenitud, así como una valoración global. El instrumento fue adaptado en una versión para la población peruana.

• **EMBU (Egna Minen av Bardoms Uppfostran**) (Propia memoria acerca de la crianza).- Es un instrumento 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 favoritismo[56]. Para el presente estudio se utilizaron sólo algunos ítems de carga más alta.

• **Mini Mental State Examination (MMSE).-** elaborado por Folstein[57], es una de los instrumentos de evaluación cognoscitiva más utilizados y evalúa aspectos de orientación, memoria, atención, cálculo, lenguaje y habilidad constructiva.

• **Cuestionario de Pfeffer.-** Instrumento que mide aspectos cognoscitivos a través de un informante.

Mide las actividades instrumentales de la vida diaria. Al usarla junto con el MMSE, detecta deterioro cognoscitivo sospechoso de demencia. Ambos tests, usados conjuntamente, han mostrado una alta sensibilidad (95%) y especificidad (84%).

• **Cuestionario de Violencia Familiar.-** Se desarrollo un cuestionario a partir del utilizado en el Estudio Metropolitano sobre la violencia y comportamientos asociados en Lima metropolitana y Callao de Anicama y colaboradores[5]. Este cuestionario fue validado y utilizado en el EEMSM 2002.

• **MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión Español CIE-102[,58].-** Elaborado por Sheehan, Lecrubier y colaboradores, es un instrumento que basado en la Décima Revisión Internacional de Enfermedades, obtiene información estandarizada sobre los principales trastornos psiquiátricos, habiendo sido adaptado lingüísticamente para obtener prevalencia de vida, a 12 meses, a seis meses, prevalencia de vida, además de la prevalencia actual.

• **Cuestionario sobre determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú[59].-** Desarrollado por el INEI, eligiéndose algunas preguntas adaptándolas al 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 de autoinforme muy utilizado para evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). Es un instrumento de tipo autoinforme, de fácil aplicación, que ofrece puntuaciones en 11 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 será de derecho, es decir, la población de estudio estará constituida por todos los residentes habituales del hogar.

6.1.2 COBERTURA DE LA ENCUESTA

6.1.2.1 Cobertura Geográfica.- La encuesta se realizó a nivel urbano de las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz.

6.1.2.2 Cobertura Temporal.- La Encuesta se desarrolló durante los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre del año 2003.

6.1.2.3 Cobertura Temática y Periodos de Referencia.- La Cobertura Temática de la investigación comprende:

a. Variables demográficas y socioeconómicas

   i. Características de la vivienda (día de la entrevista)

ii. Educación (día de la entrevista)

iii. Empleo e ingreso familiar (3 últimos meses)

iv. Gasto familiar (mes anterior)

b. Aspectos de Salud mental general

i. Autoestima (últimos 3 meses)

ii. Rasgos psicopáticos (día de entrevista, últimos 12 meses, de vida)

iii. Problemas de la conducta alimentaria (últimos 12 meses)

iv. Confianza (día de la entrevista)

v. Cohesión familiar (últimos 12 meses)

vi. Sensación soporte social (día de la entrevista)

vii. Sensación de seguridad ciudadana (día de la entrevista)

viii. Calidad de vida (ultimo mes)

ix. Funcionamiento personal, laboral, social, familiar (último mes)

x. Nivel de conocimiento sobre aspectos de salud mental (día de la entrevista)

xi. Problemas relacionados al género (día de la entrevista)

xii. Discriminación (de vida, últimos 12 meses)

xiii. Desarrollo humano (actual)

xiv. Estigma hacia la salud mental (actual)

c. Función cognoscitiva (día de la entrevista)

d. Violencia familiar

i. Violencia hacia la mujer (de vida, últimos 12 meses)

ii. Violencia hacia el niño (de vida)

e. Trastornos clínicos psiquiátricos según la Clasificación Internacional de enfermedades Décima Edición (CIE-10)

i. Trastornos de ansiedad (de vida, 12 meses, 6 meses, actual; acceso a servicios 12 meses)

1. Agorafobia

2. Trastorno de pánico

3. Fobia social

4. Trastorno obsesivo-compulsivo

5. Trastorno de ansiedad generalizada
6. Estado de estrés postraumático

ii. Trastornos afectivos (de vida, 12 meses, 6 meses, actual; acceso a servicios 12 meses)
1. Episodio depresivo
2. Distimia
3. Episodio maníaco

iii. Trastornos de la conducta alimentaria (actual)
1. Bulimia
2. Anorexia nerviosa

iv. Trastorno adictivos (últimos 12 meses)
1. Alcohol (dependencia/abuso)
2. Otras drogas (dependencia/abuso)

v. Episodio psicótico (de vida, anual, 6 meses, actual)

f. Acceso general a atención servicios de salud mental (últimos 6 meses)

6.2 MÉTODO DE LA ENTREVISTA

Se empleará el método de entrevista directa, con personal debidamente capacitado y entrenado para tal fin y que visitará las viviendas. Seleccionadas durante el periodo de recolección de información.

6.3 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

En el EEMSM-2002 se realizó un piloto para probar la encuesta en 100 viviendas, 20 viviendas de cada cono. Se realizaron ensayos en conjunto con el especialista para mejorar la consistencia. A través de este procedimiento se adaptó el instrumento. Para este estudio se realizaron los ajustes necesarios y se realizó una prueba en 25 viviendas seleccionando áreas de la ciudad donde se encontraban personas oriundas de la ciudades que estaban involucradas en el estudio.

Tipos de Validez

• **Validez de construcción,** a través de las correlaciones (corregidas para una mejor discriminación del ítem evaluado) se realizó la **técnica de ítem – total**. Los coeficientes Alpha definitivos oscilaron entre 0,65 a 0,94 para los diversos ítems.

• **Validez de constructo:** A través de técnicas multivariadas como el **análisis factorial** se analizó la composición de indicadores (ítems) que conforman dimensiones (factores) y finalmente las variables del estudio de Salud Mental. Las matrices factoriales nos otorgaron altos índices de correlación y óptimos niveles de significancia ($p < 0,01$).

Tipo de Confiabilidad

• **Coeficiente de Consistencia Interna:** A través del estadístico Alpha de Cronbach se determinó la medición de homogeneidad de un instrumento a través de su variabilidad. Los coeficientes Alpha definitivos oscilaron entre 0,65 a 0,94 para los diversos ítems.

• **Coeficiente de Equivalencia:** Este coeficiente se determina correlacionando los puntajes de formas paralelas de un mismo instrumento. En el caso del estudio epidemiológico se desarrolló *reentrevistas* en una muestra que permitió hacer la comparabilidad (altos coeficientes de sensibilidad y especificidad) de la información en cuanto a prevalencias de las diferentes patologías. Es decir, se detectó las concordancias patologías como depresión y casos de ansiedad, entre otros.

• **Coeficiente de Estabilidad:** Test - Retest. Este método fue empleado para mejorar la confiabilidad de la información digitada. El proyecto de los estudios contempla un proceso de redigitalización, de esta manera se procedió a establecer las correlaciones entre las bases de datos; logrando una alta confiabilidad de la data antes de su análisis preliminar (Análisis Exploratorio de Datos) y definitivo.

6.4 OBTENCIÓN DE INDICADORES DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD A PARTIR DE LOS PROPIOS DATOS DE ESTUDIO

M.I.N.I.; Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

Esta prueba evalúa diversos trastornos clínicos como depresión, ansiedad, estrés postraumático, fobia social, agorafobia, entre otros. Los índices de concordancia a través de estadístico Kappa en estudios pilotos han reportado cocientes entre 0,60 y 0,87 siendo mejor para los cuadros que reportaron mayores prevalencias.

Cuestionario de Salud Mental; División de Comportamiento Humano del MINSA Colombia

Este cuestionario adaptado, se procesó a través de validez de contenido, por técnicas de jueces y expertos, quienes mejoraron su contenido y fraseo para las poblaciones específicas. Los grados de concordancia a través del estadístico binomial tuvieron una significancia menor al 1,6% en promedio (siendo lo aceptable menor al 5%)

Índice de Calidad de Vida; Mezzich y Col.

Esta escala fue procesada psicométricamente con análisis factoriales, los mismos que discriminaron la independencia de los factores que componen el *constructo* calidad de vida

E.M.B.U.; Actitudes de crianza Parentales.

La escala en mención fue validada por análisis ítem total, utilizando para el estudio una sección de ella, es decir algunos ítems.

Mini Mental State Exam (MMSE); Orientación, memoria, atención, cálculo, lenguaje y habilidad constructiva (Folstein)

El MMSE fue validado estadísticamente, correlaciones entre preguntas de la prueba y criterios diagnósticos a través de otros instrumentos afines.

Cuestionario Violencia Familiar

La validación de contenido y el análisis de confiabilidad mayor a 0,85 fueron los indicadores metodológicos que dan valor a la información recogida.

Cuestionario sobre determinantes del acceso a los servicios de salud

Idem al anterior, además fueron relacionados con otras preguntas del cuestionario respecto al área clínica y tratamientos respectivos.

EDI – 2; Inventario de trastornos de la conducta alimentaria

Esta escala discriminó la integración de cada ítem con la prueba en general, a través del análisis de variabilidad de las respuestas.

6.5 ENTRENAMIENTO EN EL USO DE INSTRUMENTOS

Actividades de Capacitación.

Una parte importante del estudio epidemiológico fue el entrenamiento de los encuestadores y supervisores, a través de capacitaciones por los propios autores.

Actividades del Piloto.

El estudio piloto permitió una factibilidad del estudio definitivo, es decir, llegar a obtener información válida y confiable.

Actividades de la Supervisión.

La supervisión fue constante tanto en el recojo de información como en la calidad de la información, a través de seguimiento de análisis de gabinete y análisis cuantitativo.

6.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó un consentimiento informado antes del inicio de la encuesta en cada una de las unidades de análisis.

VII.PROCEDIMIENTOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO

a) Construcción del Instrumento.- La encuesta fue ajustada y probada en 25 viviendas de personas oriundas de la zona de la encuesta. Esta validación en campo se realizó con cuatro encuestadores y un supervisor. Esto permitió validar la encuesta, medir los tiempos, explorar la presencia de las unidades de análisis y hacer lo ajustes finales a la encuesta.

b) Se confeccionó un Manual del Encuestador donde se especificaron las características de los cuestionarios, la organización del trabajo de campo, las funciones de los encuestadores, la identificación y selección de viviendas, instrucciones generales y específicas para el llenado del cuestionario. Se incluyó en él la Guía del Supervisor donde se especificaron sus funciones.

c) Los encuestadores seleccionados fueron bachilleres de psicología o psicólogos o de alguna área de la salud con alguna experiencia en realizar trabajos de campo en hogares, de preferencia con experiencia en temas de salud mental.

d) Los supervisores seleccionados fueron bachilleres de psicología o psicólogos o de alguna área de la salud con alguna experiencia en realizar trabajos de campo en hogares o de aquellos que hayan participado en el proceso de validación del instrumento. Los supervisores tuvieron la responsabilidad de la conducción técnica y administrativa de la Encuesta y velaron por el control de calidad de la información. Los supervisores fueron seleccionados del proceso de capacitación de aquellos que obtuvieron las mejores evaluaciones.

e) Se requirió de nueve encuestadores, tres supervisores y un coordinador de campo por cada ciudad

f) La capacitación técnica de los supervisores y encuestadores fue responsabilidad de los investigadores del INSM. Tuvo como objetivo desarrollar el conocimiento profundo de la problemática a estudiar, orientándose a los temas de salud mental y a los posibles problemas a encontrarse a través de la exploración de este tipo de temas. Asimismo, se hizo énfasis en la técnica de entrevista y los cuidados en ella. La capacitación incluyó revisar detenidamente el diligenciamiento de los cuestionarios y se realizaron ensayos en campo. La capacitación tomó nueve 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 ensayos en campo y finalmente el octavo día se dedicó a estandarizar los procedimientos y a discutir lo aspectos operativos.

g) En un plazo de 10 semanas los encuestadores recogieron toda la información; considerándose un promedio de 2,5 viviendas por día.

h) Recopilación de los datos.- Se empleó el método de la entrevista directa. Se entrevistó el hogar principal. Se hizo 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 fuese mujer unida se procedió a elegir al azar a través de una tabla suministrada.

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 ocho digitadoras desde la primera semana de iniciada la encuesta. Se realizaron los análisis estadísticos en un Computador Pentium IV mediante el programa estadístico de SPSS versión 12 para muestras complejas.

j) Se dio consistencia a 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, se validaron de variables, así como se identificaron de valores extremos para su posterior verificación.

k) Análisis de los datos.- Según lo expuesto a continuación.

VIII. RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO

De las 4212 viviendas que se planearon se logró ingresar a 4058 hogares, siendo 3871 ingresos completos (91,90%) y 187 incompletos (4,43%). El rechazo se presentó en 74 viviendas (1,75%), las ausencias en 69 (1,63%). El grado de apertura éxitosa fue del 96,34%. No existieron problemas mayores y la colaboración de los entrevistados fue muy satisfactoria.

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 la unidades de investigación: como edad promedio, grupos etários, 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 ciudad de residencia relacionadas con variables de salud mental. Cuando las variables de salud mental fueron nominales (ejemplo: depresión *versus* no depresión) y las variables relacionadas también (genero, edad, condición de cobertura de necesidades básicas, cono de residencia), se utilizó la prueba estadística de *chi* ^{2} para comparar proporciones con un nivel de significancia de 0,05 tomado en cuenta el diseño muestral. En cada caso se utilizó estadísticos 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 índice del coeficiente variación es aceptable hasta en un 14,99%. Por lo tanto se sugiere al lector la consulta de dichos coeficientes en el anexo respectivo.

Se utilizó el programa estadístico SPSS 12.0 para muestras complejas.

RESULTADOS GENERALES DEL ESTUDIO

DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

El objetivo de la encuesta consistió en ingresar a 4212 hogares de las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 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 de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz - 2003

Encuestados	Frecuencia
Adultos	3 895
Mujer Unida	3 268
Adultos Mayores	717
Adolescente	1 568

La muestra se distribuyó equitativamente en las tres ciudades, asegurándose que la representación considere los niveles socioeconómicos de la poblaciones encuestadas. En la tabla No. 3 se presenta la población sobre la cual se han realizado las estimaciones según ciudades.

Tabla No. 3
población total ponderada y distribución según ciudad
(población adulta)

Cono	Ponderado	%
Ayacucho	76 556	33,2
Cajamarca	101 277	43,9
Huaraz	53 080	23,0
Total	230 912	100,0

Con respecto a la situación socioeconómica se decidió evaluar los niveles de pobreza a través del método de necesidades básicas insatisfechas (NBIs) similar al utilizado por el INEI y un estimado subjetivo de la percepción de capacidad de cobertura de las necesidades básicas. En este sentido se realizó una pregunta directa a la jefa del hogar o la esposa del jefe del hogar sobre si sus ingresos cubrían determinadas necesidades básicas. En la tabla No. 4a observamos que según la presencia de NBIs el 41.4% de los hogares encuestados es pobre y 14,0% es pobre extremo y según la percepción de cobertura de las necesidades básicas el 41,8 de los hogares es pobre mientras que el 3,9% es pobre extremo. (Tabla No. 4b)

TABLA NO. 4A
NIVELES DE POBREZA SEGÚN PRESENCIA DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS* (NBI), DEL EESMSP - 2003

	NIVELES DE POBREZA SEGÚN PRESENCIA DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS	%
Pobres extremos	2 ó más necesidades básicas insatisfechas	14,0
Pobres	1 necesidad básica insatisfecha	27,4
No pobres	Ninguna necesidad básica insatisfecha	58,6

* NBIs: Presencia de hacinamiento, vivienda inadecuada (paredes o techos), servicios higiénicos, abastecimiento de agua , electricidad, agua potable, hogares con niños que no asisten la escuela.

TABLA NO. 4B
NIVELES DE POBREZA SEGÚN AUTO PERCEPCIÓN DE COBERTURA DE LAS NECESIDADES BÁSICAS, DEL EESMSP - 2003

	NIVELES DE POBREZA SEGÚN AUTO PERCEPCIÓN DE CONSUMO	%
Pobres extremos	No cubre ni las necesidades básicas de alimentación	3,9
Pobres	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	38,9
No pobres básico	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación y vestido, etc	52,2
No pobres	Cubren las necesidades básicas y otras necesidades	5,0

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS

El número de adultos encuestados fue de 3 895 personas, y de acuerdo con el diseño técnico de muestreo otorgan una inferencia a 230 912 habitantes de las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz; en la muestra, éstas se encontraron distribuidas en 41,3% de varones y 58,7% de mujeres. Los resultados se presentan en base a la población expandido y balanceada con relación al género (Tabla No. 5).

Tabla No 5.
Número total de los adultos encuestados en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Encuestados	Frecuencia	Masculino	Femenino
Muestra Total (sin ponderar)	3 895	41,3%	58,7%
Expandido	230 912	48,6%	51,4%

EDAD

La edad promedio ponderada de los adultos encuestados fue de 35,7 años, siendo la distribución muy heterogénea, es decir personas desde los 18 años hasta los 94 años. De acuerdo a los grupos etarios se aprecia que la muestra conformó una asimetría positiva, siendo el mayor porcentaje en el grupo de 25 a 44 años. (Tabla No. 6).

Tabla No. 6
Edad de los adultos encuestados en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Edad Promedio	Media	Desviación Estándar
Ponderada	35,7	15,1
Sin ponderar	36,1	14,9
Grupo Etario	**Ponderado(%)**	**Sin Ponderar(%)**
18 a 24 años	28,7%	25,4%
25 a 44 años	46,2%	51,1%
45 a 64 años	19,4%	17,2%
65 a más	5,7%	6,3%

ESCOLARIDAD

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

Tabla No. 7
Adultos que no saben leer ni escribir en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Grado de analfabetismo	%
Total	6,7
Masculino	1,5
Femenino	11,6

De la muestra en estudio, el mayor porcentaje refiere tener una instrucción superior al nivel de educación secundaria. En este sentido, no se hacen evidentes significativas diferencias entre los géneros masculino y femenino, sobre el nivel de educación. (Tabla No. 8). La diferencia en los porcentajes que se observan entre las personas sin 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 de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Grado de estudios	Total	Masculino	Femenino
Sin nivel	5,7%	1,4%	9,7%
Inicial / Preescolar	0,1%	0,0%	0,2%
Primaria	17,8%	15,1%	20,3%
Secundaria	32,6%	35,3%	30,0%
Bachillerato	0,1%	0,2%	0,0%
Superior no universitario	18,3%	17,0%	19,5%
Superior universitario	24,5%	29,5%	19,8%
Postgrado	0,9%	1,5%	0,4%

ESTADO CIVIL

Con respecto al estado civil, el 55,6% de los adultos se encuentra en situación de unido (conviviente o casado) y un 5,8% está separado o divorciado (Tabla No.9).

Tabla No. 9
Estado civil de los adultos de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Estado civil	Total	Masculino	Femenino
Conviviente	22,3%	20,6%	23,3%
Separado	5,5%	2,3%	8,6%
Divorciado	0,3%	0,2%	0,3%
Viudo	3,4%	1,9%	4,9%
Casado	33,3%	34,1%	32,6%
Soltero	35,1%	41,0%	29,6%

OCUPACIÓN

Los varones estuvieron trabajando la semana anterior en un 68,4%, en contraste a la mujer con un 47,0% (Tabla No. 10). Las cifras de desempleo llegan al 11,1%, siendo un menor porcentaje para las mujeres.

Tabla No. 10
Situación laboral de los adultos de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Situación laboral	Total	Masculino	Femenino
Trabajó la semana anterior	57,4%	68,4%	47,0%
Está buscando trabajo	11,1%	17,2%	7,7%

INGRESOS ECONÓMICOS

Se observa que más de la mitad de las mujeres tiene un ingreso promedio menor a 300 nuevos soles, mucho mayor en comparación con los hombres; a su vez, se evidencia que hay una mayor proporción de hombres que tienen ingresos mayores a 1,200 nuevos soles. (Tabla No. 11).

Tabla No. 11
Promedio de ingreso mensual personal en los últimos tres meses (nuevos soles), de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Ingresos (nuevos soles)	Total	Masculino	Femenino
< de 300	36,6%	25,5%	51,5%
301 a 600	27,9%	33,1%	20,9%
601a 1200	26,1%	28,4%	22,9%
> de 1200	9,4%	12,9%	4,7%

SALUD MENTAL DEL ADULTO EN LA SIERRA PERUANA

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

La salud mental engloba un estado de bienestar personal en el que está involucrada una red de personas del entorno del individuo, en una interacción dinámica y plural. Todo aquello que le acontece al ser humano tiene influencia en su estado anímico, motivacional y en sus expectativas y proyectos hacia el futuro. Por ello, se han planteado una serie de preguntas que cubren diversos aspectos contextuales de la vida de la persona, tanto a nivel macro, como a nivel de su desenvolvimiento social próximo.

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 51,1% y 46,5% respectivamente. Sigue en importancia la pobreza, percibida más importante por las mujeres (27,6%) que por los hombres (18,0%). A continuación han sido considerados el manejo económico y la corrupción, aunque en porcentajes mucho menores (Tabla No. 12). Frente a estos problemas la mayoría de los encuestados se manifiesta con preocupación, pena o tristeza y amargura o rabia. Hay diferencias entre ambos géneros en el sentimiento de tristeza o pena, el cual afecta más a las mujeres (Tabla No. 13).

Tabla No. 12
Principales problemas percibidos en el país en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Problemas percibidos	Desempleo %	Pobreza %	Manejo económico %	Corrup-ción %	Delin-cuencia %	Violencia %	Otros %
Total	48,7	22,9	6,5	6,2	5,3	2,7	7,0
Masculino	51,1	18,0	8,5	7,4	4,3	1,7	8,8
Femenino	46,5	27,6	4,7	5,1	6,3	3,5	5,0

Tabla No. 13
Estados emocionales frente a problemas nacionales en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Estados	Preocupación %	Pena, tristeza o depresión %	Amargura, rabia o cólera %	Impotencia %	Desilusión %	Otros %
Total	37,3	22,6	15,2	6,8	6,0	12,3
Masculino	36,5	17,1	16,7	7,8	6,9	15,0
Femenino	38,0	27,7	13,7	5,8	5,3	9,6

La falta de capital monetario y de sistemas de crédito financiero, resalta la importancia de fortalecer el capital social, el cual se basa en la confianza. Esto es más importante en zonas menos favorecidas económicamente, como la sierra del país. La medida en que las personas confían en sus autoridades y en las personas de su entorno, nos da una referencia de estimación sobre el grado de confianza de la persona en el sistema. En este sentido, resalta la desconfianza en las autoridades políticas, líderes de la comunidad o alcaldes, así como en las autoridades policiales y militares, tanto hombres como mujeres. Existe más confianza en religiosos y maestros (Tabla No. 14).

Tabla No. 14
Confianza en autoridades y personas del entorno en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Confianza	Nada o Poco %	Regular %	Bastante o Mucho %
Autoridades policiales			
Total	71,4	24,3	4,3
Masculino	70,8	25,2	3,9
Femenino	71,9	23,4	4,7
Autoridades militares			
Total	70,8	23,7	5,5
Masculino	66,6	26,2	6,9
Femenino	74,6	21,2	4,2
Religiosos			
Total	36,1	31,6	32,3
Masculino	41,2	32,5	26,3
Femenino	31,3	30,7	38,0
Maestros			
Total	22,6	46,7	30,8
Masculino	20,6	46,4	33,0
Femenino	24,5	47,0	28,6
Autoridades políticas			
Total	92,9	6,2	0,9
Masculino	93,9	5,3	0,7
Femenino	91,9	7,1	1,0
Líderes de sindicatos			
Total	64,7	26,6	8,7
Masculino	62,5	24,8	12,6
Femenino	67,4	28,8	3,8
Líderes de la comunidad/alcalde			
Total	82,0	15,8	2,2
Masculino	80,5	17,5	2,0
Femenino	83,3	14,2	2,5
Vecinos			
Total	60,9	29,4	9,7
Masculino	55,5	32,9	11,7
Femenino	66,1	26,1	7,8
Periodistas			
Total	60,4	32,8	6,9
Masculino	58,3	34,6	7,1
Femenino	62,3	31,0	6,6

Con respecto a la seguridad que las personas perciben en su entorno, la gran mayoría no se siente protegida por el Estado, (79,9%), y algo menos protegidas las mujeres en comparación con los hombres. Esto contrasta enormemente con los sentimientos de protección que genera la familia y la creencia en Dios principalmente en países latinoamericanos, lo que podría representar una de sus fortalezas y protecciones frente a los problemas de salud mental.

Tabla No. 15
Sentimientos de protección en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Sentimientos de protección	Nada o Poco %	Regular %	Bastante o Mucho %
Del Estado			
Total	79,9	18,1	2,0
Masculino	77,2	20,5	2,3
Femenino	82,5	15,8	1,7
De la Familia			
Total	10,9	15,2	73,9
Masculino	11,2	16,6	72,5
Femenino	10,7	13,8	75,5
De Dios			
Total	5,3	7,5	87,2
Masculino	7,4	10,3	82,3
Femenino	3,3	4,9	91,8
De la Comunidad			
Total	52,6	34,3	13,0
Masculino	48,5	37,8	13,7
Femenino	56,5	31,0	12,5

Estresores psicosociales

Los estresores psicosociales y el estrés que generan, están relacionados directamente con el desarrollo no sólo de problemas o trastornos de la salud mental, sino también con problemas físicos de diversa naturaleza. La evaluación y medición de los mismos, expresan en cierta medida las condiciones sociales y económicas del país. De las cifras que aquí se presentan se concluye que más de un tercio de la población, tanto masculina como femenina, pasa por situaciones de alto estrés en diversas situaciones, siendo mayor la cifra en aquellas situaciones relacionadas con la salud y con aspectos económicos. Es llamativo que las mujeres perciben altos niveles de estrés en una proporción mayor que los hombres en todos los indicadores (Tabla No. 16).

Tabla No. 16
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Tipo de estresor psicosocial	Nada o poco %	Regular %	Bastante o mucho %
Trabajo			
Total	37,9	28,2	33,9
Masculino	39,9	30,5	29,6
Femenino	35,3	24,9	39,8
Estudio			
Total	31,6	26,3	42,1
Masculino	35,0	28,2	36,8
Femenino	27,7	24,0	48,3
Hijos y parientes			
Total	38,9	20,5	40,6
Masculino	44,1	22,2	33,6
Femenino	34,1	19,0	46,9
Pareja			
Total	51,0	17,7	31,3
Masculino	56,4	17,5	26,1
Femenino	45,5	17,8	36,7
Dinero			
Total	27,3	31,0	41,7
Masculino	30,8	35.1	34,1
Femenino	24,0	27,2	45,9
La salud			
Total	25,2	23,6	51,2
Masculino	29,8	24,8	45,4
Femenino	20,9	22,4	56,6
Asuntos con la ley			
Total	79,9	10,1	10,0
Masculino	79,8	11,7	8,5
Femenino	80,1	8,6	11,4
Terrorismo			
Total	42,1	15,9	42,0
Masculino	50,2	15,8	34,0
Femenino	34,5	15,9	49,6
Delincuencia			
Total	25,3	14,3	60,4
Masculino	30,0	15,2	54,7
Femenino	20,9	13,5	65,7
Narcotráfico			
Total	40,2	15,8	44,0
Masculino	44,5	16,3	39,3
Femenino	36,2	15,3	48,5

El indicador de experiencias traumáticas es de particular interés debido al escalada de violencia vivida en la sierra. Estas experiencias se han sido 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. Estas situaciones dan lugar muchas veces a patologías psiquiátricas como el trastorno de estrés postraumático. En el caso de la población adulta, el 41,1% 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 población adulta Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS	%
Total	41,1
Masculino	44,9
Femenino	37,5

Al lado de los estresores psicosociales existen otras fuentes de estrés como son por las características ambientales donde vive la persona. 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 niveles altos de estrés ambiental en alguno de estas situaciones (Tabla No. 18).

Tabla No. 18
Proporción de la población con niveles altos de estrés en alguna característica ambiental en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

POBLACIÓN CON ALTO NIVEL DE ESTRÉS AMBIENTAL	%
Total	43,3
Masculino	40,7
Femenino	45,8

Discriminación

Una fuente importante de estrés se relaciona con la discriminación que pueden experimentar las personas. Además la medición de la discriminación existente puede dar información acerca de las representaciones sociales de un país y la necesidad o no, de plantear estrategias para modificarlas. Para este fin, se ha intentado cubrir todas las fuentes de discriminación, tanto en la prevalencia de vida como en el período de referencia de un año. En la tabla No. 19 se pone en evidencia que la población ha percibido con mayor frecuencia la discriminación por la condición económica o social y por el nivel educativo. Sin embargo, la mujer siente la discriminación por sexo al mismo nivel de importancia.

Tabla No. 19

Prevalencia de vida de rechazo o discriminación según tipos en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Tipo de discriminación	Prevalencia de vida %	Frecuencia en el último año		
		Ninguna vez %	Rara veces u ocasionalmente %	Frecuente o muy frecuentemente %
Sexo				
Total	7,3	95,0	4,4	0,5
Masculino	2,7	98,2	1,8	0,0
Femenino	11,7	92,1	6,9	1,0
Edad				
Total	7,0	94,9	4,4	0,6
Masculino	6,3	95,7	4,0	0,4
Femenino	7,7	94,2	4,9	0,9
Peso				
Total	5,3	95,5	3,9	0,6
Masculino	3,3	97,2	2,4	0,3
Femenino	7,2	93,9	5,3	0,8
Color de piel				
Total	2,4	98,5	1,4	0,1
Masculino	2,3	98,6	1,4	0,0
Femenino	2,5	98,3	1,4	0,2
Forma de vestir				
Total	5,4	96,2	3,4	0,4
Masculino	4,7	97,0	3,0	0,0
Femenino	6,1	95,5	3,8	0,7
Condición económica o social				
Total	11,5	91,8	7,1	1,0
Masculino	12,1	91,1	7,4	0,7
Femenino	10,9	91,8	6,9	1,4
Nivel educativo				
Total	9,7	92,8	6,6	0,6
Masculino	7,9	94,1	5,3	0,6
Femenino	11,3	91,5	7,8	0,7
Religión				
Total	4,1	96,9	2,6	0,6
Masculino	4,3	96,9	2,4	0,7
Femenino	3,9	96,9	2,7	0,4
Amistades				
Total	3,9	97,0	2,7	0,3
Masculino	4,4	96,6	3,3	0,0
Femenino	3,4	97,3	2,1	0,6
Lugar de nacimiento				
Total	3,7	97,8	2,1	0,1
Masculino	4,4	97,3	2,6	0,1
Femenino	3,1	98,2	1,6	0,2

Estados anímicos prevalentes

Los estados anímicos comunes de las personas no son, de por sí, estados patológicos pero pueden darnos una idea rápida de las tendencias anímicas, además que pueden repercutir en la calidad de vida de las personas. Se ha indagado la frecuencia de tales estados en el momento actual de su vida y se ha intentado utilizar términos comunes al lenguaje cotidiano. En la población general, entre el 10% y el 30% de las personas experimentan mucha frecuencia de estados negativos como tristeza, tensión, angustia, irritabilidad, y aburrimiento. Cabe resaltar que las mujeres experimentan estos estados en mayor proporción que los hombres, lo que está en correlación directa con la presencia de trastornos depresivos o ansiosos (Tabla No. 20).

Tabla No. 20
Prevalencia de estados anímicos en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Estados anímicos	Nunca %	Algunas veces u ocasionalmente %	Siempre o casi siempre %
Triste			
Total	2,7	80,6	16,7
Masculino	3,9	87,5	8,5
Femenino	1,5	74,2	24,3
Tenso			
Total	9,1	77,8	13,1
Masculino	12,0	80,2	7,7
Femenino	6,3	75,4	18,2
Angustiado			
Total	15,5	73,7	10,8
Masculino	19,5	74,7	5,8
Femenino	11,8	72,7	15,5
Irritable			
Total	14,0	73,0	13,0
Masculino	17,4	73,9	8,7
Femenino	10,9	72,1	17,0
Preocupado			
Total	2,1	67,0	30,8
Masculino	3,0	75,5	21,4
Femenino	1,3	59,0	39,7
Tranquilo			
Total	2,5	39,7	57,9
Masculino	1,7	32,8	65,5
Femenino	3,2	46,1	50,6
Alegre			
Total	0,6	34,5	64,9
Masculino	0,3	27,9	71,8
Femenino	0,8	40,8	58,4
Aburrido			
Total	17,8	71,6	10,6
Masculino	18,5	74,0	7,5
Femenino	17,2	69,3	13,5
Otro			
Total	89,7	4,5	5,8
Masculino	87,3	4,5	8,3
Femenino	92,4	4,6	3,1

Satisfacción personal

La satisfacción personal en las distintas áreas de la vida está en directa relación con la autoestima personal. La estima personal se construye en forma muy compleja desde temprana edad a través de las experiencias con el medio. Esta interacción deriva en logros con los cuales la persona puede o no estar conforme influenciando en su autovalía personal. En una escala del 5 al 20, el grado de satisfacción personal de los encuestados se encuentra en una media de 16,5 (Tabla No. 21).

Con relación a la satisfacción personal específica, más de la mitad de los encuestados muestra una considerable satisfacción con respecto a su aspecto físico, inteligencia, la profesión u oficio que estudió o está estudiando y sus relaciones sociales. Sin embargo, esta satisfacción es mucho menor en el nivel económico y el nivel educativo alcanzado. El grado de insatisfacción con relación al aspecto económico (31,5%) se asocia con los niveles de pobreza (Tabla No. 22). En general, existe una tendencia a una menor satisfacción en las mujeres en comparación con los hombres.

Tabla No. 21
Grado de satisfacción personal global* en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Grado de satisfacción personal global (escala de 5 a 20)	Media	D.S.	Mediana	Moda	P25	P75
Total	16,5	2,5	17,0	18,0	15,0	18,4
Masculino	16,8	2,3	17,0	19,0	15,1	19,0
Femenino	16,2	2,6	16,4	18,0	14,9	18,0

* Sobre la base del aspecto físico, inteligencia, nivel económico, estudios y relaciones sociales

Tabla No. 22
Grado de satisfacción personal específica en la población de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Área	Nada o poco %	Regular %	Bastante o mucho %
Aspecto físico			
Total	8,5	33,5	58,1
Masculino	6,2	32,1	61,7
Femenino	10,6	34,8	54,6
Inteligencia			
Total	9,4	29,5	61,1
Masculino	6,4	29,4	64,2
Femenino	12,3	29,6	58,1
Nivel económico			
Total	31,5	48,0	20,5
Masculino	28,2	50,1	21,8
Femenino	34,7	46,1	19,2
Profesión u oficio que estudió(a)			
Total	14,4	26,7	58,9
Masculino	10,9	27,3	61,8
Femenino	18,4	26,0	55,6

CONTINUA...

Área	Nada o poco %	Regular %	Bastante o mucho %
Nivel educativo alcanzado			
Total	33,4	30,5	36,1
Masculino	27,8	32,8	39,4
Femenino	38,8	28,3	32,9
Relaciones sociales			
Total	14,2	33,7	51,9
Masculino	12,4	33,0	54,6
Femenino	16,4	34,3	49,3

Satisfacción laboral

El desempleo y el subempleo crean condiciones desfavorables para la salud mental de las personas, sin embargo, la calidad del empleo puede ser fuente de condiciones anímicas negativas. Es por ello que, estimar el grado de satisfacción laboral es un aspecto importante de la salud mental. En general, más de la mitad de los encuestados muestra un adecuado nivel de satisfacción laboral. El grado de satisfacción global deriva de la suma de los puntajes (del 1 al 4) de cada uno de los aspectos específicos convertidos al sistema vigesimal (Tablas No. 23 y No. 24).

Tabla No. 23

Grado de satisfacción laboral global en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Grado de satisfacción laboral global (escala de 5 a 20)	Media	D.S.	Mediana	Moda	P25	P75
Total	16,1	2,4	16,3	15.0	14,2	18,3
Masculino	16,2	2,6	16,7	15.0	15,0	18,3
Femenino	15,9	2,7	16,3	15.0	14,2	18,0

Tabla No. 24

Grado de satisfacción laboral en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Aspecto laboral	Nada o poco %	Regular %	Bastante o mucho %
Con actividades o funciones que realiza			
Total	9,0	33,0	58,0
Masculino	8,2	33,7	58,1
Femenino	10,0	32,1	57,9
Con el ambiente físico donde labora			
Total	11,3	38,7	50,0
Masculino	9,9	39,3	50,8
Femenino	13,1	37,8	49,1
Con sus compañeros de trabajo			
Total	7,6	36,2	56,2
Masculino	7,9	34,6	57,5
Femenino	6,9	39,0	54,0

CONTINUA...

Aspecto laboral	Nada o poco %	Regular %	Bastante o mucho %
Con la carga de trabajo que desarrolla a diario			
Total	14,0	45,0	41,0
Masculino	12,9	45,3	41,8
Femenino	15,6	44,5	39,8
Con el trato o reconocimiento que recibe de sus jefes			
Total	16,7	35,2	48,2
Masculino	16,5	37,4	46,1
Femenino	16,9	31,4	51,7
Con la remuneración que percibe			
Total	43,5	42,8	13,7
Masculino	40,7	45,0	14,4
Femenino	47,3	39,9	12,9

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 [41] que en una escala del 1 al 10, siendo 10 excelente, se halla en un 7,80. 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 vida desde la perspectiva de la propia persona. Estudios posteriores presentarán los detalles específicos de este indicador (Tabla No. 25).

Tabla No. 25
Calidad de vida global de la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Calidad de vida de la población (Escala de 1 a 10)	Media	D.S.	Mediana	Moda	P25	P75
Total	7,8	1,2	7,8	8,1	7,0	8,6
Masculino	7,7	1,2	7,8	7,8	7,1	8,5
Femenino	7,8	1,2	7,9	7,4	7,0	8,6

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 en el trabajo. La diferencia entre ambos radica en que, la primera surge como consecuencia de una enfermedad y la segunda por la carencia o desarrollo insuficiente de habilidades.

En este documento presentamos los indicadores generales a nivel de la población total; posteriores reportes presentarán los resultados específicos de la población y los relacionados con la patología psiquiátrica. En general, encontramos que alrededor de una quinta parte de la población tiene al menos una discapacidad o inhabilidad leve (Tablas No. 26 y No. 27).

Tabla No. 26
Nivel general de discapacidad de la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Nivel general de discapacidad (Escala de 5 a 20, donde 5 es ausencia de discapacidad)	Media	D.S.	Mediana	Moda	P25	P75
Total	5,6	1,7	5,0	5,0	5,0	5,0
Masculino	5,6	1,6	5,0	5,0	5,0	5,0
Femenino	5,7	1,8	5,0	5,0	5,0	5,0

Tabla No. 27
Porcentaje de la población general adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003 con al menos alguna discapacidad o inhabilidad

Al menos alguna discapacidad o inhabilidad	%
Total	21,2
Masculino	19,8
Femenino	22,5

Aspectos psicopáticos

El clima de paz y tranquilidad que debe existir entre los ciudadanos se ve 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. 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 11,6% de la población y la segunda en 4,7%, cifras que denotan una importante proporción de individuos en estas condiciones (Tabla No. 28).

Tabla No. 28
Aspectos psicopáticos en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Aspectos psicopáticos	%
Permisividad frente a la psicopatía	
Total	11,6
Masculino	13,0
Femenino	10,3
Prevalencia de tendencias psicopáticas	
Total	4,7
Masculino	6,8
Femenino	2,7

Indicadores suicidas

En este estudio se ha decidido investigar los indicadores suicidas en una forma más detallada, empezando con las formas más sutiles como los deseos de morir, pasando por pensamientos suicidas específicos, el planeamiento y el intento suicidas. Estos indicadores son más sensibles, antes del suicidio consumado y más susceptible de acciones preventivas. No se sostiene 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 importantes especialmente en el sexo femenino, llegando a un 18,2% de prevalencia anual de deseos de morir en la mujer. Esto es congruente con los hallazgos de estados prevalentes y con la presencia de trastornos clínicos como veremos más adelante. En la Tabla No. 29 observamos que un 34,2% de la población adulta de las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz alguna vez en su vida ha presentado deseos de morir, un 12,9% lo ha considerado en el último año y un 5,1% en el último mes. Con relación a ideas suicidas más definidas, el 13,5% y el 4,4% ha tenido alguna vez en su vida pensamientos de quitarse la vida y planes suicidas respectivamente. En cuanto a la conducta suicida que denota un indicador más objetivo con impacto familiar y económico, el 2,9% de la población encuestada ha intentado suicidarse alguna vez en su vida y un 0,7% 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 12,1% de las personas que intentó hacerse daño considera todavía como una posibilidad de solución dicha conducta.

Tabla No. 29
Indicadores suicidas en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Indicadores suicidas	%
Prevalencia de vida de deseos de morir	34,2
Masculino	22,8
Femenino	44,9
Prevalencia en el año de deseos de morir	12,9
Masculino	7,3
Femenino	18,2
Prevalencia en el mes de deseos de morir	5,1
Masculino	2,2
Femenino	7,9
Prevalencia de vida de pensamientos de quitarse la vida	13,5
Masculino	8,6
Femenino	18,1
Prevalencia en el año de pensamientos de quitarse la vida	5,4
Masculino	3,2
Femenino	7,4
Prevalencia en el mes de pensamientos de quitarse la vida	1,9
Masculino	1,1
Femenino	2,6
Prevalencia de vida de planes de índole suicida	4,4
Masculino	2,9
Femenino	5,8
Prevalencia en el año de planes de índole suicida	1,6
Masculino	1,0
Femenino	2,2

INDICADORES SUICIDAS	%
PREVALENCIA EN EL MES DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	0,5
Masculino	0,4
Femenino	0,6
PREVALENCIA DE VIDA DE CONDUCTAS SUICIDAS	2,9
Masculino	1,7
Femenino	4,1
PREVALENCIA EN EL AÑO DE CONDUCTAS SUICIDAS	0,7
Masculino	0,4
Femenino	0,9
PREVALENCIA EN EL MES DE CONDUCTAS SUICIDAS	0,1
Masculino	0,2
Femenino	0,1
PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA	0.4 (12,1% de los intentos)
Masculino	0.2
Femenino	0.5

Observamos en la Tabla No. 30 que los principales motivos del deseo de morir y de pensamientos suicidas son: Primero, problemas con la pareja; segundo, problemas económicos y tercero, problemas con los padres. Con respecto al intento suicida: Primero, problemas de pareja; segundo, problemas con los padres y tercero, problemas económicos. En el caso del sexo femenino más de mitad de los casos de intento suicida se relaciona con la pareja. En el caso de los hombres, la distribución es más heterogénea siendo la causa más frecuente los problemas económicos. Es probable que esto se deba a que los hombres resienten más que las mujeres la responsabilidad económica del hogar.

TABLA NO. 30
MOTIVO DEL DESEO O INTENTO SUICIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ 2003

TÓPICOS		MOTIVOS DE DESEOS SUICIDAS %	MOTIVOS DE INTENTOS SUICIDAS %
PROBLEMAS CON LA AUTOIMAGEN	Total	0,7	0,0
	Mas	0,1	0,0
	Fem	1,0	0,0
PROBLEMAS CON PADRES	Total	17,8	25,9
	Mas	18,7	14,4
	Fem	17,4	30,6
PROBLEMAS CON HIJOS	Total	4,7	5,5
	Mas	3,2	0,0
	Fem	5,5	7,7
PROBLEMAS CON OTROS PARIENTES	Total	6,4	8,7
	Mas	4,9	0,0
	Fem	7,1	12,2
PROBLEMAS CON PAREJA	Total	30,7	42,1
	Mas	26,1	20,0
	Fem	33,0	51,1

CONTINUA...

Tópicos		Motivos de deseos suicidas %	Motivos de intentos suicidas %
Problemas con amistades	Total	0,8	0,0
	Mas	1,0	0,0
	Fem	0,7	0,0
Problemas laborales	Total	3,5	2,9
	Mas	6,8	2,8
	Fem	1,8	3,0
Problemas con estudios	Total	5,3	2,8
	Mas	9,0	1,9
	Fem	3,5	3,1
Problemas económicos	Total	19,1	14,2
	Mas	18,8	24,1
	Fem	19,2	10,2
Problemas con salud física	Total	9,4	2,8
	Mas	9,6	3,9
	Fem	9,3	2,4
salud física de algún familiar	Total	3,7	0,6
	Mas	1,3	1,9
	Fem	4,8	0,0
Separación de familiar	Total	3,3	7,4
	Mas	2,4	9,0
	Fem	3,7	6,7
Muerte de pareja	Total	2,0	0,0
	Mas	1,1	0,0
	Fem	2,4	0,0
Muerte de un hijo	Total	0,9	0,3
	Mas	1,0	0,0
	Fem	0,8	0,5
Muerte de padre(s)	Total	4,0	4,8
	Mas	4,1	11,3
	Fem	4,0	2,1
Problemas con experiencia traumática	Total	3,3	3,2
	Mas	5,0	0,0
	Fem	2,5	4,5
Sin motivo aparente	Total	0,6	1,5
	Mas	0,5	2,3
	Fem	0,6	1,2
Otros	Total	11,9	9,6
	Mas	13,9	21,8
	Fem	10,9	4,7

Tendencia hacia la violencia

La violencia es uno de los principales problemas sociales que ha enfrentado nuestra 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 27,5% 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 (Tabla No. 31).

Tabla No. 31
Tendencias hacia la violencia en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Indicador	%
Prevalencia de vida de tendencias violentas	
Total	27,5
Masculino	38,2
Femenino	17,5
Prevalencia de vida de consideraciones o pensamientos de índole homicidas	
Total	3,5
Masculino	4,4
Femenino	2,5
Prevalencia en el año de consideraciones o pensamientos de índole homicidas	
Total	1,3
Masculino	1,8
Femenino	0,9
Prevalencia en el mes de consideraciones o pensamientos de índole homicidas	
Total	0,8
Masculino	1,0
Femenino	0,6

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. 32 y No. 33).

Tabla No. 32
Grado de cohesión familiar de la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Grado de Cohesión Familiar (escala de 5 a 20)	Media	D.S.	Mediana	Moda	P25	P75
Total	18,3	2,4	19,2	20,0	17,5	20,0
Masculino	18,4	2,0	19,2	20,0	17,5	20,0
Femenino	18,2	2,3	19,2	20,0	17,5	20,0

Tabla No. 33
Tendencias religiosas de la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

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	87,1	86,3	78,9	15,2	53,8	42,0	66,1
Masculino	82,1	81,1	74,3	13,8	54,3	35,6	62,7
Femenino	91,9	91,1	83,1	16,4	53,3	47,7	69,3

TRASTORNOS CLÍNICOS

En la tabla No. 34 se presentan las prevalencias de vida, anual, de seis meses y actual por grupos de 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 depresivos y ansiosos que los hombres y éstos padecen marcadamente más problemas por uso de sustancias. Más de un tercio de la población de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz (37,3%) alguna vez en su vida ha sufrido algún trastorno psiquiátrico, cerca de una quinta parte los ha sufrido en los últimos 12 a seis meses (21,6 – 19,8), y un 16,2% lo presentaba al momento de realizarse la encuesta. Como grupo, los trastornos de ansiedad han sido los más frecuentes, sin embargo, las prevalencias disminuyen considerablemente en el último año, lo que se estaría reflejando en la disminución de los estresores psicosociales en la región. Sin embargo, si consideramos las prevalencias anuales los trastornos por uso de sustancias son los más frecuentes (10,5%), seguidos por los trastornos depresivos (7,4%).

Las tablas Nos. 35, 36, 37 y 38 presentan respectivamente las prevalencias de vida, anual, de seis meses y actual de los principales trastornos psiquiátricos de la población de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, así como la distribución por sexo. En lo que concierne a prevalencia de vida, el desorden más frecuente es el episodio depresivo, con un 16,2%, seguido del trastorno de estrés postraumático (12,8%) y el trastorno de ansiedad generalizada (8,2%) (Tabla No. 35). Con respecto a las prevalencias anuales (Tabla No. 36), observamos que los principales problemas desde el punto de vista psiquiátrico que enfrentan estas ciudades son los trastornos de dependencia o abuso de alcohol (10,0%) y el episodio depresivo (7,2%). En este último caso afecta con mayor frecuencia al sexo femenino y el primer caso a alrededor de una quinta parte del sexo masculino. Con relación a los trastornos de la conducta alimentaria, si bien las prevalencias son bajas, las conductas de riesgo reportadas son moderadas (5,3%) especialmente en las mujeres (7,4%) (Tabla No. 38).

Tabla No. 34
Prevalencia de vida, de seis meses y actual de trastornos psiquiátricos en general de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Tipo de trastornos	%
Prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico*	%
Total	37,3
Masculino	38,0
Femenino	36,6
Prevalencia anual de cualquier trastorno psiquiátrico	%
Total	21,6
Masculino	26,4
Femenino	17,1
Prevalencia a seis meses de cualquier trastorno psiquiátrico**	%
Total	19,8
Masculino	25,2
Femenino	14,8
Prevalencia actual de cualquier trastorno psiquiátrico **	%
Total	16,2
Masculino	23,0
Femenino	9,8
Prevalencia de vida de trastornos de ansiedad en general	%
Total	21,1
Masculino	16,6
Femenino	25,3
Prevalencia anual de trastornos de ansiedad en general	%
Total	6,6
Masculino	4,4
Femenino	8,6
Prevalencia de seis meses de trastorno de ansiedad en general.	%
Total	5,6
Masculino	3,4
Femenino	7,6
Prevalencia actual de trastornos de ansiedad en general	%
Total	3,5
Masculino	2,1
Femenino	4,8
Prevalencia de vida de trastornos depresivos en general	%
Total	17,0
Masculino	13,3
Femenino	20,5
Prevalencia anual de trastornos depresivos en general	%
Total	7,4
Masculino	5,7
Femenino	9,0
Prevalencia de seis meses de trastornos depresivos en general	%
Total	6,0
Masculino	4,8
Femenino	7,1
Prevalencia actual de trastornos depresivos en general	%
Total	3,7
Masculino	2,8
Femenino	4,4
Prevalencia anual de abuso o dependencia a cualquier sustancia	%
Total	10,5
Masculino	19,8
Femenino	1,6

* 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. 35

Prevalencia de vida de los principales trastornos psiquiátricos y por sexos de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Trastornos clínicos según la CIE-10	Total %	Masculino %	Femenino %
Trastornos psicóticos*	0,3	0,4	0,2
Trastorno bipolar	0,1	0,2	0,1
Episodio depresivo	16,2	12,8	19,5
Distimia	1,2	0,6	1,8
Agorafobia s/c historia de trastorno de pánico	1,8	1,2	2,5
Trastorno de estrés post-traumático	12,8	9,7	15,8
Fobia social	2,9	2,4	3,3
Trastorno de pánico	0,6	0,6	0,6
Trastorno de ansiedad generalizada	8,2	5,4	10,9
Trastorno obsesivo compulsivo	0,4	0,4	0,4

* 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.

Tabla No. 36

Prevalencia anual de los principales trastornos psiquiátricos y por sexos en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Trastornos clínicos según la CIE-10	Total %	Masculino %	Femenino %
Episodio depresivo	7,2	5,7	8,7
Distimia*	0,5	0,1	0,8
Agorafobia s/c historia de trastorno de pánico	0,8	0,2	1,3
Trastorno de estrés post-traumático	1,9	1,0	2,7
Fobia social	0,9	0,7	1,0
Trastorno de pánico	0,1	0,1	0,2
Trastorno de ansiedad generalizada	3,2	2,1	4,1
Trastorno obsesivo compulsivo	0,2	0,2	0,2
Dependencia o consumo perjudicial de alcohol	10,0	19,1	1,5

* La prevalencia anual asume los dos años de los criterios diagnósticos.

Tabla No. 37
Prevalencia de seis meses de los principales trastornos psiquiátricos y por sexos en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Trastornos clínicos según la CIE-10	Total %	Masculino %	Femenino %
Episodio depresivo	5,8	4,8	6,8
Distimia*	1,2	0,9	1,6
Agorafobia s/c historia de trastorno de pánico	0,6	0,1	1,0
Trastorno de estrés post-traumático	1,6	0,8	2,3
Fobia social	0,7	0,6	0,8
Trastorno de pánico	0,1	0,1	0,2
Trastorno de ansiedad generalizada	2,8	1,7	3,9
Trastorno obsesivo compulsivo	0,1	0,1	0,1

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

Tabla No. 38
Prevalencia actual de los principales trastornos psiquiátricos y por sexos en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Trastornos clínicos SEGÚN la CIE-10	Total %	Masculino %	Femenino %
Trastornos psicóticos*	0,1	0,2	0,0
Episodio depresivo	3,5	2,8	4,1
Distimia**	0,5	0,1	0,8
Agorafobia s/c historia de trastorno de pánico	0,5	0,1	0,9
Trastorno de estrés post-traumático	0,7	0,3	1,1
Fobia social	0,4	0,5	0,2
Trastorno de ansiedad generalizada	2,0	1,2	2,7
Trastorno obsesivo compulsivo	0,0	0,1	0,0
Trastorno de estrés post-traumático	0,7	0,3	1,1
Bulimia nervosa	0,2	0,0	0,3
Anorexia nervosa	0,0	0,0	0,0
Tendencia a problemas alimentarios ***	5,3	3,0	7,4

* 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

*** Se refiere a personas que alguna vez con la finalidad de perder peso o bien se inducido al vómito, han tomado laxantes, han realizado ejercicios excesivos por más de dos horas diarias, han tomado supresores del apetito o diuréticos.

Uso de sustancias

En esta área 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. Las sustancias más consumidas son el alcohol y el tabaco, seguida por la hoja de coca, y en todos los casos se encuentra una mayor frecuencia de uso, abuso y dependencia en el género masculino. En la tabla No. 39 observamos que, sin considerar el alcohol, la prevalencia de vida de consumo de sustancias legales se encuentra en 66,3%, mientras que la prevalencia de vida de consumo de sustancias ilegales se halla en un 2,8%. El consumo actual (en el último mes) de sustancias no alcohólicas legales e ilegales se encuentra en un 23,0% y 0,1% respectivamente. Con respecto a sustancias específicas, la sustancia ilegal más consumida alguna vez es la marihuana (2,0%), seguida de la cocaína con el 1,3%; las prevalencias de consumo actual (en el último mes) siguen siendo importantes para el alcohol (46,0%) y el tabaco (17,2%). (Tabla No. 40).

Tabla No. 39
Prevalencia de consumo de vida y en el ultimo mes de sustancias no alcohólicas en general en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003, incluido por sexos

Tipo de sustancias y período	Total %	Masculino %	Femenino %
Prevalencia de vida de consumo de sustancias no alcohólicas en general (legales e ilegales)	66,3	84,7	49,1
Prevalencia de vida de consumo de sustancias Legales no alcohólicas	66,3	84,6	49,1
Prevalencia de vida de consumo de sustancias ilegales no alcohólicas	2,8	5,4	0,3
Prevalencia en el último mes de consumo de sustancias en general (legales e ilegales)	23,0	32,2	14,3
Prevalencia en el último mes de consumo de sustancias legales	23,0	32,1	14,3
Prevalencia en el último mes de consumo de sustancias ilegales	0,1	0,1	0,0

Tabla No. 40
Prevalencia de consumo de vida y en el último mes de las principales sustancias legales e ilegales en la población de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003, incluido por sexos

Tipo de sustancia*	Total %	Masculino %	Femenino %
Prevalencia de vida del consumo de alcohol	96,5	98,3	94,8
Prevalencia en el último mes de consumo de alcohol	46,0	58,4	34,4
Prevalencia de vida del consumo de tabaco	57,7	80,7	36,1
Prevalencia en el último mes de tabaco	17,2	28,3	6,7
Prevalencia de vida del consumo de tranquilizantes	0,6	0,4	0,9
Prevalencia en el último mes de tranquilizantes	0,2	0,1	0,2
Prevalencia de vida del consumo de estimulantes	0,1	0,0	0,2
Prevalencia en el último mes de estimulantes	0,0	0,0	0,0
Prevalencia de vida del consumo de hoja de coca	20,3	25,4	15,5
Prevalencia en el último mes de hoja de coca	4,5	4,2	4,7
Prevalencia de vida del consumo de marihuana	2,0	4,0	0,2
Prevalencia en el último mes de marihuana	0,04	0,07	0,0
Prevalencia de vida del consumo de cocaína en gral.	1,3	2,7	0,0
Prevalencia en el último mes de cocaína en gral.	0,0	0,0	0,0

* 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.

En cuanto al inicio del consumo de las distintas sustancias, (Tabla No. 41) se aprecia que la edad de inicio de la mayoría de los entrevistados se encuentra en promedio entre los 17 y 32 años y la sustancia que se inicia, en promedio, a menor edad es el consumo de alcohol. Sin embargo, se debe considerar que esta edad de inicio es con respecto a la población adulta, por lo que no es representativa necesariamente de los patrones de consumo actuales.

Tabla No. 41
Edad de inicio de consumo de las principales sustancias en la población de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Tipo de sustancia*	Media	D.S.	Mediana	Moda	Min.	Max.
Edad de inicio de consumo de alcohol	17,61	5,0	18,0	18,0	3,0	55,0
Edad de inicio de consumo de tabaco	18,68	5,3	18,0	18,0	4,0	51,0
Edad de inicio de consumo de tranquilizantes	31,98	9,0	32,0	39,0	18,0	55,0
Edad de inicio de consumo de estimulantes	22,01	8,3	16,0	15,0	15,0	37,0
Edad de inicio de consumo de PBC	23,73	8,3	23,0	25,0	15,0	60,0
Edad de inicio de consumo de cocaína	18,54	3,1	18,0	17,0	15,0	26,0
Edad de inicio de consumo de hoja de coca	21,42	8,6	20,0	20,0	0,0	60,0
Edad de inicio de consumo de marihuana	18,91	4,1	18,0	17,0	13,0	33,0
Edad de inicio de consumo de inhalantes	21,99	9,0	22,0	22,0	12,0	39,0

* 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 en cuánto al consumo 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 (o tres vasos de alcohol fuerte), encontrándose una prevalencia del 16,5%. En lo que respecta al uso de sustancias, se ha considerado sólo la prevalencia en el año. Como se mencionara líneas arriba la prevalencia más frecuente es del abuso o dependencia a alcohol, según criterios de investigación de la CIE-10 con un 10,0%, seguido por el tabaco con el 1,9% (Tabla No. 42).

TABLA NO. 42
PREVALENCIA DE ABUSO Y DEPENDENCIA DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS EN LA POBLACIÓN DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ 2003, INCLUIDO POR SEXOS

TIPO DE SUSTANCIA (PREVALENCIA ANUAL)	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
Bebedor riesgoso de alcohol	16,5	29,6	4,2
Uso perjudicial o dependencia a alcohol	10,0	19,1	1,5
Uso perjudicial o dependencia a tabaco	0,9	1,6	0,2
Uso perjudicial o dependencia a cocaína	0,0	0,0	0,0
Uso perjudicial o dependencia a marihuana	0,01	0,02	0,0
Uso perjudicial o dependencias a otras sustancias	0,0	0,0	0,0
Prevalencia anual de uso perjudicial a cualquier sustancia	4,2	7,8	0,8
Prevalencia anual de la dependencia a cualquier sustancia	6,5	12,5	0,9

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 de ansiedad donde encontramos una menor prevalencia entre los 18 a 24 años (1,8%); asimismo, observamos una tendencia a la significancia estadística en el abuso/dependencia a alcohol con una menor prevalencia anual entre personas mayores de 65 años (2,3%) (Tabla No. 43).

Tabla No. 43

Prevalencia anual, de seis meses y actual de trastornos psiquiátricos generales según grupos etarios en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Trastornos clínicos generales	18 a 24 años %	25 a 44 años %	45 a 64 años %	Mayor de 65 años %
Prevalencia anual de cualquier trastorno psiquiátrico	21,6	22,7	20,8	15,6
Prevalencia de seis meses de cualquier trastorno psiquiátrico	19,5	21,2	19,3	12,6
Prevalencia actual de cualquier trastorno psiquiátrico	15,3	17,2	16,4	11,8
Prevalencia anual de trastornos de ansiedad en general	5,7	7,6	5,8	5,7
Prevalencia a seis meses de trastornos de ansiedad en general	4,5	6,3	5,3	5,7
Prevalencia actual de trastornos de ansiedad en general (F = 3,685 df1 = 2,954 df2 = 1028,15 p = 0,012)	1,8	4,3	3,5	5,5
Prevalencia anual de trastornos depresivos en general	8,6	7,2	5,8	8,0
Prevalencia a seis meses de trastornos depresivos en general	6,8	6,4	4,2	5,2
Prevalencia actual de trastornos depresivos en general	4,0	3,6	3,1	4,6
Prevalencia anual de uso perjudicial o dependencia a alcohol (F = 2,630 df1 = 2,857 df2 = 994,24 p = 0,052)	10,6	10,6	10,2	2,3

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 estimaciones subjetivas de la jefa del hogar o esposa del jefe del hogar, en la medida que sus ingresos familiares satisfacían las necesidades básicas (alimentación, vestido, salud, educación) y no básicas (distracción, educación diferenciada, etc.). Aquellos miembros de una familia que no puede satisfacer la necesidad básica de alimentación son considerados *pobres extremos*; si satisfacen la necesidad básica de alimentación pero no las otras necesidades básicas son considerados *pobres*; si satisfacen las necesidades básicas pero no otras necesidades se los considera *no pobres básicos*; y a los miembros de aquellas familias que satisfacen sus necesidades básicas y otras necesidades se la considera *no pobres*. Además se ha incluido como medida objetiva de la pobreza las necesidades básicas insatisfechas (NBIs) que incluyen características de la vivienda (o), hacinamiento, presencia de servicios higiénicos, agua potable, electricidad, y niños en edad escolar que no estudian. En este informe presentamos las asociaciones entre los primeros indicadores y los trastornos clínicos generales. En un reporte posterior se presentarán los análisis más detallados conjunto con el método de necesidades básicas insatisfechas. En la tabla No. 44 podemos observar que no existe una asociación estadísticamente significativa entre las prevalencias del último año

de trastornos psiquiátricos y la pobreza medida a través de las estimaciones subjetivas de la esposa del jefe del hogar sobre la satisfacción de las necesidades con los ingresos familiares. Esto puede deberse a que la pobreza en la Sierra tiene características distintivas que serían importantes para el desarrollo o no, de problemas de salud mental. Así, es posible que el estrés asociado a la pobreza sea menor que en ciudades como Lima; también puede deberse a factores, como al indicador utilizado o al tamaño de la muestra. Estudios a profundidad ayudarán ha esclarecer mejor estos hallazgos.

Tabla No. 44

Prevalencia anual, de seis meses y actual de trastornos psiquiátricos generales por nivel de pobreza, según percepción de capacidad cobertura de necesidades básicas en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Trastornos clínicos generales*	%
Prevalencia anual de cualquier trastorno psiquiátrico	
No cubren ni las necesidades básicas	17,8
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	22,4
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	21,3
Cubren las necesidades básicas y otras	19,5
Prevalencia de seis meses de cualquier trastorno psiquiátrico	
No cubren ni las necesidades básicas	16,7
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	20,0
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	19,9
Cubren las necesidades básicas y otras	17,6
Prevalencia actual de cualquier trastorno psiquiátrico	
No cubren ni las necesidades básicas	12,7
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	16,9
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	16,0
Cubren las necesidades básicas y otras	15,3
Prevalencia anual de trastornos de ansiedad en general	
No cubren ni las necesidades básicas	9,8
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	7,1
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	5,8
Cubren las necesidades básicas y otras	7,4
Prevalencia a seis meses de trastornos de ansiedad en general	
No cubren ni las necesidades básicas	8,3
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	5,8
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	5,0
Cubren las necesidades básicas y otras	7,4
Prevalencia actual de trastornos de ansiedad en general	
No cubren ni las necesidades básicas	6,0
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	3,6
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	3,0
Cubren las necesidades básicas y otras	6,0
Prevalencia anual de trastornos depresivos en general	
No cubren ni las necesidades básicas	6,1
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	7,7
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	7,2
Cubren las necesidades básicas y otras	7,3

CONTINUA...

Trastornos clínicos generales*	%
Prevalencia a seis meses de trastornos depresivos en general	
No cubren ni las necesidades básicas	5,5
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	6,0
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	6,0
Cubren las necesidades básicas y otras	5,5
Prevalencia actual de trastornos depresivos en general	
No cubren ni las necesidades básicas	2,2
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	4,4
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	3,3
Cubren las necesidades básicas y otras	3,5
Prevalencia anual de abuso/ dependencia a alcohol	
No cubren ni las necesidades básicas	5,2
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	10,1
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	10,5
Cubren las necesidades básicas y otras	6,8

* Ninguno de los trastornos alcanzan diferencias estadísticamente significativas

SALUD MENTAL POR CIUDADES

Se ha agregado un análisis de los problemas de trastornos clínicos por ciudades. En líneas generales, observamos una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en la ciudad de Ayacucho en comparación con las otras ciudades, en la mayoría de los tiempos de referencia con excepción de las prevalencias de depresión en el último año en que no se hallan diferencias estadísticamente significativas entre las tres ciudades (Tabla No. 45). En Ayacucho se ha llegado a tal situación que, la mitad de la población ha tenido problemas de trastornos psiquiátricos alguna vez en su vida, lo que sin lugar a duda, refleja la influencia del clima de violencia que le tocó vivir en las últimas décadas y del cual no se habría repuesto del todo. En la siguiente sección se añadirán otros hallazgos en este sentido. Por lo pronto, Ayacucho mantiene prevalencias más altas (en el último año) de trastornos psiquiátricos en general y en particular de problemas con el alcohol (15,0%) en comparación con las otras ciudades. Asimismo, comparte con Huaraz cifras importantes en los trastornos de ansiedad. Ha de tenerse en cuenta los antecedentes históricos de Huaraz en especial la experiencia con los desastres naturales ocurridos en 1970. En general Cajamarca tiende a mostrar cifras más favorables de salud mental aunque sostiene niveles de depresión expectantes.

Tabla No. 45
Prevalencia de vida, anual, de seis meses y actual de trastornos psiquiátricos generales según ciudades en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Trastornos clínicos generales	Ayacucho	Cajamarca	Huaraz	Estadísticos
Prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico	50,6	28,3	34,9	F = 37,372 df1 = 1,914 p < 0,001
Prevalencia anual de cualquier trastorno psiquiátrico	26,0	19,1	19,9	F = 5,637 df1 = 1,902 p = 0.004
Prevalencia de seis meses de cualquier trastorno psiquiátrico en general	24,4	16,9	18,7	F = 7,070 df1 = 1,890 p = 0.001
Prevalencia actual de cualquier trastorno psiquiátrico en general	21,2	13,5	14,1	F = 9,447 df1 = 1,925 p < 0,001
Prevalencia de vida de trastornos de ansiedad en general	33,7	10,2	23,3	F = 66,307 df1 = 1,909 p < 0,001
Prevalencia anual de trastornos de ansiedad en general	8,2	4,3	8,4	F = 6,310 df1 = 1,887 p = 0,002
Prevalencia de seis meses de trastornos de ansiedad en gral.	7,3	3,2	7,5	F = 8,152 df1 = 1,887 p < 0,001
Prevalencia actual de trastornos de ansiedad en general	5,1	1,8	4,3	F = 6,998 df1 = 1,891 p = 0,001
Prevalencia de vida de trastornos depresivos en general	21,5	15,4	13,5	F = 7,421 df1 = 1,859 p = 0,001
Prevalencia anual de trastornos depresivos en general	6,5	8,4	6,7	n.s.
Prevalencia a seis meses de trastornos depresivos en general	4,8	7,0	5,9	n.s.
Prevalencia actual de trastornos depresivos en general	3,0	4,2	3,6	n.s.
Prevalencia anual de abuso o depencencia a alcohol	15,0	8,0	6,7	F = 14,553 df1 = 1,911 p < 0,001

EFECTOS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA

Se ha considerado para este reporte el informe de dos variables, por un lado la frecuencia con que las personas reportan haber experimentado la pérdida de familiares o bienes materiales por hechos directamente relacionados con la violencia política y por el otro lado la relación de ésta con trastornos psiquiátricos. Cerca de un tercio de la población de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz ha tenido al menos una situación de pérdida personal ya sea en pérdidas humanas o bienes materiales, siendo el mayor impacto en la ciudad de Ayacucho donde dos tercios tuvo algún tipo de pérdida y la mitad de la población perdió algún familiar (Tabla No. 46a).

Tabla No. 46a

Frecuencia de pérdidas humanas y materiales relacionadas directamente con la violencia en la época terrorista en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Tipo de pérdida	Ayacucho	Cajamarca	Huaraz	Total %
Muerte de familiar directo (padres, esposo(a), hijos)	12,1	1,1	1,5	4,9
Muerte de otro familiar no directo	44,7	5,5	9,0	19,4
Familiar desaparecido	26,7	0,9	4,2	10,3
Testigo de muerte violenta de alguna persona	19,3	1,4	5,2	8,2
Familiar detenido	24,3	1,6	6,9	10,4
Familiar en prisión	13,4	1,8	4,3	6,2
Pérdida de bienes	23,2	1,2	3,1	9,0
Cambio de residencia	29,1	1,4	4,3	11,3
Al menos una situación de pérdida personal	66,2	9,8	20,0	31,0
Algún familiar fallecido o desparecido	52,8	7,1	12,2	23,5

En la tabla No. 46b, se observa que la prevalencia de vida de algún trastorno psiquiátrico en las personas que han perdido algún familiar se eleva considerablemente (50,0%) con relación a la prevalencia de toda la población (Tabla No. 34) y con aquellos que no han presentado ninguna pérdida familiar. Esta relación se mantiene a una significancia limítrofe en la prevalencia anual, de 6 meses y actual. Cuando analizamos esta relación con grupos de trastornos, encontramos que la asociación se mantiene significativa para los trastornos de ansiedad, inclusive en los periodos de referencia actuales. En el caso de los trastornos depresivos la relación es significativa sólo para la prevalencia de vida.

Tabla No. 46b
Prevalencia de vida de trastornos psiquiátricos generales según presencia o ausencia de pérdidas personales por la violencia en la época terrorista en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Trastornos clínicos generales	Con algún familiar fallecido o desaparecido	Sin algún familiar fallecido o desaparecido	Estadísticos
Prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico	50,0	33,5	F = 42,970 df1 = 1 p < 0,001
Prevalencia anual de cualquier trastorno psiquiátrico	24,5	20,7	F = 3,381 df1 = 1 p = 0.067
Prevalencia de seis meses de cualquier trastorno psiquiátrico en general	22,5	19,0	F = 3,172 df1 = 1 p = 0.076
Prevalencia actual de cualquier trastorno psiquiátrico en general	19,2	15,3	F = 3,858 df1 = 1 p = 0,05
Prevalencia de vida de trastornos de ansiedad en general	35,2	16,8	F = 66,307 df1 = 1,909 p < 0,001
Prevalencia anual de trastornos de ansiedad en general	9,0	5,8	F = 8,815 df1 = 1 p = 0,003
Prevalencia de seis meses de trastornos de ansiedad en general	7,7	4,9	F = 8,289 df1 = 1 p = 0,004
Prevalencia actual de trastornos de ansiedad en general	5,8	2,8	F = 12,807 df1 = 1 p < 0,001
Prevalencia de vida de trastornos depresivos en general	22,7	15,2	F = 12,239 df1 = 1 p = 0,001
Prevalencia anual de trastornos depresivos en general	6,4	7,7	n.s.
Prevalencia a seis meses de trastornos depresivos en general	5,4	6,2	n.s.
Prevalencia actual de trastornos depresivos en general	3,1	3,8	n.s.
Prevalencia anual de abuso o depencencia a alcohol	11,3	9,7	n.s.

EVENTOS DE VIDA INFANTILES Y SALUD MENTAL

Se ha considerado para este reporte el informe de algunos estilos de crianza y su relación con la salud mental. Reportes posteriores tratarán este tema a profundidad. Se hace la advertencia que la información sobre estilos de crianza se ha realizado en función a recuerdos, lo que conlleva consabidas limitaciones; sin embargo, aún así resulta de particular importancia su consideración. En general se observa una mayor prevalencia de estilos de crianza negativos en Ayacucho y de sobreprotección en Huaraz. (Tabla No. 47a).

Tabla No. 47a
Algunos estilos de crianza referidos por la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Tipo de pérdida	Ayacucho	Cajamarca	Huaraz	Total %	Estadísticos
Le dieron más castigos de los que merecía	25,4	16,4	16,0	19,3	F = 15.160 df1 = 1.808 df1 = 629.079 p < 0.00001
Le permitían hacer cosas que a sus hermanos no	15,7	18,1	22,5	18,3	F = 4.613 df = 11.949 df2 = 678.155 p = 0.01085
Si las cosas iban mal sus padres trataban de confortarlo y animarlo	64,4	78,1	80,0	74,0	F = 22.216 df1 = 1.809 df2 = 629.474 p < 0.00001
Existía amor y ternura entre usted y sus padres	84,4	92,3	90,0	89,1	F = 12.949 df1 = 1.756 df2 = 611.048 p = 0.00001
Le prohibían hacer cosas que a otros niños si les era permitido porque temían que algo malo le podía ocurrir	43,1	45,3	47,6	45,1	F = 0.909 df1 = 1.888 df2 = 657.189 p = 0.39845
Eran muy exigentes con respecto a sus calificaciones escolares, desempeño deportivo o actividades similares	57,3	57,8	62,9	58,8	F = 1.945 df1 = 1.919 df2 = 667.776 p = 0.14575
Le permitían tomar sus propias decisiones como por ejemplo elegir su ropa, escoger a sus amistades, los estudios, distracciones, etc.	38,7	49,7	46,7	45,3	F = 8.661 df1 = 1.837 df2 = 639.410 p = 0.00031
Sus padres no se interesaban por conocer sus opiniones	26,8	25,0	25,4	25,7	F = .304 df1 = 1.967 df2 = 684.512 p = 0.73425
La ansiedad de sus padres de que algo malo podía sucederle era exagerada	30,0	30,1	39,1	32,2	F = 6.566 df1 = 1.985 df2 = 690.902 p = 0.00154

En la tabla No. 47b, se observa que una incremento de la prevalencia de trastornos psiquiátricos en las personas que han recibido estilos de crianza negativos. El maltrato infantil bajo el criterio de haber recibido más castigos de lo que se merecía tiene el impacto más notable en todos los trastornos, sin embargo también resalta la falta de ternura entre la persona y sus padres. Para los trastornos depresivos resalta la falta de ternura entre la persona y sus padres.

TABLA NO. 47B
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS GENERALES SEGÚN ALGUNOS ESTILOS DE CRIANZA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ 2003

PREVALENCIA DE VIDA / TIPO DE PÉRDIDA	*CUALQUIER TRASTORNO (PG :37,3%)*	*TRASTORNOS ANSIEDAD (PG: 21,1%)*	*TRASTORNOS DEPRESIVOS (PG: 17,0%)*
Le dieron más castigos de los que merecía	50,0 (p<0,00001)	28,7 (p<0,00001)	23,6 (p<0,00001)
Le permitían hacer cosas que a sus hermanos no	43,2 (p=0,008)	25,8 (p=0,01)	22,5 (p=0,001)
Si las cosas iban mal sus padres no trataban de confortarlo y animarlo	43,9 (p=0.00015)	28,0 (p<0,00001)	19,4 (p=0,049)
No existía amor y ternura entre usted y sus padres	48,8 (p=0,00009)	29,1 (p=0,00026)	24,0 (p=0,00075)
Le prohibían hacer cosas que a otros niños si les era permitido porque temían que algo malo le podía ocurrir	39,7 (p=0,041)	22,3 (p=0,204)	18,8 (p=0,034)
Eran muy exigentes con respecto a sus calificaciones escolares, desempeño deportivo o actividades similares	36,2 (p=0,327)	19,7 (p=0,062)	15,8 (p=0,250)
Le permitían tomar sus propias decisiones como por ejemplo elegir su ropa, escoger a sus amistades, los estudios, distracciones, etc.	34,1 (p=0,0046)	16,7 (p<0,00001)	14,3 (p=0,0019)
Sus padres no se interesaban por conocer sus opiniones	38,6 (p=0,459)	20,4 (p=0,583)	17,6 (p=0,560)
La ansiedad de sus padres de que algo malo podía sucederle era exagerada	42,4 (p=0,0007)	24,1 (p=0,022)	19,0 (p=0,057)

ACCESO A SERVICIOS

El acceso a servicios en salud mental muestra particularidades distintas al acceso a servicios de salud física debido entre otras cosas a los prejuicios existentes entorno a padecer problemas psiquiátricos. Sin embargo, los factores que participan son similares expresados en combinaciones diferentes. En 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 de los nervios 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 28,0% (demanda sentida) de los pacientes respondió afirmativamente, de estos el 16,7% del total de encuestados identificó su problema en los últimos seis meses. Considerando este último nuestro período de

referencia se encontró que el 13,9% de este grupo acudió en busca de algún tipo de ayuda para resolver este problema (demanda sentida expresada), mientras que el 86,1% no recibió ningún tipo de atención médica (Tabla No. 48). Del 13,9% que recibió ayuda el 6,3% acudió a los centros del MINSA, seguido del 3,9% que acudió a ESSALUD. Cabe resaltar que la mayoría de la demanda sentida expresada es atendida en los hospitales generales (Tabla No. 49). Hasta donde podemos afirmar, la mayoría (59,2%) recibió algún tipo de medicamento para su problema, un 22,3% recibió psicoterapia y un 64,0% recibió consejería (Tabla No. 50).

Tabla No. 48
Demanda sentida y expresada en salud mental en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Demanda	%
Demanda sentida de vida en salud mental (Como problemas emocionales o nervios)	
Total	28,0
Masculino	22,8
Femenino	32,9
Demanda sentida de seis meses de servicios en salud mental (Con probl. de S.M.)	
Total	16,7
Masculino	16,2
Femenino	17,3
Demanda sentida expresada atendida en servicios de salud en los últimos seis meses (% de la demanda sentida)	
Total	13,9
Masculino	12,3
Femenino	15,3

Tabla No. 49
Lugares de atención y distribución de la demanda sentida expresada en salud mental en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Lugar de Atención	Parciales %	Totales %
MINSA:		6,3 (45,3% de lo atendido)
Puestos o centros de salud:	1,4	
Instituto u hospital especializado:	0,8	
Hospital General:	4,1	
ESSALUD:		3,9 (28,1% de lo atendido)
Posta o policlínico	1,4	
Consultorios PAAD	0,4	
Centro de salud mental:	0,3	
Hospital General:	1,8	
FFAA:		0,2 (1.4% de lo atendido)
Hospital FFAA y PN:	0,2	
Privada		2,9 (20,9% de lo atendido)
Clínica particular:	0,5	
Consultorio particular:	2,4	
Otros:	3,4	3.4 (24.5% de los atendido)

Tabla No. 50
Tipo de ayuda recibida por la demanda sentida expresada en los centros de atención en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Tipo de ayuda recibida por la demanda atendida	Medicina	Psicoterapia	Consejo	Hierbas	Otro
Total	59,2%	22,3%	64,0%	4,5	7,3%

Con relación a los motivos por los cuales la persona no recibió atención alguna por su problema emocional la mayoría (50,2%) pensaba que lo debía superar solo, seguido de un 37,2% que no acudió por no tener dinero, y en tercer lugar un 30,2% por falta de confianza. Es evidente que los factores culturales juegan un rol muy especial, así como los educativos y los económicos (Tabla No. 51).

Tabla No. 51
Motivos principales de no atención médica de la demanda sentida en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Motivos de no consulta a centro asistencial	Lo debía superar solo	No tenía dinero	Falta de confianza	No sabía donde ir	No me beneficiaría	Preferría remedios caseros	Por vergüenza
Total	50,2%	37,2%	30,2%	27,0%	15,2%	13,3%	13.0%

SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL EN LA SIERRA PERUANA

Los síndromes folklóricos descritos desde antaño por los investigadores en medicina tradicional en el área de psiquiatría folklórica tienen vigencia y son identificados y reconocidos por la población encuestada; siendo sus prevalencias de vida las que se presentan en la tabla que sigue. (Tabla No. 52)

Tabla No. 52
Prevalencia de vida de síndromes culturales en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Sindromes culturales	Total %
Susto	23,5
Aire	19,2
Mal de ojo	4,4
Ataque de nervios	1,6
Daño	3,5
Chucaque	23,4

Las personas que consultaron por alguno de estos síndromes, en algún momento de su vida presentaron: un episodio depresivo, algún trastorno de ansiedad, o síntomas paranoides con mayor frecuencia que la población general, con excepción del Chucaque; tal como se aprecia en la tabla a continuación. (Tabla No. 53)

TABLA NO. 53

PORCENTAJE DE SINDROMES FOLKLÓRICOS Y PREVALENCIA DE VIDA PARA INDICADORES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD, EPISODIOS DEPRESIVOS Y SÍNTOMAS PARANOIDES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ 2003

(N = 3 895)

	PREVALENCIAS DE VIDA PARA ADULTOS		
SINDROMES	Trastornos de Ansiedad en General %	Episodio Depresivo %	Síntomas Paranoides (2 sintomas) %
Susto	32,8 (< 0,0001)	21.3 (0,0006)	12,4 (< 0,0001)
Aire	33,5 (< 0,0001)	20,9 (0,004)	12,5 (< 0,0001)
Mal de ojo	26,8 (0,196)	18,4 (0,534)	16,1 (0,0003)
Ataque de nervios	31,6 (0,113)	36,5 (0,0004)	21,6 (0,0003)
Daño	42,0 (< 0,0001)	22,8 (0.047)	19,0 (< 0,0001)
Chucaque	14,5 (0,0004)	17,8 (0,2202)	4,3 (0,003)
Pob. General	21,1	16,2	6,9

La población encuestada identificó también otros "problemas" folklóricos y médicos; así como quiécnes son los "agentes" de los modelos de atención que los resuelven; tal como se muestra en la tabla que sigue. Es notorio el alto porcentaje de problemas que quedan fuera de todo modelo de atención. (Tabla No. 54)

TABLA NO. 54

PORCENTANJE DE PROBLEMAS Y AGENTES DE MODELOS DE ATENCIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ 2003

MODELOS / PROBLEMAS	MODELO MÉDICO %	MODELO FOLKLÓRICO %	OTROS MODELOS NO MÉDICO, NO FOLKLÓRICO %	NINGÚN MODELO; QUEDAN FUERA DE TODO MODELO DE ATENCIÓN %
Angustia, Tristeza – Depresión, Nervios.	26,8	2,7	14,5	56,7
Locura	29,3	2,1	8,1	60
Mala suerte, Protección, Infidelidad, Amarres	3,2	5,1	6,7	85

ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES

En la tabla No. 55 se observan las respuestas a las preguntas sobre la identificación de diferentes tipos de desórdenes mentales en la población, como un paso previo a las preguntas sobre el estigma relacionado a los trastornos mentales. Llama la atención que casi un 40% de la población no considera a la depresión como un desorden mental, pasando inadvertida, y que el 3 % de la población no considera los problemas de personalidad como patología psiquiátrica

TABLA NO. 55
IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS COMO TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ 2003

TIPO DE PROBLEMAS	% SI	% NO
a) Nervios excesivos o fobias	61,8	38,2
b) Tristeza excesiva o depresión	57,0	43,0
c) Psicosis o locura	89,9	10,1
d) Consumo excesivo de alcohol y drogas	67,2	32,8
e) Problemas del carácter o de la personalidad	2,9	97,1

En la tabla No. 56 podemos observar los porcentajes de las respuestas de la población general de la sierra peruana en relación a las preguntas relacionadas al estigma contra los trastornos mentales. Los resultados nos muestran que un 70 % de la población reacciona no aceptando a las personas con enfermedades mentales, pero en contraste están dispuestos a brindarle algún tipo de ayuda en un 47%. En el mismo sentido, tratándose de familiares con enfermedades mentales se tiende a no aceptar la enfermedad en ellos en un 80% aproximadamente. Por otro lado, un 93% de la población general piensa que en el caso de sufrir una enfermedad mental, no sería aceptado en su comunidad. Sin embargo, es sorprendente la expectativa de la población general de la sierra peruana, pues un 81 % de la población piensa que las personas con enfermedades mentales pueden ser rehabilitados y reintegrados en su comunidad.

Tabla No. 56
Actitudez frente a la enfermedad mental en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

	RESPUESTAS						
PREGUNTAS	La acepta como persona con una enfermedad %	Se muestra indiferente con ella %	Se aleja de ella %	Le ofrece alguna ayuda %	La rechaza %	¿La ocultaría? %	Otra %
Ante una persona con una enfermedad mental ¿cómo reacciona usted...?	27,2	6,4	15,7	47,2	1,1	0,0	2,4
Si usted tuviera (tiene) uno o más miembros de su familia con una enfermedad mental,¿usted...?	18,4	0,2	1,2	78,1	0,7	0,3	1,1
Si usted tuviera una enfermedad mental, ¿cómo piensa que reaccionaría su comunidad...?	7,7	20,1	12,3	32,6	17,6	0,0	9,5

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES UNIDAS O ALGUNAS VEZ UNIDAS ENCUESTADAS

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES UNIDAS O ALGUNAS VEZ UNIDAS ENCUESTADAS

El grupo de mujeres encuestadas estuvo conformado por 3 268 personas, lo que corresponde a una población ponderada de 75 319 habitantes, según el diseño técnico de muestreo para las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz de la Sierra Peruana. (Tabla No. 57).

Tabla No 57.
Número total de mujeres unidas o alguna vez unidas encuestadas en la población de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Número de encuestadas	Frecuencia
Muestra total	3 268
Expandido	75 319

EDAD

La edad promedio de las mujeres encuestadas está alrededor de los 41,6 años, con una desviación estándar de 14,2 años, lo cual nos indica una asimetría negativa en la composición de grupos etarios, como se aprecia en la tabla No. 58. Mas del 50% corresponde a las edades entre los 25 a 44 años

Tabla No. 58
Edad de las mujeres encuestadas en la población de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Grupo etario	%
Menor de 18 años	0,3
18 a 24 años	9,3
25 a 44 años	53,4
45 a 64 años	29,2
Mayor de 65 años	7,8

ESCOLARIDAD

El grado de analfabetismo en las mujeres encuestadas es del 16,5% siendo mayor con relación al género masculino que es de 1,5%.

El mayor porcentaje de las mujeres entrevistadas refiere tener una instrucción entre primaria y secundaria (56,2%). En el nivel de educación superior la distribución es similar para ambos géneros. (Tabla No. 59).

Tabla No. 59
Nivel de educación de las mujeres encuestadas en la población de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Grado de estudios	%
Sin nivel	13,7
Inicial / preescolar	0,4
Primaria	29,2
Secundaria	27,0
Bachillerato	0,0
Superior no universitario	14,7
Superior universitario	14,4
Postgrado	0,5

ESTADO CIVIL

Un poco más de las tres cuartas partes de las encuestadas (82%) refieren encontrarse en situación de unidas (conviviente o casada). Cerca de la tercera parte (31,2%) corresponde a la condición solo de conviviente. (Tabla No. 60).

Tabla No. 60
Estado civil de las mujeres encuestadas en la población de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Estado civil	%
Conviviente	31,2
Separada	10,6
Divorciada	0,8
Viuda	6,4
Casada	50,8
Soltera	0,2

OCUPACIÓN

El 53,3% refiere haber trabajado la semana anterior, siendo este porcentaje menor con relación al género masculino (68,4%). El 6,5% ha estado buscando trabajo la semana anterior lo cual estaría indicando que hay un porcentaje significativo que se estaría dedicando a las labores del hogar u otras actividades (Tabla No. 61).

Tabla No. 61
Situación laboral de las mujeres encuestadas en la población de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Situación laboral	%
Realiza actividad laboral en semana anterior	53,3
Está buscando trabajo en semana anterior	6,5

INGRESOS ECONÓMICOS

La mitad de las encuestadas (52,2%) refiere percibir ingresos menores a S/. 300 nuevos soles; alrededor de una quinta parte (19,1%) gana entre 301 a 600 nuevos soles; una cifra un poco mayor (23,7%) gana entre 601 a 1200 nuevos soles y sólo el 5,1% gana más de 1200 nuevos soles. Las mujeres unidas tienen un ingreso considerablemente menor a los adultos del sexo masculino: (< a S/300 el 25,5%; entre S/301 a 600 el 33,1%; entre S/. 601 a 1200 el 28,4 y > a S/. 1200 el 12,9%). (Tabla No. 62).

Tabla No. 62
Promedio de ingreso mensual personal en los últimos tres meses (nuevos soles) en la población de mujeres unidas de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Promedio de ingreso mensual personal (nuevos soles)	%
Menos de S/.300	52,2
301 a 600	19,1
601 a 1 200	23,7
Más de 1 200	5,1

SALUD MENTAL DE LAS MUJERES UNIDAS O ALGUNAS VEZ UNIDAS ENCUESTADAS

ASPECTOS GENERALES

Entorno general

Aproximadamente cerca a la mitad de las encuestadas en la sierra (44,9%) perciben el desempleo como el principal problema en el país. En segundo orden, la pobreza. El terrorismo y la violencia son percibidos en porcentajes menores (0,8% y 3,2% respectivamente). (Tabla No. 63).

TABLA NO. 63
PRINCIPAL PROBLEMA PERCIBIDO EN EL PAÍS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ 2003

TERRORISMO %	DESEMPLEO %	POBREZA %	CORRUPCIÓN %	VIOLENCIA %	INESTABILIDAD POLÍTICA Y FALTA DE CONFIANZA Y LIDERAZGO %	DELINCUENCIA %	OTRO %
0,8%	44,9%	29,5%	5,0%	3,2%	1,3%	6,2%	15,3%

Frente a estos problemas cerca de la mitad de las encuestadas (39,7%) responden con preocupación y aproximadamente un tercio (29,5%) reaccionan con pena, tristeza o depresión. La respuesta de amargura, rabia y cólera es de 13,2%. (Tabla No. 64).

TABLA NO. 64
SENTIMIENTOS FRENTE AL PRINCIPAL PROBLEMA NACIONAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ 2003

PREOCUPACIÓN	AMARGURA, RABIA Y CÓLERA	RESIGNACIÓN	INDIFERENCIA	DESILUSIÓN %	PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN %	IMPOTENCIA, DESESPERACIÓN O ANGUSTIA %	OTRO %
39,7%	13,2%	1,4%	0,9%	4,9%	29,5%	6,8%	3,6%

Aproximadamente las tres cuartas partes de las mujeres encuestadas "no confían o confían poco" en las autoridades policiales y militares. Las mas altas cifras de poca o nula confianza corresponde al de autoridades políticas (93,2%) y líderes de la comunidad (82,4%). (Tabla No. 65).

Tabla No. 65
Confianza en autoridades en la población de mujeres unidas de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Confianza en:	Nada o poco	Regular	Mucho
Autoridades policiales	74,4%	22,2%	3,8%
Autoridades políticas	93,2%	6,0%	0,8%
Militares	75,7%	20,7%	3,6%
Religiosos	30,7%	28,7%	40,5%
Líderes de la comunidad	82,4	15,1%	2,5%

Respecto a la seguridad que perciben de su entorno, las mujeres encuestadas señalan en un gran porcentaje (83,6%) que "no se sienten protegidas o se sienten poco protegidas" por el Estado. Un porcentaje alto se siente protegido por Dios y el 71,2% tienen sentimientos de protección por parte de su familia. (Tabla No. 66).

Tabla No. 66
Sentimientos de protección en la población de mujeres unidas de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Sentimiento de protección:	Nada o poco	Regular	Mucho
Del Estado	83,6%	14,7%	1,7%
De la familia	11,6%	17,2%	71,2%
De Dios	2,9%	4,3%	92,7%
De la comunidad	56,5%	30,0%	13,5%

Estresores psicosociales

Se puede observar en la tabla No. 67 que alrededor de la mitad de las encuestadas califican como principal estresor el trabajo (45,5%); los hijos y parientes (51,9%), el dinero (55,3%), problemas de salud (58,1%), de terrorismo (50,7%) y de narcotráfico (49,3%).

Tabla No. 67
Estresores psicosociales en la población de mujeres unidas de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Tipo de estresor y magnitud	Nada o poco	Regular	Mucho
Trabajo	30,7%	23,8%	45,5%
Estudio	39,6%	21,0%	39,4%
Hijos y parientes	30,7%	17,4%	51,9%
Pareja	43,5%	17,6%	38,9%
Dinero	19,1%	25,6%	55,3%
La salud	17.8%	24,1%	58,1%
Terrorismo	32,4%	16,9%	50,7%
Narcotráfico	35,3%	15,4%	49,3%

Estados anímicos

Las alternativas de respuestas no son mutuamente excluyentes en una persona entrevistada. Los estados anímicos desfavorables que sienten siempre o casi siempre de mayor a menor frecuencia son: Preocupación (45,8%), tristeza (29,3%), tensión (23,0%), angustia (18,3%) e irritabilidad (16,5%). Por otro lado un 52,7% siente alegría y el 48,2% siente tranquilidad (Tabla No. 68).

TABLA NO. 68
ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ 2003

PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS	NUNCA	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	SIEMPRE O CASI SIEMPRE
Triste	1,5%	69,2%	29,3%
Tenso	5,4%	71,6%	23,0%
Angustiado	10,1%	71,6%	18,3%
Irritable	9,6%	73,9%	16,5%
Preocupado	1,5%	52,8%	45,8%
Tranquilo	2,2%	49,6%	48,2%
Alegre	0,9%	46,4%	52,7%
Aburrido	17,2%	68,2%	14,6%
Otro	90,3%	3,1%	6,5%

Satisfacción personal

Con respecto a la satisfacción personal global de las mujeres encuestadas, el 50% experimenta un grado aceptable satisfacción personal (15,8 puntos de 20). (Tabla No. 69).

TABLA NO. 69
SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ 2003

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
	15,8	16,0	18,0	14,0	18,0

Con relación a la satisfacción personal respecto a algunas característica personales más de la mitad se siente satisfecha ("mucho") con su color de piel (64,0%), su nivel intelectual (53,9%), su aspecto físico (53,0%). Aproximadamente la quinta parte de las encuestadas (17,0%) se siente satisfecha con su nivel económico. Un 38,9% siente "nada o poca" satisfacción con su nivel económico y el 25% con sus estudios. (Tabla No. 70).

Tabla No. 70
Grado de la satisfacción personal en la población de mujeres unidas de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Grado de satisfacción personal con:	Nada o poco	Regular	Mucho
Aspecto físico	11,9%	35,1%	53,0%
Color de piel	7,0%	29,0%	64,0%
Inteligencia	15,0%	31,1%	53,9%
Nivel económico	38,9%	44,1%	17,0%
Estudios	25,0%	24,1%	51,0%
Relaciones sociales	21,2%	34,6%	44,3%

Satisfacción laboral

El 50% de las mujeres encuestadas muestra un grado una satisfacción laboral aceptable (tabla No. 71).

Tabla No. 71
Satisfacción laboral global en la población de mujeres unidas de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Grado de satisfacción laboral global (escala de 5 a 20)	Media	Mediana	Moda	P25	P75
	15,5	15,8	15,0	13,8	17,5

Según los diferentes componentes del tema de satisfacción laboral, se observa que el 52,6% siente satisfacción ("mucho") con las actividades o funciones que realiza; un 46,1% con el ambiente físico donde labora, el 50,3% con sus compañeros de trabajo y el 45,9% con el trato que recibe de sus jefes. Siente satisfacción "regular" con la carga de trabajo que desarrolla diariamente el 44,5% y se siente insatisfactorio ("nada o poco") con la remuneración que recibe el 51,2%. (Tabla No. 72).

Tabla No. 72
Características de la satisfacción laboral en la población de mujeres unidas de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Grado de satisfacción laboral con:	Nada o poco	Regular	Mucho
Actividades o funciones que realiza	11,8%	35,6%	52,6%
El ambiente físico donde labora	15,1%	38,9%	46,1%
Sus compañeros de trabajo	10,5%	39,2%	50,3%
La carga de trabajo que desarrolla diariamente	18,5%	44,5%	37,0%
El trato o reconocimiento que recibe de sus jefes o patrones	18,3%	35,8%	45,9%
La remuneración que recibe	51,2%	36,0%	12,8%

Cohesión familiar

El grado de cohesión familiar que refieren las mujeres unidas es significativamente alto, con un puntaje promedio de 18,2 (en una escala de 5 a 20 puntos). (Tabla No. 73).

Tabla No. 73
Cohesión familiar en la población de mujeres unidas de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Grado de cohesión familiar (escala de 5 a 20)	Media	Mediana	moda	P25	P75
	18,2	19,2	20,0	17,0	20,0

Calidad de vida

En las mujeres unidas (o alguna vez unidas) se encuentra una calidad de vida promedio alto, puesto que se obtiene un índice de 7,7 puntos (en una escala de 0 a 10 puntos). (Tabla No. 74).

Tabla No. 74
Calidad de vida global en la población de mujeres unidas de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Calidad de vida global de la mujer unida (escala de 1 a 10)	Media	Sx.	Mediana	Moda	P25	P75
	7,7	0,004	7,8	8,3	7,0	8,6

Indicadores suicidas

Se ha explorado indicadores suicidas en un expectro amplio, desde los deseos de morir hasta el intento suicida. Los deseos de morir representan el nivel más sutil y más sensible. En ese sentido el 45,5% de la población de mujeres unidas o alguna vez unidas ha deseado moririse alguna vez en su vida. El pensamiento de índole suicida explora el aspecto cognoscitivo de una conducta potencialmente suicida, y en las mujeres unidas ha sido mayor que los adultos masculinos, tanto en la prevalencia de vida (16,7% vs. 8,6%), prevalencia mensual (2,3% vs. 1,1%) así como en la prevalencia anual (6,3% vs. 3,2%) (tabla No. 67).

El intento suicida involucra también a la conducta y presenta una prevalencia de vida de 3,6%, siendo mayor que del adulto masculino (1,7%); una prevalencia mensual de 0,1% y anual de 0,8%. (Tabla No. 75).

TABLA NO. 75
INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ 2003

PERIODO	TOTAL
Prevalencia de vida de pensamientos de deseos de morir	45,5%
Prevalencia en el mes de pensamientos de deseos de morir	8,8%
Prevalencia en el año de pensamientos de deseos de morir	18,3%
Prevalencia de vida de pensamientos de quitarse la vida	16,7%
Prevalencia en el mes de pensamientos de quitarse la vida	2,3%
Prevalencia en el año de pensamientos de quitarse la vida	6,3%
Prevalencia de vida de planes de quitarse la vida	5,1%
Prevalencia en el mes de planes de quitarse la vida	0,5%
Prevalencia en el año de planes de quitarse la vida	1,9%
Prevalencia de vida de intentos de quitarse la vida	3,6%
Prevalencia en el mes de intentos de quitarse la vida	0,1%
Prevalencia en el año de intentos de quitarse la vida	0,8%

TRASTORNOS CLÍNICOS

Los resultados de los trastornos clínicos explorados en la mujer unida reportan cifras importantes para la prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico. Debido muy probablemente al periodo de violencia política, el trastorno más frecuente según la prevalencia vida ha sido el trastorno de estrés postraumático (17,4%). Sin embargo, si consideramos la prevalencia anual el trastorno más frecuente es el episodio depresivo con un 8,4%, seguido por el trastorno de ansedad generalizada (4,7%) y el trastorno de estrés postraumático (3,3%). La distimia tiene una prevalencia actual de 1,0%. Se puede observar que las cifras son más altas en Ayacucho y de manera más significativa en la prevalencia de vida del estrés postraumático (Tabla No. 76).

TABLA NO. 76
TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN EL CIE-10 EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS EN LAS CIUDADES DE HUARAZ, AYACUCHO Y CAJAMARCA DE LA SIERRA PERUANA 2003

TRASTORNO SEGÚN LA CIE-10	HUARAZ	AYACUCHO	CAJAMARCA	TOTAL
Prevalencia de vida de cualquier trastorno	37,5	54,5	25,9	37,8
Prevalencia anual de cualquier trastorno	18,2	20,9	14,2	17,3
Prevalencia a 6 m de cualquier trastorno	16,1	19,0	11,9	15,2
Prevalencia actual de cualquier trastorno	12,1	16,5	7,3	11,4
Prevalencia de vida de trastorno de ansiedad generalizada en la mujer unida	12,7	18,7	6,6	11,9
Prevalencia anual de trastorno de ansiedad generalizada en la mujer unida	4,8	6,0	3,7	4,7
Prevalencia a seis meses de trastorno de ansiedad generalizada en la mujer unida	4,6	6,0	3,0	4,3
Prevalencia actual de trastorno de ansiedad generalizada en la mujer unida	3,2	3,4	2,0	2,7

(...CONTINÚA)

TRASTORNO SEGÚN LA CIE-10	HUARAZ	AYACUCHO	CAJAMARCA	TOTAL
Prevalencia de vida de trastorno de estrés post – traumático en la mujer unida	17,3	30,2	8,1	17,4
Prevalencia anual de trastorno de estrés post – traumático en la mujer unida	2,8	4,4	2,7	3,3
Prevalencia de 6 meses de trastorno de estrés post–traumático en la mujer unida	2,3	4,3	2,2	2,9
Prevalencia actual de trastorno de estrés post – traumático en la mujer unida	1,1	3,9	0,4	1,7
Prevalencia de vida de episodio depresivo en la mujer unida	13,5	23,3	14,8	17,3
Prevalencia anual de episodio depresivo en la mujer unida	8,5	9,1	7,9	8,4
Prevalencia a seis meses de episodio depresivo en la mujer unida	7,5	7,6	6,8	7,2
Prevalencia actual del episodio depresivo en la mujer unida	5.2	5,4	3,2	4,4
Prevalencia de vida de distimia en la mujer unida	0,5	3,7	1,6	2,1
Prevalencia actual de distimia en la mujer unida	0,1	1,6	1,1	1,0

ABUSO EN LA MUJER UNIDA

El estudio en la sierra sobre abuso a la mujer unida o alguna vez unida ha considerado como indicadores el haber sido objeto de abuso alguna vez en su vida, intento o actos sexuales inapropiados, agresiones físicas, agresiones verbales o situaciones de abandono. La prevalencia de vida de algún tipo de abuso contra la mujer unidad o alguna vez unida es de 67,6%.

Trato inadecuado en el periodo de enamoramiento

Dentro del trato inadecuado en el periodo de enamoramiento con la pareja actual (o última pareja) se encontró una variedad de comportamientos inadecuados correspondiendo las cifras mas altas de prevalencia a los celos de la pareja (42,5%) y el haber sido controladas por sus parejas (30,2%). Aproximadamente la quinta parte dice que su pareja le mentía mucho (20,3%), la descuidaba por el consumo de alcohol (20,1%) y le engañó (18,5%). Las prevalencias más bajas corresponde a la percepción de actitudes machistas en la pareja (1,0%), las relaciones sexuales forzadas (6,1%) y maltrato físico (8,2%). (Tabla No. 77).

Tabla No. 77
Características del trato inadecuado de la pareja actual en el período de enamoramiento en la población de mujeres unidas o alguna vez unidas de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Prevalencia de trato inadecuado general en el periodo de enamoramiento con la pareja actual (o última pareja)	%
Le gritaba mucho	9,2
Tenía arranques de violencia	9,6
Le engaño	18,5
La maltrato físicamente	8,2
La forzó a relaciones sexuales	6,1
Se mostró indiferente	13,6
Le mentía mucho	20,3
Era muy celoso	42,5
La controlaba mucho	30,2
La descuidaba por el alcohol	20,1
Tenía actitudes machistas	1,0

Por otro lado, sí se hace una estimación global de tratos inadecuados a mujeres unidas, en el periodo de enamoramiento, por su actual pareja o última pareja, se tiene que aproximadamente dos tercios de esta muestra (61,3%) es objeto de estos tratos inadecuados y cerca de la quinta parte (18,2%) sufre algún tipo de violencia. (Tabla No. 78).

Tabla No. 78
Prevalencia de trato inadecuado en el periodo de enamoramiento con pareja actual o última pareja en la población de mujeres unidas o alguna vez unidas de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Trato inadecuado 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)	61,3
Prevalencia de algún tipo de violencia en el periodo de enamoramiento con la pareja actual o última pareja.	18,2

Abuso hacia la mujer por parte de la pareja actual

Se seleccionó una sub-muestra para determinar aquellas mujeres unidas que tienen pareja actual, ya sea por matrimonio o convivencia; dicha sub-muestra fue del 82,8% de la muestra total que ponderada o expandida representa, a 61,900 mujeres unidas de la población. En la tabla No. 79 se observa que cerca de la mitad de las encuestadas (48,5%) presenta una prevalencia de vida de algún tipo de abuso por parte de la pareja actual. Los insultos y el abuso físico siguen en orden de frecuencia y aproximadamente una de cada 10 mujeres unidas es víctima de abuso sexual. (Tabla No. 79). Si observamos los datos por ciudades encontramos que en la mayoría de los tipos de abuso las cifras son mas altas en Ayacucho, luego le sigue Cajamarca y después Huaraz.

Tabla No. 79
Prevalencia de vida y tipos de abuso por parte de pareja actual en la población de mujeres unidas en las ciudades de Huaraz, Ayacucho y Cajamarca 2003

Tipo de abuso por parte de pareja actual	Huaraz %	Ayacucho %	Cajamarca %	Total %
Prevalencia de vida de algún abuso	40,0	63,8	41,5	48,5
Abuso Sexual	6,9	14,5	11,5	11,4
Abuso Físico	29,8	50,1	28,3	35,8
Insultos	34,5	58,8	35,9	43,1
Chantajes, humillaciones	16,1	30,5	16,6	21,0
Abandono	5,7	24,9	9,3	13,6

Con relación a la prevalencia anual de cualquier tipo de maltrato por parte de su pareja igualmente los datos siguen la misma gradiente que en el cuadro anterior: con cifras altas en Ayacucho. (Tabla No. 80)

Tabla No. 80
Prevalencia anual de cualquier tipo de maltrato por parte de su pareja en la población de mujeres unidas en las ciudades de Huaraz, Ayacucho y Cajamarca 2003

	Huaraz	Ayacucho	Cajamarca	Total
Prevalencia anual de cualquier tipo de maltrato por parte de su pareja actual	19,6%	42,7%	25,4%	29,8%

En la tabla No. 81 se puede observar que en la ciudad de Ayacucho se presenta una prevalencia de abuso sistemático casi del doble si la comparamos con las ciudades de Huaraz y Cajamarca. Estas cifras merecerán un análisis más profundo para una adecuada comprensión.

Tabla No. 81
Prevalencia anual de abuso sistemático por pareja actual en la población de mujeres unidas maltratadas en las ciudades de Huaraz, Ayacucho y Cajamarca 2003

	HUARAZ	AYACUCHO	CAJAMARCA	TOTAL
Prevalencia anual de algún abuso sistemático por parte de pareja actual (frecuencia de al menos uno a dos por mes).	5,5%	13,6%	6,9%	8,8%

En contraste a las cifras mostradas en la tabla No. 78, con relación a los tratos inadecuados durante el periodo de enamoramiento; en la población de mujeres maltratadas sistemáticamente estas ascienden a un 80,5.% vs. 61,3% de mujeres unidas en general. Este contraste es mayor cuando se trata de la prevalencia de algún tipo de violencia (39,5% vs. 18,2%). (Tabla No. 82).

Tabla No. 82
Antecedentes del abuso sistemático por pareja actual en la población de mujeres unidas maltratadas en las ciudades de Huaraz, Ayacucho y Cajamarca 2003

Antecedentes al maltrato	%
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).	80,5
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).	39,5

De manera similar que en la población general de mujeres unidas y adultos masculinos, aquí también se aprecia que las mujeres "maltratadas sistemáticamente" "no confían o confían poco" en las autoridades policiales (68,5%), ni en las autoridades políticas (76,9%). (Tabla No. 83).

Tabla No. 83
Confianza en autoridades en la población de mujeres unidas maltratadas sistemáticamente de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

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).	76,9%	20,5%	2,5%
Confianza en autoridades políticas de la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	94.7%	4,4%	0.9%

La percepción de sentirse protegida por parte del entorno familiar es compartido por casi la mitad de la muestra (49,9%) y es menor en comparación a la población general de mujeres unidas (71,2%). Por otro lado, "no se sienten protegidas o se sienten poco protegidas por el Estado" un 89,7%, siendo esta cifra mayor en comparación al de las mujeres unidas en general (83,6%.) (Tabla No. 84).

Tabla No. 84
Sentimientos de protección en la población de mujeres unidas maltratadas sistemáticamente de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Sentimientos de protección:	Nada o Poco	Regular	Mucho
Del estado en la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	89,7%	9,1%	1,2%
De la familia en la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	17,6%	32,5%	49,9%

Estresores psicosociales en la mujer maltratada sistemáticamente

El estresor psicosocial que más perturba a las mujeres maltratadas sistemáticamente es la falta de dinero (67,9%) y todos los otros estresores afectan a más de la mitad de las encuestadas. (tabla No. 85).

Tabla No. 85
Estresores psicosociales en la población de mujeres unidas maltratadas sistemáticamente de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Tipo de estresor y magnitud	Nada o poco %	Regular %	Mucho %
Trabajo en la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	16,3%	26,5%	57,2%
Estudio en la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	19,5%	27,1%	53,4%
Hijos y parientes en la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	18,3%	15,8%	65,9%
Pareja en la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	17,0%	19,9%	63,1%
Dinero en la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	12,0%	20,1%	67,9%

Sentimientos anímicos prevalentes en la mujer unida maltratada

En las mujeres unidas maltratadas las prevalencias mas altas corresponden a los siguientes estados anímicos negativos: preocupación (69,9%); tristeza (54,5%) y tensión (45,1%) siendo estas cifras mayores con relación al total de encuestadas (preocupación, 45,8%; tristeza, 29,3%; y tensión 23,0%). Los estados anímicos positivos tienen las siguientes frecuencias: tranquilidad (22,7%) y alegría (26,9%). (Tabla No. 86).

Tabla No. 86
Sentimientos anímicos en la población de mujeres unidas maltratadas sistemáticamente de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Prevalencia de sentimientos anímicos	Nunca %	Algunas veces u ocasionalmente %	Siempre o casi siempre %
Triste	0,0	45,5	54,5
Tenso	0,6	54,3	45,1
Angustiado	2,5	58,9	38,6
Irritable	3,9	65,9	30,3
Preocupado	0,0	30,1	69,9
Tranquilo	4,3	73,3	22,7
Alegre	0,4	72,8	26,9
Aburrido	11,1	62,1	26,8
Otro	95,9	4,1	0,0

Satisfacción personal en la mujer unida maltratada

La satisfacción personal en las mujeres maltratadas sistemáticamente (promedio 14,7) es muy parecido al de las mujeres unidas en general (promedio 13,3) (Tablas No. 69 y No. 87).

Tabla No. 87
Satisfacción personal global en la población de mujeres unidas maltratadas sistematicamente de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Grado de satisfacción personalglobal 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	P75
	14,7	0,03	15,0	14,0	13,0	16,8

Indicadores suicidas en la mujer unida maltratada sistemáticamente

Las prevalencias de ideación o pensamiento suicida en las mujeres unidas maltratadas sistemáticamente son altas. Dos tercios de las mujeres maltratadas sistemáticamte han deseodo morir alguna vez en su vida, mientras que más de un tercio lo ha deseado en el último año. En el caso de pensamientos explícitamente suicidas los datos son considerablemente mayores, casi el doble, con relación a la muestra total de mujeres unidas: prevalencia de vida, 38,5% vs. 16,7%; prevalencia anual de 18,5% vs. 6,3% y la prevalencia mensual de 5,8% vs. 2,3%. (Tabla No. 88).

Tabla No. 88
Ideación suicida en la población de mujeres unidas maltratadas sistemáticamente de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Prevalencias	%
Prevalencia de vida de deseos de morir de la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	66,7
Prevalencia en el mes de deseos de morir de la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	19,4
Prevalencia en el año de deseos de morir de la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	38,4
Prevalencia de vida de pensamientos de índole suicida de la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	38,5
Prevalencia en el mes de pensamientos de índole suicida de la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	5,8
Prevalencia en el año de pensamientos de índole suicida de la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	18,5

En este grupo de mujeres unidas sistemáticamente maltratadas, se puede observar también, con relación al intento o conducta suicida, que las cifras son igualmente altas y mayores si se comparan con el total de mujeres unidas encuestadas, por ejemplo se encuentra una prevalencia de vida de 8,5% vs. 3,6%; una prevalencia mensual de 0,5% vs. 0,1% y una prevalencia anual de 2,5% vs. 0,8%. La potencialidad suicida es de 0,3% semejante al de la muestra total: 0,4%. (Tabla No. 89).

Tabla No. 89
Intento suicida en la población de mujeres unidas maltratadas sistemáticamente de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Prevalencias	%
Prevalencia de vida de intento suicida de la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	8,5%
Prevalencia en el mes de intento suicida de la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	0,5%
Prevalencia en el año de intento suicida de la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	2,5%
Prevalencia de la potencialidad suicida de la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	0,3% (3,5% de las que lo intentaron)

Factores protectores

El grado de cohesión familiar en las mujeres maltratadas sistemáticamente (16,9) es ligeramente mayor que la población de mujeres unidas en general (15,5) (Tablas No. 73 y No. 90).

Tabla No. 90
Cohesión familiar en la población de mujeres unidas maltratadas sistemáticamente de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

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
	16,6	0,04	16,7	20,0	15,0	19,2

Calidad de vida en las mujeres maltratadas sistemáticamente

Las mujeres maltratadas sistemáticamente refieren una regular calidad de vida global (7,3) siendo esta cifra menor si se compara con las cifras de la mujer unida en general (Tablas No. 74 y No. 91)

Tabla No. 91
Calidad de vida global en la población de mujeres unidas maltratadas sistemáticamente de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

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
	7,3	0,01	7,3	6,9	7,0	8,3

Trastornos clínicos en la mujer maltratada sistemáticamente

Se puede observar en la tabla No. 92 que las prevalencias de los trastornos clínicos en la mujer maltratada sistemáticamente se encuentran elevadas en general. Si se comparan estas cifras con los trastornos clínicos observados en las mujeres unidas encuestadas que no son objeto de maltrato sistemático, se puede evidenciar diferencias importantes como por ejemplo: la prevalencia de seis meses del trastorno de ansiedad generalizada (10,7% vs. 4,3%); la prevalencia actual del trastorno de estrés post traumático (2,9% vs. 1,7%); la prevalencia a seis meses del episodio depresivo (depresión mayor) (15,3% vs. 7,4%), etc.

Tabla No. 92
Algunos trastornos clínicos en la población de mujeres unidas maltratadas sistemáticamente de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Trastorno clínico	Total %
Prevalencia de vida del trastorno de estrés post-traumático en la mujer unida maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	21,9% (versus 17,8% sin maltrato sistemático) *F = 3,24 df1 = 1 df2 = 348 p = 0.073*
Prevalencia actual del trastorno de estrés post-traumático en la mujer unida maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	2,9% (versús 1,7% sin maltrato sistemático) *F = 2,00 df1 = 1 df2 = 348 p = 0.158*
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).	10,7% (versus 4,3% sin maltrato sistem{atico) *F = 1 4,57 df1 = 1 df2 = 348 p = 0.000*
Prevalencia de seis meses del episodio depresivo en la mujer unida maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	15,3% (versús 7,4% sin maltrato sistemático) *F = 18,40 df1 = 1 df2 = 348 p = 0.000*
Prevalencia actual de episodio depresivo en la mujer unida maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	10,0% (versús 4,7% sin maltrato sistemático) *F = 1 7,63 df1 = 1 df2 = 348 p = 0.000*
Prevalencia actual de distimia en la mujer unida maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	3,1% (versús 1,0% sin maltrato sistemático) *F = 13,96 df1 = 1 df2 = 348 p = 0.000*

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS

El número de adolescentes encuestados fue de 1 568, cifra que de acuerdo al diseño técnico del muestreo otorga una inferencia a 51 824 habitantes adolescentes de la sierra peruana (Ayacucho, Cajamarca y Huaraz). La muestra estuvo distribuida en una proporción de 47,1% de varones y otra de 52,9% de mujeres (Tabla No. 93).

Tabla No 93.
número total de adolescentes encuestados y población ponderada en el EESMSP-2003

Encuestados	Frecuencia	Masculino	Femenino
Muestra total	1 568	47,1%	52,9%
Ponderada	51 824	47,4%	52,6%

EDAD

La edad promedio de los adolescentes encuestados es de 14,5 años, apreciándose similitud entre el grupo de 12 a 14 y el de 15 a 17 años (Tabla No. 94).

Tabla No. 94
Edad de los encuestados adolescentes del EESMSP-2003

Edad Promedio	Media	Desviación estándar
Ponderada	14,5	1,6
Grupo etario	Ponderado	Sin ponderar
12 a 14 años	49,7%	48,6%
15 a 17 años	50,3%	51,4%

ESCOLARIDAD

Se aprecia que el grado de analfabetismo es mucho menor que en los adultos e igual que en el EEMSM 2002 (0,5%). De la muestra en estudio, el mayor porcentaje se encuentra al nivel de educación secundaria (Tabla No. 95).

Tabla No. 95
Nivel de educación de la población adolescente de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Grado de estudios	Total %
Primaria	25,9
Secundaria	73,7
Bachillerato	0,1
Superior no universitario	0,2
Superior universitario	0,1

ESTADO CIVIL

Con respecto al estado civil el 92,2% de los adolescentes es soltero. Se ha encontrado que el 2,9% de las adolescentes ha tenido por lo menos un embarazo y el 0,9 % ha pasado por un aborto, estos últimos datos notablemente mayores al del EEMSM 2002 (1,9% y 0,3% respectivamente).

OCUPACIÓN

Es importante evaluar el nivel de ocupación laboral de los adolescentes pues suele ser un indicador de los problemas económicos familiares. El 11,4% de los adolescentes de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz se encontraba trabajando la semana anterior (Tabla No. 96), con un ingreso mensual neto promedio de 97,8 Nuevos Soles.

TABLA NO. 96
SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADOLESCENTES DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ 2003

SITUACIÓN LABORAL	Total %
Trabajó la semana anterior	11,4
Está buscando trabajo	2,5

SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE ENCUESTADO

La salud mental en el adolescente tiene la característica particular de encontrarse en un proceso de desarrollo 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.

ASPECTOS GENERALES

Respecto a los problemas que enfrenta el país, los adolescentes de la Sierra Peruana (Ayacucho, Cajamarca y Huaraz) identifican como problemas principales el desempleo y la pobreza, seguidos de la delincuencia, la corrupción y la violencia de manera semejante a los adolescentes de Lima y Callao (EEMSM 2002) (Tabla No. 97). La mayoría siente frente a estos problemas pena, tristeza o depresión, preocupación y cólera (Tabla No. 98).

TABLA NO. 97
PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS POR LOS ADOLESCENTES DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ 2003

PROBLEMAS PERCIBIDOS		PROBLEMAS PERCIBIDOS		PROBLEMAS PERCIBIDOS	
Desempleo	27,6%	Violencia	7,5%	Inestabilidad política	1,2%
Pobreza	25,7%	Manejo económico	4,5%	Falta de confianza	1,2%
Delincuencia	11,8%	Terrorismo	2,5%	Falta de liderazgo	1,0%
Corrupción	9,8%	Narcotráfico	1,9%	Otros	3,0%

TABLA NO. 98
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES EN ADOLESCENTES DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ 2003

SENTIMIENTOS		SENTIMIENTOS		SENTIMIENTOS	
Pena, tristeza o depresión	35,5%	Desilusión	6,7%	Impotencia	2,1%
Preocupación	28,1%	Amargura	4,2%	Desesperación o angustia	1,5%
Cólera	10,6%	Rabia	3,9%	Otro	1,6%

Respecto a la confianza hacia las autoridades, llama la atención la baja confianza en autoridades políticas (82,4%) así como en los líderes comunales (70,0%); esto contrasta con la confianza plena en los maestros (54,1%), los religiosos (43,1%) y los médicos (47,1). (Tabla No. 99).

Tabla No. 99
Confianza en autoridades en la población adolescente de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

	Nada o poco %	Regular %	Mucho %
Confianza en autoridades policiales	55,6	35,9	8,6
Confianza en autoridades políticas	82,4	15,4	2,2
Confianza en maestros	16,9	29,0	54,1
Confianza en religiosos	27,5	29,4	43,1
Confianza en líderes comunales	70,0	23,1	6,9
Confianza en los médicos	21,5	31,4	47,1

Estresores psicosociales

Con relación a los estresores psicosociales que percibe el adolescente, resaltan los vinculados a la delincuencia (57,2%), la salud (54,3%), los estudios (43,3%) y los parientes (42,2%) (Tabla No. 100).

Tabla No. 100
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos en la población adolescente de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Tipo de estresor psicosocial	Nada o poco %	Regular %	Mucho %
Trabajo	50,3	27,4	22,2
Estudio	32,7	24,0	43,3
Parientes	40,9	16,9	42,2
Pareja	68,7	15,9	15,4
Dinero	52,2	26,3	22,5
La salud	25,3	20,4	54,3
La ley	76,8	12,0	11,2
Delincuencia	27,0	15,8	57,2

Respecto al estrés ambiental, el 42,5% de los adolescentes perciben un alto nivel de estrés (ruidos, ventilación, olores, espacio), cifra análoga a la de los adolescentes de Lima y Callao (EEMSM 2002).

Estados anímicos prevalentes

En cuanto a los estados anímicos que sin ser por sí mismos patológicos pueden generar repercusiones significativas en la calidad de vida de los adolescentes, los resultados son llamativos respecto a los estados negativos; pues, entre el 11,1% y el 16,6% de las personas experimentan entre 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 responsabilidad por algo, de manera similar que en Lima y Callao (Tabla No. 101).

Tabla No. 101
Prevalencia de estados anímicos en la población adolescente de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Estados anímicos	Triste	Tenso	Angus-tiado	Irrita-ble	Preocu-pado	Tran-quilo	Alegre	Abu-rrido	Otro
Total	13.2%	12.4%	11.9%	16.6%	25.7%	61.7%	77.4%	11.9%	5.1%

Satisfacción personal

Es reconocido que la satisfacción con lo que se es o se hace tiene una enorme influencia en el desarrollo de una autoestima saludable, especialmente en las edades tempranas de la vida como en la adolescencia. Se ha medido el grado de satisfacción personal de los adolescentes en una escala de 5 a 20, encontrándose una media de 16.9 semejante a la de los adolescentes de Lima y Callao (16.1) (EEMSM 2002) (Tabla No. 102). La mayor fuente de satisfacción está en la inteligencia, el aspecto físico y las relaciones sociales con 60.8%, 60.5% y 59.2%, respectivamente. El 24.9% esta poco o nada satisfecho con su nivel económico. A diferencia de lo encontrado en adolescentes de Lima y Callao, los de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz definen de manera más determinante la satisfacción en diferentes aspectos excepto respecto a su nivel económico en que los datos se dispersan con similitud en las tres categorías (tabla No. 103).

Tabla No. 102
Grado de satisfacción personal global en la población adolescente de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Grado de satisfacción personal global (escala de 5 a 20)	Media	Mediana	Moda	P25	P75
Estimados	16.9	17.4	20	15.3	18.9

Tabla No. 103
Grado de satisfacción personal en la población de adolescentes de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Área	Nada o poco %	Regular %	Mucho %
Aspecto físico	11.5	28.5	60.5
Inteligencia	9.8	29.4	60.8
Nivel económico	24.9	42.9	32.6
Estudios	14.2	30.0	55.9
Relaciones sociales	12.5	28.3	59.2
Color de la piel	10.2	21.9	67.9

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 adolescente de Lima y Callao (16.0 y 15.2, respectivamente), siendo la

mayor razón de insatisfacción la carga de trabajo que desarrolla (28,9%), y la remuneración que recibe (32,8%). Es de poner de relieve a los compañeros de trabajo como fuente de satisfacción laboral en 64% de los adolescentes encuestados (tablas No. 104 y No. 105).

Tabla No. 104
Grado de satisfacción laboral global en la población adolescente de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Grado de satisfacción laboral global (escala de 5 a 20)	Media	Mediana	Moda	P25	P75
Total	16,0	16,7	20,0	13,8	18,0

Tabla No. 105
Grado de satisfacción laboral en la población adolescente de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Aspecto laboral	Nada o poco %	Regular %	Mucho %
Con actividades o funciones que realiza	15,1	29,1	55,8
Con el ambiente físico donde labora	15,9	44,1	40,0
Con sus compañeros de trabajo	9,0	26,4	64,7
Con la carga de trabajo que desarrolla diariamente	28,8	41,8	29,3
Con el trato que recibe de sus jefes	23,1	29,7	47,3
Con la remuneración que recibe	32,8	33,2	34,0

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, en una escala de 1 a 10, siendo 10 excelente, se halla en 7,8, cifra que indica un nivel aceptable. El valor encontrado es ligeramente igual al de los adolescentes del EEMSM 2002 (Tabla No. 106).

Tabla No. 106
Calidad de vida global de la población adolescente de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Calidad de Vida de la Población (escala de 1 a 10)	Media	D,S,	Moda	P25	P75
Total	7,8	1,1	7,8	7,2	8,7

Aspectos psicopáticos

Las conductas psicopáticas pueden iniciarse desde edades tempranas y pueden ser predictoras de problemas severos de personalidad de difícil ayuda en la adultez. 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, y como tendencias delictivas se considera el robo u otras conductas abiertamente en conflicto con la ley. Los resultados son semejantes a los de Lima y Callao tanto en permisividad como en tendencias (Tabla No. 107) (EEMSM 2002).

TABLA NO. 107
ASPECTOS PSICOPÁTICOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ 2003

ASPECTOS PSICOPÁTICOS	%
Permisividad frente a la psicopatía	9,9
Prevalencia de tendencias psicopáticas	39,4
Prevalencia de tendencias delictivas	9,6

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 investigado los componentes del proceso que puede culminar en el suicidio consumado: deseo, pensamiento, planeación e intento o conducta suicida.

Son notorias las cifras respecto a estas cuatro categorías siendo mayores en cuanto a deseos y gradualmente inferiores las de pensamiento, planeación y finalmente intento; sin embargo, todas elevadas y semejantes a las encontradas en adolescentes en el EEMSM 2002.

En la tabla No. 108 observamos que un 29,6% de la población adolescente alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas, un 15,9% en el último año y un 6,9% en el último mes. En cuanto a la conducta suicida del adolescente, la cual denota una afectación más seria, el 2,9% de la población adolescente ha intentado suicidarse alguna vez en su vida y un 1,9% lo habría realizado en el último año. Las cifras son significativamente más elevadas en el grupo de adolescentes de 15 a 17 años.

Un tercio de los adolescentes que intentaron hacerse daño considera todavía como una posibilidad de solución dicha conducta (Tabla No. 108). Esta cifra es semejante a la encontrada en adolescentes de Lima y Callao (EEMSM 2002).

TABLA NO. 108
INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ 2003

INDICADORES SUICIDAS	TOTAL %	12 A 14 AÑOS %	15 A 17 AÑOS %
DESEOS DE MORIR			
Prevalencia de vida	29,6	25,3	33,9
Prevalencia en el mes	6,9	6,3	7,5
Prevalencia en el año	15,9	13,2	18,7
PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA			
Prevalencia de vida	9,8	6,3	13,3
Prevalencia en el mes	3,0	2,0	4,1
Prevalencia en el año	6,3	4,4	8,3
PLANEACIÓN SUICIDA			
Prevalencia de vida	3,8	2,2	5,2
Prevalencia en el mes	1,4	1,0	1,7
Prevalencia en el año	2,7	1,5	3,9
CONDUCTAS SUICIDAS			
Prevalencia de vida	2,9	1,4	4,3
Prevalencia en el mes	0,8	0,6	1,0
Prevalencia en el año	1,9	1,1	2,8
PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA	0,9 (30,2% de los intentos)	0,1	1,6

Según la tabla No. 109 los motivos del deseo y del intento están relacionados. En cuanto a los motivos por los cuales los adolescentes desean o intentan quitarse la vida resaltan principalmente los problemas con los padres (48,8 % y 70,5%), siendo estos más relevantes entre los 15 y 17 años (54,4 y 73,0%). Luego siguen los problemas con los estudios, otros parientes, problemas económicos y experiencias traumáticas pasadas, estas últimas manifiestas sobremanera entre los adolescentes de 15 a 17 años que llegaron al intento de suicidio (11,4%). Es importante remarcar que las causas principales de los indicadores suicidas se hallan en el mismo hogar, tanto en las tres ciudades de la sierra peruana como en Lima y Callao (EEMSM 2002).

Tabla No. 109
Motivos del deseo o intento suicida en la población adolescente de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Tópicos	Años	Motivos de deseos suicidas %	Motivos de intentos suicidas %
Problemas con la autoimagen	Total	1,7	1,3
	12 a 14	1,6	0,0
	15 a 17	1,8	1,7
Problemas con los padres	Total	48,8	70,5
	12 a 14	41,1	62,7
	15 a 17	54,4	73,0
Problemas con otros parientes	Total	12,3	9,7
	12 a 14	12,4	4,6
	15 a 17	12,3	11,3
Problemas con la pareja	Total	2,7	3,4
	12 a 14	1,8	0,0
	15 a 17	3,4	4,6
Problemas laborales	Total	0,8	3,8
	12 a 14	0,0	0,0
	15 a 17	1,4	4,9
Problemas con los estudios	Total	16,0	6,8
	12 a 14	15,0	23,7
	15 a 17	16,8	1,3
Problemas económicos	Total	9,1	1,0
	12 a 14	5,1	0,0
	15 a 17	11,9	1,4
Problemas con la salud física	Total	3,5	0,0
	12 a 14	3,2	0,0
	15 a 17	3,7	0,0
Problemas con experiencia traumática	Total	2,1	9,0
	12 a 14	0,9	0,0
	15 a 17	3,0	11,4
Separación de familiar	Total	6,5	13,2
	12 a 14	5,9	0,0
	15 a 17	7,0	17,5
Problemas de salud familiar	Total	5,4	2,0
	12 a 14	5,8	0,0
	15 a 17	5,2	2,7
Problemas con amigos	Total	5,2	1,9
	12 a 14	3,9	0,0
	15 a 17	6,1	2,5
Otros	Total	15,8	10,0
	12 a 14	23,7	26,4
	15 a 17	10,0	4,7

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, abuso físico a menores, habiéndose hallado que un 20,6% 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, las prevalencias aunque relativamente bajas, desde el punto de vista de la población resultan llamativas, pues un 2,1% de la misma las tendría (Tabla No. 110). Todos estos indicadores son considerablemente menores que los de los adolescentes de Lima y Callao (23,5% y 3,2%) (EEMSM 2002).

Tabla No. 110
Tendencias hacia la violencia en la población adolescente de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Indicador	Años	%
Prevalencia de tendencias violentas	Total	20,6
	12 a 14 años	19,4
	15 a 17 años	21,7
Prevalencia de vida de consideraciones o pensamientos de índole homicidas	Total	2,1
	12 a 14 años	0,6
	15 a 17 años	3,6
Prevalencia en el mes de consideraciones o pensamientos de índole homicidas	Total	0,9
Prevalencia en el año de consideraciones o pensamientos de índole homicidas	Total	1,1

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 frente a los otros estresores psicosociales que atentan contra la salud mental (Tabla No. 111). De la misma manera, el factor religioso es muy importante en la población adolescente de la encuestada (85,7%) tanto como para la población de adolescente de Lima y Callao (EEMSM 2003), y la mayoría opina que la religión ayuda a la solución de problemas (68,5%).

Tabla No. 111
Grado de cohesión familiar de la población adolescente de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Grado de Cohesión Familiar (escala de 5 a 20)	Media	Mediana	Moda	P25	P75
Total	17,5	18,3	20,0	15,8	20,0

TRASTORNOS CLÍNICOS

En la tabla No. 112 se presentan las prevalencias actuales del síndrome psicótico, el episodio depresivo, la distimia, la fobia social, el trastorno de ansiedad generalizada, la anorexia y 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 5,7%, seguido del trastorno de ansiedad generalizada con el 5,5%. Con relación a los trastornos de la conducta alimentaria, si bien la prevalencia de la anorexia nervosa es de 0,1%, la conducta bulímica es 4,0% y la tendencia a problemas alimentarios es de 5,9%. Todas estas prevalencias son significativamente menores a las encontradas en población adolescente de Lima y Callao (EEMSM 2002), excepto las de trastorno de ansiedad generalizada, distimia y conductas bulímicas.

Respecto a la distribución de prevalencias por ciudad, son evidentes las diferencias con las prevalencias de Cajamarca, ciudad que tiene menores indicadores en casi todas las patologías excepto en distimia y bulimia nervosa, en las cuales no se diferencia mayormente respecto a Huaraz y Ayacucho. En Ayacucho sobresale la presencia del trastorno de ansiedad generalizada (7,8%) y en Huaraz los episodios depresivos (7,3%), (Tabla 112).

TABLA NO. 112
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ 2003, POR CIUDADES

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10	TOTAL %	HUARAZ %	AYACUCHO %	CAJAMARCA %
Trastornos psicóticos*	1,5	2,5	1,7	0,7
Episodio depresivo	5,7	7,3	6,2	4,4
Distimia	0,8	1,0	0,7	0,9
Fobia social	3,1	4,3	3,9	1,6
Trastorno de ansiedad generalizada**	5,5	4,8	7,8	3,3
Bulimia nervosa	0,4	0,3	0,4	0,5
Conductas bulímicas***	4,0	3,7	5,7	2,1
Anorexia nervosa	0,1	0,6	0,0	0,0
Tendencia a problemas alimentarios****	5,9	6,1	6,1	5,7

* 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 5 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 3 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 parece ser mucho más exacta que en el adulto y la comparación con el mismo puede ayudar a establecer tendencias. Al igual que en el adulto y que en el adolescente de Lima y Callao, 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 66,4% y la prevalencia en el mes de 14,2%. Con relación a conductas problemáticas se encuentra una prevalencia en el mes de embriaguez alcohólica del 2,2%. Es de notar que un 27,4% de los encuestados identifica en su consumo de alcohol por lo menos una conducta relacionada al abuso (Tabla No. 113). Observamos que la prevalencia de vida del consumo de sustancias legales se encuentra en 71,1%, mientras la prevalencia de vida de consumo de sustancias ilegales se encuentra en un 0,8%. La sustancia no alcohólica legal más consumida alguna vez es el tabaco (24,5%), seguida de las pastillas para el dolor de cabeza (11,1%) y la hoja de coca (9,5%), mientras que la sustancia ilegal más consumida alguna vez es la marihuana (0,5%), seguida cercanamente de los inhalantes (0,4%) (Tabla No. 114).

Tabla No. 113
Prevalencia de consumo de alcohol por género en la población adolescente de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Tipo de sustancias y período	Total %	Masculino %	Femenino %
Prevalencia de vida de consumo de alcohol	66,4	69,6	63,5
Prevalencia de mes de consumo de alcohol	14,2	15,2	13,4
Prevalencia de mes de embriaguez alcohólica	2,2	3,4	1,1
Prevalencia actual de alguna conducta vinculada a abuso de alcohol (por lo menos una conducta)	27,4	28,3	26,5
Prevalencia actual de alguna conducta vinculada a abuso de alcohol (por lo menos dos conductas)	4,2	6,0	2,7
Prevalencia actual de alguna conducta vinculada a abuso de alcohol (por lo menos tres conductas)	2,0	2,8	1,2

Tabla No. 114
Prevalencia de consumo de vida de las principales sustancias legales e ilegales por género en la población adolescente de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Tipo de sustancia	Total %	Masculino %	Femenino %
Prevalencia de vida de consumo de sustancias legales	71,1	74,2	68,2
Prevalencia de vida de consumo de sustancias ilegales	0,8	1,4	0,2
Prevalencia de vida de consumo de tabaco	24,5	30,8	18,7
Prevalencia de vida de consumo de tranquilizantes	0,8	0,0	1,4
Prevalencia de vida de consumo de estimulantes	0,0	0,0	0,0
Prevalencia de vida de consumo de PBC	0,1	0,2	0,0
Prevalencia de vida de consumo de marihuana	0,5	0,8	0,1
Prevalencia de vida de consumo de cocaína	0,1	0,2	0,0
Prevalencia de vida de consumo de inhalantes	0,4	0,9	0,0
Prevalencia de vida de consumo de pastillas para cefalea	11,1	9,0	13,0
Prevalencia de vida de consumo de jarabe para la tos	3,4	3,8	3,1
Prevalencia de vida de consumo de hoja de coca	9,5	9,7	9,3

La distribución de las prevalencias de consumo de sustancias por adolescentes según las tres ciudades del estudio muestra diferencias significativas respecto al consumo de sustancias legales en general, y de alcohol, evidenciándose una mayor prevalencia de vida y en el mes de consumo de alcohol en Ayacucho (74,0 y 15,3%), seguida de Cajamarca con 63,2 y 16,7% (Tabla No. 115).

Tabla No. 115
Prevalencia de consumo de vida de las principales sustancias legales e ilegales en la población adolescente por ciudad de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Tipo de sustancias y período	Total %	Huaraz %	Ayacucho %	Cajamarca %
Prevalencia de vida de consumo de alcohol	66,4	56,4	74,0	63,2
Prevalencia de mes de consumo de alcohol	14,2	6,9	15,3	16,7
Prevalencia de mes de embriaguez alcohólica	2,2	1,4	2,0	2,8
Prevalencia actual de alguna conducta vinculada a abuso de alcohol (por lo menos una conducta)	27,4	16,4	36,9	22,5
Prevalencia actual de alguna conducta vinculada a abuso de alcohol (por lo menos dos conductas)	4,2	2,7	4,2	5,1
Prevalencia actual de alguna conducta vinculada a abuso de alcohol (por lo menos tres conductas)	2,0	1,1	1,9	2,5
Prevalencia de vida de consumo de sustancias legales	71,1	62,6	79,2	66,5
Prevalencia de vida de consumo de sustancias ilegales	0,8	0,0	0,8	1,1

En cuanto al inicio del consumo de las distintas sustancias (Tabla No. 116) se aprecia que la mayoría de los adolescentes entrevistados empieza su consumo entre los 11 y 14 años, es decir a edades inclusive menores que en Lima y Callao donde se inicia entre los 13 y 14 años según el EEMSM 2002.

Tabla No. 116
Edad de inicio de consumo de las principales sustancias en la población adolescente Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Tipo de sustancia	Media	Mediana	Moda	Min	Máx.
Edad de inicio de consumo de alcohol	11,9	12,0	12,0	1,0	17,0
Edad de inicio de consumo de tabaco	13,4	14,0	14,0	5,0	17,0
Edad de inicio de consumo de tranquilizantes	14,7	15,0	16,0	9,0	16,0
Edad de inicio de consumo de PBC	15,2	15,0	15,0	15,0	16,0
Edad de inicio de consumo de cocaína	11,7	11,0	11,0	11,0	14,0
Edad de inicio de consumo de marihuana	15,5	15,0	15,0	14,0	17,0
Edad de inicio de consumo de inhalantes	12,1	13,0	15,0	6,0	15,0
Edad de inicio de consumo de pastillas para cefalea	11,0	11,0	10,0	2,0	17,0
Edad de inicio para consumo de jarabe para la tos	9,9	10,0	7,0	3,0	16,0

ABUSO HACIA EL ADOLESCENTE

El adolescente, al igual que el niño y la mujer se encuentra en serias desventajas para defenderse por sí mismo de las agresiones de personas de su entorno; al respecto, más del 65% 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 55,3%, seguido del abuso físico (golpes, puñetes, empujones en circunstancias desventajosas) con 40,5%. (Tabla No. 117). A todas luces estas cifras son significativamente más elevadas que en la población adolescente de Lima y Callao (EEMSM 2002), excepto para abuso sexual.

Tabla No. 117
Prevalencia de vida abuso hacia el adolescente en la población de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Tipo de abuso	%
Prevalencia de cualquier tipo de abuso (sexual, físico o emocional del adolescente) en algún momento	65,4
Prevalencia de algún abuso de tipo sexual del adolescente	2,5
Prevalencia de algún tipo de abuso físico del adolescente	40,5
Prevalencia de algún tipo de abuso psicológico del adolescente	55,3
Prevalencia del algún abandono del adolescente	13,1

ACCESO A SERVICIOS

Si los servicios de atención en salud mental para el adulto en la capital del país son insuficientes, aún más problemática es la situación de los servicios de salud mental del adolescente de la sierra. Los profesionales especializados en el adolescente son mucho menos que los del adulto y casi inexistentes en la sierra. 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 en 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 43,2% (demanda sentida) de los adolescentes encuestados respondió afirmativamente, cifra mucho mayor que en Lima y Callao (29,8%). Esta cifra debe interpretarse como problemas de salud mental en general. Se encontró también que el 6,0% de este grupo acudió en busca de algún tipo de ayuda para resolver este problema (demanda sentida expresada), mientras que el 94,0% no recibió ningún tipo de atención médica (Tabla No. 118). Del 6,0% que sí recibió ayuda el 2,0% acudió a los centros del MINSA, seguido del 1,4% que acudió a ESSALUD (Tabla No. 119); es decir, habría mayor demanda sentida pero menor búsqueda de ayuda que en adolescentes de Lima y Callao (EEMSM 2002).

Tabla No. 118
Demanda sentida y expresada en salud mental en la población adolescente de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Demanda	%
Demanda sentida de vida en salud mental (Con probl. de SM)	43,2
Demanda sentida expresada atendida en servicios de salud en los últimos seis meses (% de la demanda sentida)	6,0

Tabla No. 119
Lugares de atención y distribución de la demanda sentida expresada en salud mental en la población adolescente de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Lugar de atención	Parciales	Totales
• MINSA		2,0% (20,5% de lo atendido)
- Puestos o centros de salud:	0,9%	
- Instituto u hospital especializado	0,1%	
- Hospital General	1,0%	
• ESSALUD		1,9% (19,9% de lo atendido)
- Posta o policlínico	0,5%	
- Consultorios PAAD	0,0%	
- Centro de salud mental	0,0%	
- Hospital General	1,4%	
• FFAA		0,0% (0,0% de lo atendido)
- Hospital FFAA y PN	0,0%	
• PRIVADA		1,8% (19,0% de lo atendido)
- Clínica particular	1,0%	
- Consultorio particular	0,8%	
• OTROS		3,1% (31,8% de los atendido)

Con relación a los motivos por los cuales la persona no recibió atención alguna para su problema emocional la mayoría (55,9%) pensaba que lo debía superar sola, seguidamente el 40,2% no sabia donde ir o buscar ayuda, un 30,8% por falta de dinero, el 32,9% no acudió por no tener confianza. 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. 120).

TABLA No. 120
MOTIVOS PRINCIPALES DE NO ATENCIÓN MÉDICA DE LA DEMANDA SENTIDA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ 2003

MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%	MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%
Lo debia superar solo	55,9%	Padres no lo consideraban necesario	13,7%
No tenia dinero	30,8%	Largas listas de espera	10,8%
Falta de confianza	32,9%	Por temor a ser visto como enfermo mental	7,2%
Duda de manejo por médicos	18,6%	No existía servicios de salud mental cercano	12,2%
No sabía donde ir	40,2%	Vecinos hablarían mal	6,5%
No me beneficiaría	17,8%	No cubría seguro médico	4,6%
Por vergüenza	19,9%	Tenía dinero pero prefería gastarlo en otra cosa	4,6%
Preferencia de remedios caseros	6,9%	Mala experiencia anterior	5,7%

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS

El número de encuestados adultos mayores en las tres ciudades de la Sierra donde se llevó a cabo el estudio, Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, fue de 717, y según el diseño muestral permite una inferencia a 22 191 habitantes. Los resultados se presentan en base a la población expandida. Según sexo, los encuestados se distribuyeron en 43,4% varones y 56,6% mujeres (Tabla No. 121).

Tabla No. 121
Número total de los adultos mayores encuestados de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz-2003

Encuestados	Frecuencia	Masculino	Femenino
Muestra total (Sin ponderar)	717	40,6%	59,4%
Expandido	22 191	43,4%	56,6%

EDAD

La edad promedio de los encuestados adultos mayores fue 70,7 años, siendo mayor el porcentaje de personas entre los 60 y 74 años (Tabla No. 122).

Tabla No. 122
Edad de los adultos mayores encuestados de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz-2003

Edad	Media
Ponderada (D.S)	70,7 (8,2)
Grupo Etario	%
Viejo Joven (60 a 74 años)	69,2
Viejo Viejo (75 a 84 años)	24,3
Muy Viejo (85 años a más)	6,5

ESCOLARIDAD

Un alto porcentaje (34,5%) de los encuestados adultos mayores es analfabeto. Teniendo en cuenta el género, se encuentra que el 48% de las mujeres encuestadas y el 16% de los varones encuestados es analfabeto (Tabla No. 123).

Tabla No. 123
Analfabetismo en los adultos mayores de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz-2003

Analfabetismo	%
Total	34,5
Masculino	16,4
Femenino	48,7

En relación a los niveles educativos, el mayor porcentaje de los encuestados adultos mayores tiene instrucción primaria (39,9%), siendo muy próximo el grupo de personas sin instrucción (31,4%). Como se observa en la distribución por géneros, entre las mujeres la carencia de instrucción llega al 45,5%, mientras que entre los varones ésta es 13,1% (Tabla No. 124). Tanto el alto porcentaje de analfabetismo como las marcadas diferencias de género reflejan las menores oportunidades educativas y la desigualdad con que las mujeres han crecido.

Tabla No. 124
Nivel de educación de la población adulta mayor de de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz -2003

Grado de Estudio	Total %	Masculino %	Femenino %
Sin nivel	31,4	13,1	45,5
Inicial / Preescolar	0,4	0,3	0,6
Primaria	39,9	47,9	33,7
Secundaria	12,0	16,1	8,9
Bachillerato	----	----	----
Superior no universitario	7,4	8,6	6,5
Superior universitario	8,2	13,3	4,2
Postgrado	0,6	0,6	0,6

ESTADO CIVIL

Con relación al estado civil, el 61,1% de los adultos mayores está en situación de unido (casados y convivientes) y el 36% está separado, divorciado o viudo. El 2,9% permaneció soltero (Tabla No. 125).

Tabla No. 125
estado civil de los adultos mayores de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz-2003

Estado civil	Total %
Conviviente	7,7
Separado	8,8
Divorciado	0,5
Viudo	26,7
Casado	53,4
Soltero	2,9

OCUPACIÓN

El porcentaje de adultos mayores que estuvo trabajando la semana anterior a la encuesta es 34%; entre los varones esta cifra llega a 41,5% mientras que entre las mujeres al 28,2%. La cifra de los que están buscando trabajo es baja (Tabla No. 126).

Tabla No. 126
Situación laboral de los adultos mayores de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz-2003

Situación laboral	Total %	Masculino %	Femenino %
Trabajó la semana anterior	34,0	41,5	28,2
Está buscando trabajo	1,1	1,9	0,5

SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR ENCUESTADO

ASPECTOS GENERALES

A continuación se presentan los principales indicadores de salud mental del adulto mayor, siguiendo el mismo esquema contemplado en el presente informe para las otras unidades de análisis: adulto, mujer unida y adolescente.

Estresores psicosociales

De once estresores cotidianos explorados, en ocho de ellos más de la tercera parte de los adultos mayores expresa experimentar elevada tensión. Como era de esperar, la condición que genera mayor tensión es la salud; seguida de la delincuencia y los problemas económicos (Tabla No. 127). Con relación a la salud, cabe señalar que la prevalencia a 6 meses de enfermedad física o accidente en el adulto mayor es de 56,5%.

Tabla No. 127
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos en la población adulta mayor de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz-2003

Tipo de estresor psicosocial	Nada o poco %	Regular %	Mucho %
Trabajo	40,7	21,9	37,4
Estudio	66,5	15,9	17,6
Hijos	37,4	20,8	41,8
Pareja	51,8	12,9	35,3
Dinero	28,9	21,5	49,5
Salud	20,4	18,6	60,9
Asuntos con la ley	83,4	8,3	8,3
Terrorismo	44,7	13,6	41,7
Delincuencia	29,5	14,1	56,3
Narcotráfico	44,2	13,4	42,3
Otros	88,6	3,7	7,7

Estados anímicos prevalentes

Al evaluar la frecuencia con que los adultos mayores experimentan diversos estados de ánimo, se encuentra que son prevalentes la tranquilidad y alegría. Los estados considerados negativos como tristeza, tensión, angustia, irritabilidad y aburrimiento tienen entre el 15,7% y 30,2% de presencia entre ellos. Es evidente que son las mujeres quienes experimentan en mayor proporción estados de ánimo negativos en comparación con los varones (Tabla No. 128).

Tabla No. 128
Prevalencia de estados anímicos en la población adulta mayor de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz-2003

Estados	Triste	Tenso	Angus-tiado	Irrita-ble	Preo-cupado	Tran-quilo	Alegre	Abu-rrido	Otro
Total	30,2	17,4	19,2	15,7	40,2	51,2	45,1	16,3	9,6
Masculino	18,7	10,8	15,4	12,3	32,2	62,0	57,6	12,1	13,1
Femenino	39,0	22,6	22,2	18,4	45,7	42,7	35,5	19,5	6,1

Satisfacción personal

El grado de satisfacción con respecto a diferentes atributos y condiciones personales es un reflejo de la autoestima. Considerando una escala de 5 a 20, la satisfacción personal global de los adultos mayores arroja una media de 15,74, con valores ligeramente mayores para los varones (Tabla No. 129). Entre los aspectos específicos que generan mayor satisfacción figura la religión; los asociados a menor satisfacción son los estudios y el nivel económico (Tabla No.130).

Tabla No. 129
Satisfacción personal global en la población adulta mayor de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz-2003

Satisfacción personal global (escala de 5 a 20)	Media (ds)	Mediana	Moda	Pc25	Pc75
Total	15,74 (2,8)	16,0	20,0	13,9	18,0
Masculino	16,33 (2,7)	16,6	20,0	15,0	18,5
Femenino	15,27 (2,8)	15,3	14,0	13,0	17,4

Tabla No. 130
Satisfacción personal en la población adulta mayor de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz-2003

Área	Nada o poco	Regular	Mucho
Aspecto físico	13,3%	32,9%	53,8%
Color de piel	8,6%	32,7%	58,7%
Inteligencia	21,7%	32,1%	46,2%
Condición económica	41,3%	40,5%	18,3%
Profesión u oficio que estudio	24,7%	25,7%	49,6%
Estudios	49,4%	22,1%	28,4%
Religión	5,6%	14,8%	79,6%
Amistades o relaciones sociales	19,3%	31,1%	49,6%
Lugar de residencia	10,3%	25,4%	64,2%

Satisfacción laboral

Aproximadamente un tercio de la muestra de adultos mayores continúa trabajando, por lo que resulta importante la evaluación de la satisfacción laboral. Tomando en cuenta una escala de 5 a 20, los encuestados presentan una media global de 15,67 de satisfacción laboral, siendo ligeramente mayor para los varones. En relación a los componentes específicos, la mayor parte de los adultos mayores refiere sentirse muy satisfecho con ellos, excepto con la remuneración recibida (Tablas No. 131 y 132).

Tabla No. 131
Satisfacción laboral global en la población adulta mayor de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Grado de satisfacción laboral global (escala de 5 a 20)	Media (DS)	Mediana	Moda	P25	P75
Total	15,67 (3,03)	16,0	15,0	13,75	17,5
Masculino	16,28 (2,89)	16,66	15,0	15,0	18,75
Femenino	14,92 (3,02)	15,0	15,0	13,0	17,5

Tabla No. 132
Satisfacción laboral en la población Adulta Mayor de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Aspecto laboral	Nada o poco	Regular	Mucho
Con actividades o funciones que realiza	11,4%	34,0%	54.5%
Con el ambiente físico donde labora	10,5%	37,8%	51,7%
Con sus compañeros de trabajo	14,7%	34,7%	50,5%
Con la carga de trabajo que desarrolla a diario	14,7%	44,5%	40,8%
Con el trato que recibe de sus jefes	32,4%	20,3%	47,3%
Con la remuneración que recibe	53,6%	32,0%	14,4%

Calidad de vida

La valoración de diferentes condiciones personales y del entorno, tales como bienestar físico, psicológico, auto-cuidado, funcionamiento ocupacional e interpersonal, sentido de apoyo socio emocional, apoyo comunitario, plenitud personal y satisfacción espiritual permiten estimar la calidad de vida. En una escala de 1 a 10, la media global del Indice de Calidad de Vida en el adulto mayor es 7,51 (Tabla No. 133).

Tabla No. 133
Calidad de vida global en la población adulta mayor de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Calidad de vida (escala de 1 a 10)	Media	Mediana	Moda	P25	P75
Total	7,51	7,6	7,6	6,8	8,6
Masculino	7,67	7,6	6,8	6,8	8,8
Femenino	7,37	7,5	7,5	6,4	8,4

Discapacidad o Inhabilidad

El conocimiento de la magnitud de la discapacidad para realizar actividades cotidianas, producida por alguna condición patológica, en la población de adultos mayores es particularmente importante por los efectos en su autonomía. El sufrimiento específico de alguna discapacidad física asciende a 19,5%, siendo mayor entre varones que entre mujeres (Tabla No. 134). Considerando una escala de 5 a 20, en la que 5 indica ausencia de discapacidad, los encuestados presentan un bajo nivel global de discapacidad (Tabla No. 135), siendo similar para hombres y mujeres. Un alto porcentaje (45%) de la población presenta al menos alguna discapacidad o inhabilidad (Tabla No. 136).

Tabla No. 134
Discapacidad física en la población adulta mayor de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Al menos una discapacidad física	%
Total	19,5
Masculino	25,5
Femenino	14,8

Tabla No. 135
Nivel general de discapacidad en la población adulta mayor de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Nivel general de discapacidad (escala de 5 a 20 donde 5 es ausencia de discapacidad)	Media (ds)	Mediana	Moda	P25	P75
Total	6,81 (2,93)	5,0	5,0	5,0	7,0
Masculino	6,88 (2,90)	5,0	5,0	5,0	8,0
Femenino	6,76 (2,95)	5,0	5,0	5,0	7,0

Tabla No. 136
Alguna discapacidad o inhabilidad en la población adulta mayor de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003, incluido por sexo

Al menos alguna discapacidad o inhabilidad	%
Total	44,9
Masculino	47,4
Femenino	43,0

Indicadores suicidas

Dadas las situaciones de pérdida a las que está expuesto el adulto mayor que pueden generar estados emocionales negativos, se hace necesario explorar la magnitud del problema del suicidio. Se presenta la prevalencia de vida, anual y del último mes de los indicadores suicidas considerados: deseo, pensamiento, plan y conducta suicida. A lo largo de la vida el deseo de morir alcanza el 33,3% y el intento suicida el 0,6%. En el

último mes el deseo de morir estuvo presente en el 11,1%. No deja de ser significativo que en el último año y en el último mes el desarrollo de un plan suicida esté cercano al 1%. Todos los indicadores, excepto en lo concerniente a la planeación suicida en el último mes, son más altos entre las mujeres que entre los varones (Tabla Nro. 137).

Tabla No. 137
Indicadores suicidas en la población adulta mayor de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Indicadores suicidas	Prevalencia		
	De vida %	Anual %	Mes %
Deseo de morir	33,3	16,0	11,1
Masculino	22,2	7,0	3,9
Femenino	42,1	23,0	16,8
Pensamiento suicida	7,3	3,9	2,3
Masculino	5,5	2,1	2,1
Femenino	8,7	5,4	2,6
Planeación suicida	1,7	1,4	0,8
Masculino	1,0	1,0	1,0
Femenino	2,3	1,8	0,7
Conducta suicida	0,6	0,0	0,0
Masculino	0,5	0,0	0,0
Femenino	0,7	0,0	0,0

Factores protectores

Dentro de los factores protectores de la salud y bienestar del adulto mayor se ha evaluado la cohesión familiar y las tendencias religiosas. La primera se refiere a la percepción del grado de respeto, apoyo, y de compartir valores y proyectos. En una escala de 5 a 20, en la que cinco es ausencia de cohesión, la media de los encuestados es 17,99 (Tabla No. 138). De otra parte, se observan altos porcentajes en las actitudes positivas y prácticas religiosas, constituyendo un importante elemento de apoyo (Tabla No. 139).

Tabla No. 138
Cohesión familiar de la población adulta mayor de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Cohesión Familiar (Escala De 5 A 20)	Media (Ds)	Mediana	Moda	P25	P75
Total	17,99 (2,57)	19,17	20,0	16,67	20,0
Masculino	18,13 (2,39)	19,17	20,0	16,67	20,0
Femenino	17,89 (2,70)	19,17	20,0	16,67	20,0

Tabla No. 139
Tendencias religiosas de la población adulta mayor de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Tendencias religiosas	Porcentaje
Dios muy importante	95,1
Asiste a Iglesia o Templo	90,2
Participa activamente	21,3
Lee escrituras religiosas	41,8
Trasmite religión a hijos	50,7
Religión ayuda a solución de problemas	84,1
Predica o enseña a otras personas	29,3

Episodio depresivo en el adulto mayor

Se presentan las prevalencias de vida, anual, a seis meses y actual del episodio depresivo en adultos mayores, según los criterios de investigación de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (Tabla No. 140). La prevalencia actual de episodio depresivo es 3,9%, observándose que es mayor entre las mujeres que entre los varones, y que no existen diferencias entre los dos grupos etarios considerados. La prevalencia de vida es 15,3%, notándose la misma tendencia descrita.

Tabla No. 140
Episodio depresivo en la población adulta mayor de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Prevalencias del episodio depresivo	De vida %	Anual %	6 meses %	Actual %
Total	15,3	5,0	4,1	3,9
Masculino	12,4	4,4	2,8	2,8
Femenino	17,6	5,5	5,1	4,8
Viejo joven (60-74)	15,2	4,9	4,1	3,9
Viejo viejo o Muy viejo ($\geq$75)	15,6	5,4	4,0	4,0

Trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada en la población de adultos mayores tiene una prevalencia actual de 3,0%; es porcentualmente mayor en las mujeres y en el grupo etario de menor edad (Tabla No. 141).

Tabla No. 141
Trastorno de ansiedad generalizada (sin episodio depresivo) en la población adulta mayor de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Prevalencias del trastorno de ansiedad generelizada (sin episodio depresivo)	De vida %	Anual %	Actual %
Total	11,9	3,5	3,0
Masculino	7,0	2,5	2,3
Femenino	15,8	4,4	3,6
Viejo joven (60-74)	11,6	4,3	3,7
Viejo viejo o Muy viejo (>75)	12,7	1,8	1,3

Consumo de Sustancias

La prevalencia de vida de consumo de diversas sustancias en la población de adultos mayores indica un claro predominio del alcohol, que asciende a 96%; el consumo de tabaco fue 30,6%, de hoja de coca 18,3%, de pastillas para el dolor de cabeza 3,0%, de pastillas para dormir 0,9% y de tranquilizantes 0,3%. El consumo perjudicial anual de las dos sustancias con mayor prevalencia de vida (después del alcohol) es 0,3% para el tabaco y 0,1% para la hoja de coca.

La prevalencia anual del patrón de consumo perjudicial o dependencia a alcohol en la población masculina de adultos mayores es 3,7%. Para el consumo perjudicial la prevalencia anual se encuentra en un 1,6%. Esta forma de consumo es mucho mayor entre los varones que entre las mujeres, y entre los ancianos más jóvenes que entre los mayores (Tabla No. 142). Con respecto a la prevalencia anual de dependencia de alcohol, ésta asciende a 3,2%: conservando el mismo perfil: mayor porcentaje entre hombres y entre los ancianos más jóvenes (Tabla No. 143).

Tabla No. 142
Consumo perjudicial de alcohol en la población adulta mayor de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Prevalencias de consumo perjudicial de alcohol	Anual %
Total	1,6
Masculino	3,7
Femenino	0,0
Viejo joven (60-74)	2,3
Viejo viejo o Muy viejo (>75)	0,0

Tabla No. 143
Dependencia de alcohol en la población adulta mayor de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Prevalencias de consumo perjudicial de alcohol	Anual %
Total	3,2
Masculino	6,6
Femenino	0,6
Viejo joven (60-74)	4,3
Viejo viejo o Muy viejo (≥75)	0,6

DETERIORO COGNOSCITIVO EN EL ADULTO MAYOR

Uno de los problemas asociados al aumento de la esperanza de vida es el incremento de la prevalencia de síndromes de deterioro cognoscitivo o demenciales, asociados a diversas condiciones neurológicas. El desempeño cognoscitivo se ha expresado a través de la presencia de cierto grado de deterioro y con la presencia de un probable síndrome demencial. Si bien se ha considerado todo nivel educativo, con excepción de los analfabetos, los resultados de menos de 8 años de instrucción deben ser tomados con cautela a pesar de las adaptaciones realizadas a los intrumentos. Sin embargo, se ha decidido incluir estos análisis porque de alguna manera confirman hallazgos de estudios al respecto que resaltan un rol protector de la educación para la demencia. Además al comparar los resultados de la Escala de Pfeffer que esta menos influenciada por los años de instrucción son coherentes con los resultados del Mini Mental State Examimation (MMSE) adaptado a menos de 8 años de instrucción. La tabla No. 144 muestra los promedios obtenidos a través del MMSE, siendo menores y más dispersos los resultados para las personas con menos de 8 años de instrucción. Utilizando el puntaje de corte de 22 se identifica que el 7,7% de las personas con 8 o más años de instrucción presenta algún grado de deterioro, mientras que esta cifra se eleva a 39,5% en las personas con menos de 8 años. Atendiendo al género, la condición de deterioro es más alta entre mujeres que entre hombres; y entre los de mayor edad que entre los más jóvenes (Tabla No. 145).

Tabla No. 144
Desempeño cognoscitivo en el MMSE de la población adulta mayor, según años de instrucción de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Aspectos cognoscitivos	Años de instrucción	Media	Sx.	Mediana	Moda	Min.	Max.	P25	P75
Puntaje MMSE (Máx. 30 puntos)	TOTAL	24,52	4,96	26,0	28,0	0,0	30,0	22,0	28,0
	8 ó más	26,73	2,93	27,0	29,0	13,0	30,0	25,0	29,0
	Menos de 8	22,96	5,49	24,0	28,0	0,0	30,0	21,0	27,0

La escala de MMSE fue adaptada en algúnos de los ítems para aplicarla a personas con menos de 8 años de instrucción, se excluyeron analfabetos

Tabla No. 145
Desempeño cognoscitivo indicativo de deterioro según el MMSE en la población adulta mayor por años de instrucción*, grupo etario y sexo de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Indicativo de deterioro según el MMSE (≤22)	Años de instrucción		
	Menos de 8	8 ó más	Total
Total	39,5	7,7	26,8
Masculino	35,1	6,1	22,5
Femenino	44,8	10,0	32,3
Viejo joven (60-74)	31,0	5,8	20,1
Viejo viejo o Muy viejo (≥75)	57,1	15,3	44,5

La escala de MMSE fue adaptada en algúnos de los ítems para aplicarla a personas con menos de 8 años de instrucción

* Se exluyeron analfabetos.

La pérdida de habilidades instrumentales en adultos mayores, utilizando el puntaje de corte 5 en la escala de *Pfeffer*, alcanza al 20,9%; siendo mayor entre mujeres y entre el grupo de mayor edad (Tabla No. 146). Sigue la misma tendencia de los resultados del MMSE.

Tabla No.146
Actividades instrumentales indicativas de deterioro en la población adulta mayor de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Indicativo de deterioro según la escala de Pfeffer (≥6)	%
Total	20,9
Masculino	17,8
Femenino	23,3
Viejo joven (60-74)	12,1
Viejo viejo o Muy viejo (≥75)	40,6

En el estudio se ha estimado la prevalencia de síndromes demenciales a través del empleo conjunto de dos instrumentos de exploración, el MMSE para los aspectos cognoscitivos y la Escala de Pfeffer para las actividades instrumentales de la vida diaria. Igualmente se ha considerado la comparación en los adultos mayores con 8 o más años o menos de 8 años de instrucción. Utilizados conjuntamente el MMSE con un puntaje ≤ 21 puntos y la Escala de Pfeffer con ≥ 6 puntos son indicativos de demencia. El porcentaje de adultos mayores con ocho a más años de instrucción que tienen ambas condiciones: deterioro cognoscitivo con el MMSE y deterioro de las actividades instrumentales de la vida diaria a través de la escala Pfeffer asciende a 2,6%. (Tabla N. 147), mientras que para aquellos con menos de 8 años de instrucción la pervalencia se ha encontrado en 11,4%.

Tabla No.147
Adultos mayores con deterioro cognoscitivo sospechoso de demencia por años de instrucción* de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Aspectos cognoscitivos	Años de instrucción	Media
Puntaje MMSE (≤21 puntos) y Pfeffer (≥ 6 puntos)	Total	7,9
	8 ó mas	2,6
	Menos de 8	11,4

La escala de MMSE fue adaptada en algúnos de los ítems para aplicarla a personas con menos de 8 años de instrucción

* Se exluyeron analfabetos

MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR

Con relación al maltrato, se encuentra que en el último año el 9,2% de adultos mayores ha sido víctima de alguna forma de maltrato, y el 1,6% ha sufrido maltrato sistemático. La forma más frecuente de maltrato es la agresión verbal, referida por el 6,0% en el último año (Tabla No. 148). Del total de adultos mayores que refirió ser maltratado en el último año, sólo el 9,8% recibió algún tipo de ayuda.

Tabla No. 148
Prevalencia anual y sistematica de maltrato hacia el adulto mayor en la población de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Tipo de maltrato	Total	Sistemático*
Cualquier tipo de maltrato al adulto mayor	9,2	1,6
Intentos o actos sexuales inapropiados	0,3	0
Golpes, puñetes o empujones	0,8	0
Insultos, agresiones verbales u ofensas	6,0	1,2
Chantajes, manipulaciones o humillaciones	1,6	0,2
Situación de abandono	2,8	0,4

* Maltrato Sistemático se refiere al maltrato, según tipo, que se da con un frecuencia de por lo menos 1 o 2 al mes

ACCESO A SERVICIOS

Una primera aproximación a este problema es la determinación de la demanda sentida de atención, es decir el reconocimiento de padecer algún problema de tipo emocional o mental. Tomando el periodo de referencia de seis meses, el 20,6% de los adultos mayores se encuentra en esta condición; la percepción de tener un problema es mayor entre los varones que entre las mujeres. Del grupo de demanda sentida, busca atención sólo el 15,7%, lo que constituye la demanda sentida expresada. Es evidente que esta búsqueda es mayor entre las mujeres, 26,7%, que entre los varones, 4,9% (Tabla No. 149).

Tabla No. 149
Demanda sentida y expresada en salud mental en los últimos seis meses en la población adulta mayor de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Demanda sentida de servicios de salud mental en los ultimos seis meses (con problemas de salud mental)	
Total	20,6%
Masculino	23,3%
Femenino	18,4%
Demanda sentida expresada atendida en servicios de salud en los últimos seis meses (% de la demanda sentida)	
Total	15,7%
Masculino	4,9%
Femenino	26,7%

Del total de la demanda sentida expresada, el 45,7% de los adultos mayores se atendió en los servicios de ESSALUD, el 33,5% en los servicios del MINSA y en el sector privado el 19,1% (Tabla No. 150).

Tabla No. 150
Lugares de atención y distribución de la demanda sentida expresada en salud mental en la población adulta mayor de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Lugar de atención	Parciales %	Totales %
• **MINSA**		
5,2		
		(33,5% de lo atendido)
- Puestos o centros de salud		
- Instituto u hospital especializado	1,8	
- Hospital general	31,7	
• **ESSALUD**		**7,2**
		(45,7% de lo atendido)
- Posta o policlínico	10,6	
- Consultorios PAAD		
- Centro de salud mental	2,0	
- Hospital general	33,1	
• **FFAA**		**0,3%**
		(1,7% de lo atendido)
- Hospital FFAA y PN	1,7	
• **PRIVADA**		**3,0%**
		(19,1% de lo atendido)
- Clínica particular	7,9	
- Consultorio particular	11,3	
• **OTROS**		**5,4%**
		(17,4% de los atendido)

Con relación a los motivos por los cuales la persona no recibió atención alguna por su problema emocional, resaltan los problemas económicos (50,7%), luego el 48,5% pensaba que lo debía superar solo, en seguida un 15,9% por falta de confianza y en cuarto lugar 11,5% que no acudió por dudar del manejo por parte de médicos. 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. 151).

Tabla No. 151
Motivos principales de no atención médica de la demanda sentida en la población adulta mayor de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2003

Motivos de no consulta a centro asistencial	%
No tenía dinero	50,7
Lo debía superar solo	48,5
No sabía donde ir	27,8
Prefería remedios caseros	21,8
No me beneficiaría	20,6
Falta de confianza	15,9
Vergüenza	11,7
Lista de espera larga	14,3
Duda de manejo por médicos	11,5
No existía servicio de salud mental cercano	9,6

CONCLUSIONES GENERALES DEL ESTUDIO

ADULTOS

1. Entre el 31,3% y el 60,4% de las personas percibe un alto nivel de tensión debido a estresores psicosociales, siendo mayor la relacionada a la delincuencia y la salud, pero también en niveles importantes el narcotráfico, dificultades para estudiar, el terrorismo, los factores económicos y la familia.

2. La percepción de discriminación más importante es sobre el aspecto socioeconómico y el nivel educativo. Un 11,5% y 9,7%, respectivamente, de la población se ha sentido discriminada en estas áreas alguna vez en su vida.

3. En el último mes, entre el 10,8% y el 30,8% de la población percibe significativamente sentimientos anímicos negativos.

4. Alrededor de una quinta parte de la población tiene al menos alguna discapacidad o inhabilidad leve para funcionar como persona y adaptarse al medio social y al laboral, siendo similar para ambos géneros.

5. Existe una permisividad hacia conductas psicopáticas en una de cada diez personas, así como una proporción similar a las tendencias psicopáticas. Los varones refieren más experiencias con respecto a tendencias violentas.

6. El 34,2% de la población ha deseado morir alguna vez en su vida y 12,9% ha tenido este deseo en el último año. Un 2,9% de la población ha tenido un intento suicida alguna vez en su vida. Los motivos más relevantes de los deseos de morir han sido en primer lugar problemas con la pareja y en segundo, problemas económicos; mientras que los motivos más importantes para el intento han sido en primer lugar problemas con la pareja y en segundo lugar problemas con los padres.

7. La prevalencia actual, anual y de vida de cualquier trastorno psiquiátrico en la población adulta se da en 16,2%, 21,6% y 37,3% respectivamente. En base a la prevalencia anual, los trastornos más frecuentes son el abuso o dependencia al alcohol, el episodio depresivo y el trastorno de ansiedad generalizada. Un 10,0% de la población sufre problemas de abuso o dependencia al alcohol, siendo así que un 19,1% de la población masculina sufre este problema.

8. El análisis entre ciudades muestra que la ciudad de Ayacucho presenta ostensiblemente indicadores más elevados de problemas psiquiátricos, siendo particularmente llamativa la prevalencia de abuso o dependencia a alcohol, la cual llega a un 15% de la población. En general, la ciudad de Cajamarca tiende a mostrar cifras más favorables de salud mental aunque sostiene niveles de depresión expectantes.

9. Cerca de un tercio de la población ha tenido al menos una situación de pérdida (muerte de familiares, pérdida de bienes o cambio residencia) frente a la violencia en la época del terrorismo, subiendo a dos tercios en el caso de Ayacucho en donde un 23,5% de la población encuestada ha sufrido la pérdida de un familiar, ya sea por fallecimiento o por desaparición. Estas pérdidas se han relacionado una mayor morbilidad psiquiátrica con respecto a trastornos de ansiedad y depresión.

10. La demanda sentida expresada en salud mental a seis meses, representa 13,9% de la demanda sentida total. Ello indica la necesidad de potenciar las instituciones para los accesos de servicios a la salud mental en las poblaciones estudiadas.

11. Los Síndromes Folklóricos descritos desde antaño por los investigadores en Medicina Tradicional en el área de Psiquiatría Folklórica tienen vigencia y son identificados y reconocidos por la población encuestada.

12. La población reconoce como agentes de Medicina Tradicional, entre otros a: Brujo – Curandero, Santiguador, Rezador, Curioso, Yerbero, Huesero, Sobador, Partera empírica, Comadrona.

13. Alrededor de una quinta parte de la población encuestada, "consultó" por lo menos una vez en su vida por alguno de los siguientes síndromes: "Susto", "Chucaque" y "Aire".

MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS

1. El grado de analfabetismo en las mujeres encuestadas en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz es del 16,5%. El 6,5% de las mujeres unidas ha estado buscando trabajo la semana anterior.

2. Los indicadores suicidas son muy altos en las mujeres unidas, llegando a una prevalencia de vida más del 45%; un 18,3% de las mujeres lo consideró en el último año y cerca de una de cada diez en el último mes. El 3,6% de las mujeres unidas o alguna vez unidas ha intentado suicidarse alguna vez en su vida.

3. 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 más prevalentes son el episodio depresivo o depresión mayor; 8,4% y 4,7% de las mujeres unidas ha sufrido episodio depresivo y trastorno de ansiedad generalizada en el último año, respectivamente.

4. Dos terceras partes de las mujeres unidas o alguna vez unidas 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.

5. El 61,3% de mujeres unidas o alguna vez unidas manifiesta haber recibido algún tipo de trato inadecuado por parte de la pareja actual o última pareja en la etapa de enamoramiento, mientras que un 18,2% recibió algún tipo de violencia durante ese periodo por parte de la pareja con la que se encuentra actualmente unida o su última pareja de convivencia.

6. Un 8,8% mujeres actualmente unidas es sistemáticamente maltratada, es decir, sufre diversas agresiones con una frecuencia de una a dos veces por mes. En el caso de Ayacucho esta cifra se encuentra en un 13,6%.

7. 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 que más contrastan llegando a *duplicarse* en frecuencia relativa.

ADOLESCENTES

1. La población adolescente entrevistada se encuentra entre los 12 y 18 años, con un nivel de educación predominantemente secundaria.

2. Tres de cada 100 adolescentes se encuentran buscando trabajo y once de cada 100 se encuentra trabajando con un promedio de ingreso mensual de 98 Nuevos soles.

3. Al igual que los adolescentes de Lima y Callao, los de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz identifican como problemas principales del país el desempleo, y la pobreza, lo cual les genera sentimientos como tristeza, preocupación y cólera.

4. Los adolescentes reconocen confiar más en sus maestros, médicos y religiosos antes que en las autoridades policiales, políticas y líderes comunales.

5. Los estresores más frecuentes entre los adolescentes de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz son la delincuencia, su salud, los estudios y los parientes, mucho menos que las leyes, la pareja y el trabajo.

6. En lo personal los adolescentes se sienten más satisfechos con su inteligencia, los estudios y las relaciones sociales, y menos satisfechos con el aspecto económico.

7. Los adolescentes que trabajan señalan estar más satisfechos con los compañeros de trabajo, en contraste con la carga de trabajo y la remuneración que perciben.

8. Los indicadores de satisfacción personal, laboral y autoevaluación de calidad de vida son semejantes a los de los adolescentes de Lima y Callao.

9. Existe indicios de tolerancia social hacia las conductas psicopáticas en uno de cada diez adolescentes.

10. Los indicadores suicidas en el periodo de referencia anual son superiores a los del adulto con clara tendencia a empeorar. Uno de cada cinco adolescentes ha presentado deseos suicidas en el último año y acusan como motivos a los problemas en el hogar y específicamente con los padres, como sucede con los adolescentes de Lima y Callao.

11. Al igual que las otras unidades de análisis, la cohesión familiar representa un factor de protección.

12. Se ha encontrado como trastorno clínico más prevalente al episodio depresivo; uno de cada dieciocho adolescentes reúne criterios para este diagnóstico. Esto es concordante con la presencia de indicadores suicidas en la magnitud hallada. En segundo lugar resalta el trastorno de ansiedad generalizada.

13. Las sustancias más consumidas son el alcohol y el tabaco, y con mayor significación en Ayacucho y Cajamarca habiéndose iniciado dicho consumo entre los 12 a 13 años, y para sustancias ilegales (marihuana, cocaína e inhalantes) entre los 12 y 15 años.

14. El adolescente es otra de las poblaciones vulnerables objeto de abuso generalmente psicológico, pero también de abuso físico, abandono y mucho más significativamente que en adolescentes de Lima y Callao. Más de la mitad de la población adolescente ha sido objeto de algún tipo de abuso en su vida.

15. También se encuentran en déficit el acceso a servicios de salud mental para adolescentes, habiendo una falta de cobertura en la atención mucho mayor que en Lima y Callao. 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. Casi las tres cuartas partes de la población adulta mayor se encuentra entre los 60 y 74 años. Del total de analfabetos, casi la mitad son mujeres (48,7%) . Las dos terceras partes del los adultos mayores estuvo trabajando la semana anterior a la encuesta, a predominio del sexo masculino.

2. Los estresores más característicos son la salud, la delincuencia y el dinero. Expresan mayor satisfacción personal por la religión, el lugar de residencia y por el color de la piel, y menor satisfacción por los estudios y por la condición económica.

3. Los adultos mayores que están trabajando se encuentran más satisfechos con las funciones que realizan, el ambiente físico donde laboran y con sus compañeros de trabajo. Algo más de la mitad está insatisfecho con la remuneración que recibe.

4. Aproximadamente una cuarta parte de la población tiene una discapacidad física, siendo mayor para el sexo masculino.

5. Si bien los deseos de morir en el último mes se presentan en el 11% de los adultos mayores, ninguno de los participantes de la muestra ha intentado suicidarse. Los factores de protección lo constituyen el grado de cohesión familiar, el considerar a Dios muy importante y el asistir a la Iglesia o al Templo.

6. La prevalencia de episodio depresivo en el último mes es de 3,9 %, a predominio del género femenino.

7. El 7,7% de los adultos de 60 o más años con 8 o más años de instrucción muestran cierto grado de deterioro cognoscitivo, mientras que el 2,6 % tienen deterioro cognoscitivo compatible con un síndrome demencial. Estas cifras estarían mucho más elevadas en personas con menos años de instrucción. Las pruebas especializadas señalan que a partir de los 75 años existe un significativo deterioro de las funciones cognoscitivas en la población adulta mayor, siendo mayor en el sexo femenino.

8. En el último año, aproximadamente 1 de 10 adultos mayores ha sufrido cualquier tipo de maltrato, siendo el tipo más frecuente: insultos, agresiones verbales u ofensas.

9. En el último año, casi cinco de cien adultos mayores ha tenido problemas con el alcohol, ya sea consumo perjudicial o dependencia. De cada seis personas que presentan consumo perjudicial de alcohol, cinco son de género masculino.

10. Casi la cuarta parte de los adultos mayores, reconoce que tiene un problema de salud mental, a predominio del género masculino. Sin embargo, son las mujeres las que en mayor porcentaje buscan atenderse. La mitad de ellos reconoce como motivo principal de no atención, el no haber tenido dinero. Un alto porcentaje (48,5 %) señala como motivo el creer que lo debía superar solo.

ANEXO A
DESCRIPCIÓN DE LOS MÓDULOS EMPLEADOS EN EL ESTUDIO

MÓDULOS EMPLEADOS EN EL ESTUDIO

A. EL CUESTIONARIO EESMSP.A.00

MIEMBROS DEL HOGAR, tiene la siguiente estructura:

· **Carátula**: Contiene 11 preguntas de identificación geográfica y muestral. Sección de registro de miembros

· **Datos de la vivienda**: 13 preguntas

· **Ficha familiar**: Contiene el nombre, edad, parentesco, sexo, 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 EESMSP.B1.01.A

MÓDULO DATOS GENERALES MUJER, tiene la siguiente estructura:

· **Carátula**: Contiene el Consentimiento informado, identificación, preguntas de identificación geográfica y muestral

· **Datos demográficos**: 22 preguntas

C. EL CUESTIONARIO EESMSP.B2.01.B

MÓDULO DATOS GENERALES ADULTO, tiene la siguiente estructura:

· **Carátula**: Contiene el Consentimiento informado, identificación, preguntas de identificación geográfica y muestral

· **Datos demográficos**: 22 preguntas

D. EL CUESTIONARIO EESMSP.B3.01.C

MÓDULO DATOS GENERALES ADOLESCENTE, tiene la siguiente estructura:

· **Carátula**: Contiene el Consentimiento informado, identificación, preguntas de identificación geográfica y muestral

· **Datos demográficos**: 22 preguntas

E. EL CUESTIONARIO EESMSP.B4.01.D

MÓDULO DATOS GENERALES ADULTO MAYOR, tiene la siguiente estructura:

· **Carátula**: Contiene el Consentimiento informado, identificación, preguntas de identificación geográfica y muestral

· **Datos demográficos**: 22 preguntas

F. EL CUESTIONARIO EESMSP.C.02

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

· **Opinión sobre situación del país**: 2 preguntas

· **Confianza y protección**: 2 preguntas

· **Situaciones de estrés**: 1 pregunta

· **Autoestima**: 1 pregunta

· **Discriminación**: 2 preguntas

· **Satisfacción laboral**: 1 pregunta

· **Asertividad**: 1 pregunta

· **Psicopatía**: 11 preguntas

· **Salud personal física y psicológica:** 5 preguntas

· **Indicadores suicidas:** 18 preguntas

· **Eventos de vida y estilos de crianza:** 3 preguntas

· **Aspectos de dinámica familiar:** 7 preguntas

· **Uso de 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

· **Desarrollo humano:** 8 preguntas

· **Estigma hacia la salud mental:** 5 preguntas

G. EL CUESTIONARIO EESMSP.D.03

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

- **Opinión sobre situación del país**: 3 preguntas
- **Situaciones de estrés**: 1 pregunta
- **Autoestima**: 1 pregunta
- **Satisfacción laboral**: 1 pregunta
- **Aspectos del entorno:** 2 preguntas
- **Salud personal física y acceso:** 6 preguntas
- **Indicadores suicidas:** 18 preguntas
- **Uso de sustancias:** 12 preguntas
- **Psicopatía**: 9 preguntas
- **Solidaridad**: 1 pregunta
- **Asertividad**: 1pregunta
- **Salud psicológica**: 4 preguntas
- **Aspectos de 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
- **Problemas clínicos:** 55 preguntas

H. EL CUESTIONARIO EESMSP.E.04

MÓDULO DE SÍNDROMES CLÍNICOS A, tiene la siguiente estructura:

- **Trastornos de ansiedad**: 113 preguntas
- **Trastornos afectivos**: 50 preguntas
- **Trastorno psicóticos**: 15 preguntas

I. EL CUESTIONARIO EESMSP.F.05

MÓDULO DE SÍNDROMES CLÍNICOS B, tiene la siguiente estructura:

- **Trastornos de la alimentación**: 24 preguntas
- **Trastornos adictivos químicos**: 43 preguntas
- **Tabaquismo**: 7 preguntas
- **Juego patológico**: 21 preguntas

J. EL CUESTIONARIO EESMSP.G.06

MÓDULO DE ACCESO A SERVICIOS, tiene la siguiente estructura:

- **Acceso a servicios de salud mental**: 29 preguntas
- **Conocimiento y prejuicios sobre la salud mental:**: 1 pregunta
- **Relaciones de género:** 1 pregunta
- **Acceso a servicios de salud física:** 5 preguntas

K. EL CUESTIONARIO EESMSP.H.07

MÓDULO DE RELACIONES INTRAFAMILIARES, tiene la siguiente estructura:

- **Violencia hacia la mujer:**: 34 preguntas
- **Violencia a los niños:** 20 preguntas
- **Conducta alimentaria de adolescente:** 6 preguntas
- **Estilos parentales:** 5 preguntas
- **Conducta adictiva enmascarada de familiar adulto:** 6 preguntas}

L. EL CUESTIONARIO EESMSP.I.08

MÓDULO DEL ADULTO MAYOR, tiene la siguiente estructura:

- **Salud personal física y acceso:** 11 preguntas
- **Autoestima**: 1 pregunta
- **Discriminación**: 1 pregunta
- **Satisfacción laboral**: 1 pregunta

- **Situaciones de estrés**: 1 pregunta
- **Salud psicológica**: 4 preguntas
- **Indicadores suicidas**: 13 preguntas
- **Aspectos de dinámica familiar:** 1 preguntas
- **Vida religiosa:** 4 preguntas
- **Calidad de vida:** 10 preguntas
- **Discapacidad física:** 1 pregunta
- **Funcionamiento adaptativo:** 1 pregunta
- **Condiciones clínicas:** 92 preguntas
- **Tabaquismo**: 7 preguntas
- **Violencia hacia el adulto mayor**: 15 preguntas

M. EL CUESTIONARIO EESMSP.J.09

MÓDULO DE FUNCIONES COGNOSCITIVAS, tiene la siguiente estructura:

- **Orientación**: 10 preguntas
- **Memoria**: 3 pregunta
- **Concentración**: 1 pregunta
- **Agnosia**: 2 preguntas
- **Comprensión**: 4 preguntas
- **Disgrafía**: 1 pregunta
- **Construcción visoespacial**: 1 pregunta
- **Evaluación cognoscitiva indirecta (Pfeffer)**: 1 pregunta

O. EL CUESTIONARIO EESMSP.K.10

MÓDULO SOCIOCULTURAL Y DE DESASTRES, tiene la siguiente estructura:

- **Síndromes culturales:** 15 preguntas
- **Desastres**: 8 preguntas

ANEXO B
ERRORES MUESTRALES Y COEFICIENTE DE VARIACIÓN

ERRORES MUESTRALES Y COEFICIENTE DE VARIACIÓN

Una investigación con una encuesta por muestreo puede estar afectada por dos tipos de errores:

a. Aquellos que se producen durante el trabajo de campo, recolección y procesamiento de información, denominado errores no muestrales, y

b. Los que resultan del hecho de haberse trabajado sólo una muestra y no la población en su conjunto, denominado errores de muestreo.

La muestra de estudio es una de las tantas probables que puede ser extraída de la población utilizando diseños científicos de muestreo y puede dar resultados diferentes a otras muestras que pudieran haber sido seleccionadas con los mismos procedimientos pero con diferentes unidades informantes. Esa variabilidad entre todas las muestras posibles constituye el error de muestreo, el cual no se conoce pero se estima a partir de los datos suministrados por la muestra seleccionada. El error de muestreo se mide por medio del error estándar que se define como la raíz cuadrada de la varianza de la estadística estimada. El error estándar permite medir el grado de precisión abrazando con la muestra y los intervalos de confianza.

Así si se toma cierta estadística calculada de la muestra, como un porcentaje, y se le suma y resta dos veces su error estándar, obtenemos un intervalo al cual se le asigna un nivel de confianza del 95% de que contiene el porcentaje poblacional.

Además del error estándar es muy importante conocer el efecto del diseño (*deff* por sus siglas en inglés), el mismo que es definido como la razón entre el error estándar correspondiente al diseño empleado y el error estándar de la muestra, asumiendo muestreo aleatorios simple. El valor de *deff* igual a 1,0 indicaría que el diseño utilizado es tan eficiente como uno simple al azar del mismo tamaño, mientras que un valor superior a 1,0 indicaría que el uso de conglomerados produjo una varianza superior.

El coeficiente de variación (c.v.) es una medida de dispersión relativa que se utiliza para comparar la dispersión o variabilidad de dos conjuntos de datos expresados en diferentes unidades. El c.v. no tiene unidades, y su valor es confiable y representativo si es menor al 15%.

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coeficiente de variación
GENERALES ADULTO						
Edad promedio(DS) ponderada	Media aritmética	35,67	0,32	35,03; 36,30	1,82	0,9
Trabajó la semana anterior	Prevalencia	57,4%	1,1	55,2; 59,6	2,00	1,9
Esta buscando trabajo	Prevalencia	11,1%	1,1	9,1; 13,4	1,86	10,0
Grado de Analfabetismo	Prevalencia	6,7%	0,6	5,7; 7,9	1,99	8,4
Grado de estudios	Sin nivel	5,7%	0,5	4,8; 6,7	1,76	8,6
	Inicial / preescolar	0,1%	0,1	0,0; 0,3	1,23	58,3
	Primaria	17,8%	0,9	16,0; 19,7	2,39	5,3
	Secundaria	32,6%	1,0	30,6; 34,6	1,84	3,1
	Bachillerato	0,1%	0,1	0,0; 0,3	1,39	56,2
	Superior no universitario	18,3%	0,8	16,8; 19,9	1,67	4,3
	Superior universitario	24,5%	1,3	22,1; 27,2	3,55	5,3
	Postgrado	0,9%	0,2	0,6; 1,5	1,82	22,0
Promedio de Ingreso mensual personal	< de 300	36,6%	1,4	33,9; 39,5	2,21	3,9
	301 a 600	27,9%	1,2	25,6; 30,3	1,80	4,3
	601a 1200	26,1%	1,2	23,7; 28,5	1,95	4,6
	> de 1200	9,4%	0,9	7,8; 11,3	2,30	9,3
Niveles de pobreza familiar según auto percepción de consumo	No cubre ni las necesidades básicas de alimentación	3,9%	0,5	3,0; 5,0	2,65	12,8
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	38,9%	1,6	35,8; 41,9	4,01	4,0
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	52,2%	1,5	49,2; 55,2	3,75	2,9
	Cubren las necesidades básicas y otras	5,0%	0,5	4,1; 6,1	1,98	9,7
SALUD MENTAL DEL ADULTO						
Principales problemas percibidos en el país	Desempleo	48,7%	1,2	46,3; 51,1	2,40	2,5
	Pobreza	22,9%	0,9	21,1; 24,8	1,95	4,1
	Manejo económico	6,5%	0,6	5,4; 7,8	2,36	9,3
	Corrupción	6,2%	0,5	5,3; 7,3	1,73	8,1
	Delincuencia	5,3%	0,6	4,3; 6,5	2,39	10,4
	Violencia	2,7%	0,3	2,1; 3,3	1,31	11,0
	Inestabilidad política	2,0%	0,4	1,4; 2,8	2,75	18,6
	Falta de confianza y liderazgo	1,7%	0,5	1,1; 2,8	4,36	50,4
	Terrorismo	0,4%	0,1	0,3; 0,7	1,11	25,2
	Narcotráfico	0,4%	0,2	0,2: 0,9	2,04	34,2
	Ninguno	0,2%	0,1	0,1; 0,4	1,07	37,7
	Otro	2,3%	0,4	1,7; 3,2	2,22	15,3
Sentimientos frente a problemas nacionales	Preocupación	37,3%	1,2	34,9; 39,7	2,55	3,3
	Pena, tristeza o depresión	22,6%	1,0	20,7; 24,5	2,12	4,3
	Desilusión	6,0%	0,5	5,2; 7,0	1,42	7,5
	Amargura, rabia o cólera	15,2%	1,3	12,8; 18,1	5,02	29,7
	Impotencia	6,8%	0,7	5,5; 8,2	2,89	10,1
	Resignación	1,5%	0,3	1,0; 2,1	1,78	17,5
	Indiferencia	2,4%	0,3	1,8; 3,0	1,50	12,6
	Frustración	2,3%	0,3	1,8; 2,9	1,56	13,1
	Indignación	2,6%	0,3	2,0; 3,3	1,62	12,5
	Desesperación o angustia	1,7%	0,2	1,3; 2,2	1,39	14,5
	Otro	1,8%	0,3	1,2; 2,5	2,19	17,6

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coeficiente de variación
Confianza en autoridades policiales	Nada o poco	71,4%	1,0	69,4; 73,2	1,77	1,3
	Regular	24,3%	0,9	22,5; 26,2	1,92	3,9
	Bastante o mucho	4,3%	0,4	3,5; 5,3	1,88	10,3
Confianza en autoridades militares	Nada o poco	70,8%	1,0	68,8; 72,7	1,82	1,4
	Regular	23,7%	0,9	22,0; 25,6	1,87	3,9
	Bastante o mucho	5,5%	0,5	4,6; 6,6	1,95	9,2
Confianza en religiosos	Nada o poco	36,1%	1,1	34,0; 38,3	2,10	3,1
	Regular	31,6%	1,0	29,6; 33,6	1,82	3,2
	Bastante o mucho	32,3%	1,1	30,3; 34,4	2,01	3,3
Confianza en maestros	Nada o poco	22,6%	0,8	21,0; 24,3	1,58	3,7
	Regular	46,7%	1,3	44,2; 49,1	2,49	2,7
	Bastante o mucho	30,8%	1,1	28,7; 32,9	2,12	3,5
Confianza en médicos	Nada o poco	22,7%	0,9	21,0; 24,4	1,74	3,9
	Regular	45,6%	1,1	43,4; 47,7	1,88	2,4
	Bastante o mucho	31,8%	1,0	29,9; 33,7	1,71	3,1
Confianza en autoridades políticas	Nada o poco	92,9%	0,6	91,7; 94,0	1,93	0,6
	Regular	6,2%	0,5	5,2; 7,4	2,00	8,8
	Bastante o mucho	0,9%	0,2	0,6; 1,3	1,50	21,0
Confianza en líderes de sindicatos	Nada o poco	64,7%	2,6	59,3; 69,7	1,48	4,1
	Regular	26,6%	2,6	21,9; 31,9	1,62	9,6
	Bastante o mucho	8,7%	1,7	5,8; 12,8	1,87	20,1
Confianza en líderes de su comunidad/alcalde	Nada o poco	82,0%	0,9	80,2; 83,6	1,91	1,0
	Regular	15,8%	0,8	14,3; 17,4	1,85	5,0
	Bastante o mucho	2,2%	0,3	1,7; 3,0	1,92	14,7
Confianza en su jefe de trabajo	Nada o poco	27,2%	1,6	24,1; 30,5	1,64	6,0
	Regular	37,1%	1,8	33,7; 40,7	1,61	4,7
	Bastante o mucho	35,7%	1,7	32,4; 39,2	1,60	4,9
Confianza en sus vecinos	Nada o poco	60,9%	1,0	58,9; 62,9	1,78	1,7
	Regular	29,4%	1,0	27,6; 31,3	1,71	3,2
	Bastante o mucho	9,7%	0,7	8,5; 11,1	1,93	6,8
Confianza en periodistas	Nada o poco	60,4%	1,1	58,3; 62,4	1,80	1,7
	Regular	32,8%	1,0	30,8; 34,8	1,77	3,1
	Bastante o mucho	6,9%	0,5	5,9; 8,0	1,70	7,7
Sentimientos de protección del estado	Nada o poco	79,9%	0,9	78,1; 81,7	2,04	1,1
	Regular	18,1%	0,9	16,4; 19,9	2,06	4,9
	Bastante o mucho	2,0%	0,3	1,5; 2,6	1,52	13,9
Sentimiento de protección de la familia	Nada o poco	10,9%	0,7	9,6; 12,5	2,13	6,7
	Regular	15,2%	0,8	13,6; 16,9	2,16	5,6
	Bastante o mucho	73,9%	1,0	71,9; 75,9	2,10	1,4
Sentimiento de protección de su sindicato	Nada o poco	59,2%	2,8	53,6; 64,6	1,68	4,8
	Regular	26,3%	2,2	22,1; 30,9	1,32	8,5
	Bastante o mucho	14,5%	2,1	10,8; 19,2	1,85	14,6
Sentimiento de protección de Dios	Nada o poco	5,3%	0,5	4,4; 6,4	1,90	9,3
	Regular	7,5%	0,6	6,4; 8,8	2,10	8,2
	Bastante o mucho	87,2%	0,8	85,5; 88,8	2,45	1,0
Sentimiento de protección de la comunidad	Nada o poco	52,6%	1,0	50,6; 54,7	1,71	2,0
	Regular	34,3%	1,1	32,3; 36,5	1,97	3,1
	Bastante o mucho	13,0%	0,8	11,6; 14,7	2,14	6,1
Sentimiento de protección de otra persona no mencionada	Nada o poco	69,5%	3,1	63,2; 75,2	4,01	4,4
	Regular	9,1%	1,3	6,8; 12,1	1,97	14,7
	Bastante o mucho	21,4%	2,6	16,6; 27,0	3,77	12,3
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: trabajo	Nada o poco	37,9%	1,6	34,9; 41,0	2,51	4,1
	Regular	28,2%	1,3	25,6; 30,8	2,14	4,7
	Bastante o mucho	33,9%	1,6	30,8; 37,1	2,81	4,7
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: estudios	Nada o poco	31,6%	2,0	27,9; 35,6	1,60	6,2
	Regular	26,3%	1,9	22,7; 30,2	1,66	7,2
	Bastante o mucho	42,1%	2,5	37,3; 47,0	2,24	5,9
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: hijos y parientes	Nada o poco	38,9%	1,4	36,2; 41,6	2,91	3,5
	Regular	20,5%	1,0	18,7; 22,5	2,11	4,7

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coeficiente de variación
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: dinero	Nada o poco	27,3%	1,0	25,4; 29,3	1,94	3,6
	Regular	31,0%	1,0	29,0; 33,1	1,97	3,3
	Bastante o mucho	41,7%	1,2	39,3; 44,1	2,38	2,9
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: la salud	Nada o poco	25,2%	1,0	23,3; 27,3	2,23	4,1
	Regular	23,6%	1,0	21,7; 25,6	2,07	4,1
	Bastante o mucho	51,2%	1,3	48,7; 53,6	2,46	2,4
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: asuntos con la ley	Nada o poco	79,9%	1,1	77,7; 82,0	2,28	1,4
	Regular	10,1%	0,9	8,5; 12,0	2,61	8,8
	Bastante o mucho	10,0%	0,7	8,6; 11,5	1,84	7,4
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: terrorismo	Nada o poco	42,1%	1,2	39,7; 44,6	2,48	2,9
	Regular	15,9%	0,8	14,3; 17,6	2,01	5,2
	Bastante o mucho	42,0%	1,3	39,6; 44,5	2,52	3,0
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: delincuencia	Nada o poco	25,3%	1,1	23,1; 27,6	2,72	4,5
	Regular	14,3%	0,8	12,8; 16,0	2,03	5,6
	Bastante o mucho	60,4%	1,3	57,7; 63,0	2,97	2,2
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: narcotráfico	Nada o poco	40,2%	1,3	37,7; 42,8	2,74	3,2
	Regular	15,8%	0,9	14,1; 17,6	2,21	5,5
	Bastante o mucho	44,0%	1,4	41,3; 46,7	3,02	3,1
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: otros problemas	Nada o poco	85,4%	2,2	80,5; 89,3	2,76	2,6
	Regular	3,8%	1,0	2,2; 6,4	2,00	27,1
	Bastante o mucho	10,8%	1,9	7,6; 15,2	2,63	17,7
Prevalencia de sentimientos anímicos: Triste	Nunca	2,7%	0,3	2,1; 3,4	1,67	12,4
	Algunas veces u ocasionalmente	80,6%	0,8	79,0; 82,2	1,64	1,0
	Siempre o casi siempre	16,7%	0,8	15,2; 18,2	1,62	4,5
Prevalencia de sentimientos anímicos: Tenso	Nunca	9,1%	0,7	7,9; 10,5	2,12	7,3
	Algunas veces u ocasionalmente	77,8%	0,9	75,9; 79,5	1,89	1,2
	Siempre o casi siempre	13,1%	0,7	11,8; 14,5	1,61	5,2
Prevalencia de sentimientos anímicos: Angustiado	Nunca	15,5%	0,9	13,8; 17,5	2,65	6,1
	Algunas veces u ocasionalmente	73,7%	1,1	71,5; 75,7	2,29	1,4
	Siempre o casi siempre	10,8%	0,6	9,6; 12,1	1,72	6,0
Prevalencia de sentimientos anímicos: Irritable	Nunca	14,0%	0,7	12,7; 15,5	1,57	4,9
	Algunas veces u ocasionalmente	73,0%	1,0	71,0; 74,8	1,84	1,3
	Siempre o casi siempre	13,0%	0,7	11,6; 14,5	1,83	5,6
Prevalencia de sentimientos anímicos: Preocupado	Nunca	2,1%	0,3	1,6; 2,7	1,42	12,9
	Algunas veces u ocasionalmente	67,0%	1,0	65,1; 68,9	1,69	1,5
	Siempre o casi siempre	30,8%	1,0	29,0; 32,7	1,68	3,1
Prevalencia de sentimientos anímicos: Tranquilo	Nunca	2,5%	0,3	1,9; 3,2	1,60	12,7
	Algunas veces u ocasionalmente	39,7%	1,1	37,5; 41,8	1,94	2,7
	Siempre o casi siempre	57,9%	1,1	55,7; 60,0	1,91	1,9
Prevalencia de sentimientos anímicos: Alegre	Nunca	0,6%	0,2	0,3; 1,0	1,65	27,4
	Algunas veces u ocasionalmente	34,5%	0,9	32,7; 36,4	1,55	2,7
	Siempre o casi siempre	64,9%	1,0	63,0; 66,8	1,58	1,5
Prevalencia de sentimientos anímicos: Aburrido	Nunca	17,8%	0,9	16,1; 19,6	2,18	5,1
	Algunas veces u ocasionalmente	71,6%	1,0	69,6; 73,5	1,90	1,4
	Siempre o casi siempre	10,6%	0,6	9,4; 11,9	1,75	6,1
Prevalencia de sentimientos anímicos: otro	Nunca	89,7%	1,9	85,4; 92,8	2,58	2,1
	Algunas veces u ocasionalmente	4,5%	1,1	2,8; 7,2	1,80	23,7
	Siempre o casi siempre	5,8%	1,5	3,5; 9,5	2,75	25,7
Experiencias traumáticas	Prevalencia de vida	41,1%	1,2	38,6; 43,5	2,52	3,0
Grado de satisfacción personal: aspecto físico	Nada o poco	8,5%	0,6	7,4; 9,6	1,58	6,6
	Regular	33,5%	1,1	31,4; 35,7	2,11	3,3
	Bastante o mucho	58,1%	1,2	55,7; 60,4	2,25	2,0

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coeficiente de variación
Grado de satisfacción personal: color de piel	Nada o poco	5,3%	0,5	4,4; 6,5	2,10	9,8
	Regular	26,7%	1,0	24,8; 28,8	2,01	3,8
	Bastante o mucho	67,9%	1,1	65,7; 70,0	2,14	1,6
Grado de satisfacción personal: inteligencia	Nada o poco	9,4%	0,7	8,1; 10,9	2,31	7,5
	Regular	29,5%	1,0	27,5; 31,6	2,06	3,5
	Bastante o mucho	61,1%	1,2	58,6; 63,5	2,54	2,0
Grado de satisfacción personal: condición socioeconómica	Nada o poco	31,5%	1,1	29,4; 33,8	2,30	3,6
	Regular	48,0%	1,1	45,9; 50,2	1,89	2,3
	Bastante o mucho	20,5%	0,9	18,7; 22,3	2,03	4,5
Grado de satisfacción personal: profesión u oficio que estudió (estudia)	Nada o poco	14,4%	1,0	12,5; 16,5	1,98	7,1
	Regular	26,7%	1,1	24,5; 29,0	1,57	4,3
	Bastante o mucho	58,9%	1,4	56,0; 61,7	2,04	2,5
Grado de satisfacción personal: nivel educativo alcanzado	Nada o poco	33,4%	1,3	30,9; 35,9	2,74	3,8
	Regular	30,5%	1,0	28,6; 32,6	1,81	3,3
	Bastante o mucho	36,1%	1,2	33,8; 38,5	2,35	3,3
Grado de satisfacción personal: religión	Nada o poco	10,4%	0,6	9,2; 11,7	1,66	6,1
	Regular	20,7%	0,9	19,0; 22,5	1,92	4,4
	Bastante o mucho	69,0%	1,0	66,9; 70,9	1,87	1,5
Grado de satisfacción personal: relaciones sociales	Nada o poco	14,5%	0,7	13,1; 16,0	1,66	5,0
	Regular	33,7%	0,9	31,8; 35,5	1,54	2,8
	Bastante o mucho	51,9%	1,1	49,7; 54,0	1,88	2,1
Grado de satisfacción personal: lugar de residencia	Nada o poco	14,1%	0,8	12,6; 15,6	1,93	5,5
	Regular	32,4%	1,1	30,4; 34,6	1,98	3,2
	Bastante o mucho	53,5%	1,2	51,2; 55,8	2,21	2,2
Discriminación por: sexo	Prevalencia de vida	7,3%	0,6	6,3; 8,5	1,85	7,7
Discriminación por: edad	Prevalencia de vida	7,0%	0,5	6,0; 8,1	1,68	7,5
Discriminación por: peso	Prevalencia de vida	5,3%	0,5	4,5; 6,4	1,77	8,9
Discriminación por: color de piel	Prevalencia de vida	2,4%	0,3	1,8; 3,1	1,77	13,5
Discriminación por: forma de vestir	Prevalencia de vida	5,4%	0,5	4,6; 6,4	1,67	8,6
Discriminación por: condición económica o social	Prevalencia de vida	11,5%	0,7	10,2; 12,9	1,80	5,9
Discriminación por: nivel educativo	Prevalencia de vida	9,7%	0,7	8,5; 11,1	2,02	6,9
Discriminación por: religión	Prevalencia de vida	4,1%	0,4	3,4; 5,0	1,64	9,8
Discriminación por: amistades	Prevalencia de vida	3,9%	0,4	3,2; 4,8	1,82	10,6
Discriminación por: lugar de nacimiento	Prevalencia de vida	3,7%	0,4	3,0; 4,5	1,61	10,3
Discriminación por: otra	Prevalencia de vida	1,7%	0,2	1,3; 2,2	1,24	13,6
Grado de satisfacción laboral: con las actividades o funciones que realiza	Nada o poco	9,0%	0,7	7,7; 10,5	1,52	8,0
	Regular	33,0%	1,3	30,6; 35,5	1,70	3,8
	Bastante o mucho	58,0%	1,3	55,3; 60,6	1,75	2,3
Grado de satisfacción laboral: con el ambiente físico donde labora	Nada o poco	11,3%	0,8	9,8; 13,0	1,57	7,3
	Regular	38,7%	1,4	36,0; 41,4	1,86	3,6
	Bastante o mucho	50,0%	1,4	47,3; 52,8	1,87	2,8
Grado de satisfacción laboral: con sus compañeros de trabajo	Nada o poco	7,6%	0,8	6,2; 9,3	1,41	10,3
	Regular	36,2%	1,5	33,3; 39,2	1,62	4,2
	Bastante o mucho	56,2%	1,6	53,1; 59,3	1,64	2,8
Grado de satisfacción laboral: con la carga de trabajo que desarrolla diariamente	Nada o poco	14,0%	0,9	12,3; 16,0	1,73	6,7
	Regular	45,0%	1,3	42,4; 47,6	1,70	2,9
	Bastante o mucho	41,0%	1,3	38,4; 43,6	1,76	3,2
Grado de satisfacción laboral: con la remuneración que recibe	Nada o poco	43,5%	1,5	40,6; 46,4	2,11	3,4
	Regular	42,8%	1,4	40,0; 45,7	2,04	3,4
	Bastante o mucho	13,7%	0,8	12,1; 15,5	1,45	6,2
Grado de satisfacción laboral: con el reconocimiento que percibe	Nada o poco	16,7%	1,2	14,4; 19,1	1,36	7,2
	Regular	35,2%	1,6	32,0; 38,5	1,58	4,7
	Bastante o mucho	48,2%	1,7	44,9; 51,5	1,51	3,5
Permisividad frente a la psicopatía	Prevalencia	11,6%	0,7	10,3; 13,1	1,92	6,1
Tendencias psicopáticas	Prevalencia actual	4,7%	0,5	3,9; 5,7	1,80	9,6
Deseos de morir	Prevalencia de vida	34,2%	1,0	32,2; 36,2	1,76	2,9
Deseos de morir	Prevalencia en el mes	5,1%	0,4	4,3; 6,0	1,50	8,4

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coeficiente de variación
Pensamientos de quitarse la vida	Prevalencia en el año	5,4%	0,5	4,5; 6,5	1,96	9,3
Planes de índole suicidas	Prevalencia de vida	4,4%	0,4	3,6; 5,2	1,58	9,4
Planes de índole suicidas	Prevalencia en el mes	0,5%	0,1	0,3; 0,8	1,12	23,9
Planes de índole suicidas	Prevalencia en el año	1,6%	0,2	1,2; 2,1	1,35	14,5
Conductas suicidas	Prevalencia de vida	2,9%	0,3	2,3; 3,7	1,65	11,8
Conductas suicidas	Prevalencia en el mes	0,1%	0,1	0,1; 0,3	0,89	41,7
Conductas suicidas	Prevalencia en el año	0,7%	0,1	0,5; 1,0	1,17	20,6
Prevalencia de tendencias violentas	Prevalencia de vida	27,5%	1,1	25,3; 29,8	2,54	4,1
Potencialidad suicida	Prevalencia actual	0,4%	0,1	0,2; 0,7	1,60	33,8
Consideraciones o pensamientos de índole homicidas	Prevalencia de vida	3,5%	0,4	2,7; 4,4	2,13	12,3
Consideraciones o pensamientos de índole homicidas	Prevalencia en el mes	0,8%	0,3	0,4; 1,7	4,55	37,7
Consideraciones o pensamientos de índole homicidas	Prevalencia en el año	1,3%	0,3	0,8; 2,2	3,34	25,3
Motivos que llevan la conducta suicida	Padres	25,9%	5,4	16,8; 37,8	1,96	20,7
	Hijos	5,5%	3,4	1,6; 17,4	2,90	62,3
	Otros parientes	8,7%	4,0	3,4; 20,2	2,56	45,6
	Pareja	42,1%	5,5	31,9; 53,0	1,57	13,0
	Laborales	2,9%	2,2	0,6; 12,5	2,30	76,8
	Estudios	2,8%	2,2	0,6; 12,3	2,29	78,9
	Económicos	14,2%	4,4	7,5; 25,2	2,07	31,1
	Salud física	2,8%	1,6	0,9; 8,2	1,16	55,6
	Salud familiar	0,5%	0,5	0,1; 3,7	0,70	98,8
	Separación de familia	7,4%	3,1	3,1; 16,4	1,88	42,7
	Muerte de un hijo	0,3%	0,3	0,0; 2,4	0,44	98,9
	Muerte de algunos de los padres	4,8%	2,4	1,8; 12,4	1,61	49,8
	Experiencia traumática	3,2%	1,5	1,3; 7,9	0,92	46,3
	Sin motivo	1,5%	1,1	0,4; 6,1	1,03	71,4
	Otros	9,6%	2,8	5,3; 16,8	1,21	29,6
Tendencias religiosas	Siente bastante o mucha protección de Dios	86,3%	0,9	84,5; 88,0	2,54	1,0
	Dios bastante o muy importante	87,1%	0,8	85,5; 88,6	2,09	0,9
	Asiste Iglesia o templo	78,9%	1,0	76,8; 80,9	2,45	1,3
	Participa activamente	15,2%	0,8	13,7; 16,7	1,73	5,1
	Lee escrituras religiosas	53,8%	1,2	51,3; 56,2	2,36	2,3
	Transmite religión a hijos	42,0%	1,4	39,2; 44,8	3,16	3,4
	Transmite religión a otras personas	26,4%	1,1	24,4; 28,5	2,15	4,0
	Religión ayuda a solucionar problemas	66,1%	1,1	63,8; 68,3	2,25	1,7
Alto nivel de estrés ambiental	Prevalencia	43,3%	1,4	40,6; 46,1	3,21	3,3
Calidad de vida de la población	Media aritmética	7,8%				
Población general adulta con al menos alguna discapacidad o inhabilidad	Prevalencia	21,2%	1,1	19,1; 23,5	2,95	5,3
Cualquier trastorno psiquiátrico	Prevalencia de vida	37,3%	1,2	34,9; 39,7	2,45	3,2
Cualquier trastorno psiquiátrico	Prevalencia anual	21,6%	1,0	19,7; 23,6	2,23	4,5
Cualquier trastorno psiquiátrico	Prevalencia de 6 meses	19,8%	0,9	18,0; 21,7	2,20	4,7
Cualquier trastorno psiquiátrico	Prevalencia actual	16,2%	0,9	14,6; 18,0	2,16	5,3
Trastornos de ansiedad	Prevalencia de vida	21,1%	1,0	19,2; 23,1	2,30	4,7
Trastornos de ansiedad	Prevalencia anual	6,6%	0,6	5,5; 7,8	2,15	8,8
Trastornos de ansiedad	Prevalencia de 6 meses	5,6%	0,5	4,6; 6,7	2,14	9,6
Trastornos de ansiedad	Prevalencia actual	3,5%	0,4	2,8; 4,4	2,09	12,1
Trastorno de ansiedad generalizada	Prevalencia de vida	8,2%	0,6	7,1; 9,5	1,86	7,3
Trastorno de ansiedad generalizada	Prevalencia anual	3,2%	0,4	2,5; 4,0	1,91	12,2
Trastorno de ansiedad generalizada	Prevalencia de 6 meses	2,8%	0,4	2,2; 3,6	1,92	13,0

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coeficiente de variación
Trastorno de pánico sin agorafobia	Prevalencia anual	0,1%	,0	0,1; 0,3	0,68	35,1
Trastorno de pánico sin agorafobia	Prevalencia a 6 meses	0,1%	,0	0,1; 0,3	0,68	35,1
Trastorno de pánico sin agorafobia	Prevalencia actual	,0%	,0	,0; 0,1	0,50	57,9
Agorafobia	Prevalencia de vida	1,8%	0,3	1,3; 2,6	2,14	17,0
Agorafobia	Prevalencia anual	0,8%	0,2	0,5; 1,3	1,91	24,6
Agorafobia	Prevalencia de 6 meses	0,6%	0,2	0,3; 1,1	1,94	28,4
Agorafobia	Prevalencia actual	0,5%	0,2	0,3; 1,0	2,26	34,0
Fobia social	Prevalencia de vida	2,9%	0,5	2,1; 3,9	3,05	16,2
Fobia social	Prevalencia anual	0,9%	0,2	0,6; 1,3	1,55	21,0
Fobia social	Prevalencia de 6 meses	0,7%	0,2	0,4; 1,1	1,64	24,2
Fobia social	Prevalencia actual	0,4%	0,1	0,2; 0,6	1,16	28,6
Trastorno obsesivo-compulsivo	Prevalencia de vida	0,4%	0,1	0,2; 0,7	1,30	28,7
Trastorno obsesivo-compulsivo	Prevalencia anual	0,2%	0,1	0,1; 0,5	1,53	40,6
Trastorno obsesivo-compulsivo	Prevalencia de 6 meses	0,1%	0,1	0,1; 0,3	0,86	42,0
Trastorno obsesivo-compulsivo	Prevalencia actual	,0%	,0	,0; 0,2	0,72	64,4
Trastorno de estrés post-traumático	Prevalencia de vida	12,8%	0,8	11,4; 14,4	2,10	6,0
Trastorno de estrés post-traumático	Prevalencia anual	1,9%	0,3	1,4; 2,6	1,98	16,1
Trastorno de estrés post-traumático	Prevalencia de 6 meses	1,6%	0,3	1,1; 2,2	1,89	17,3
Trastorno de estrés post-traumático	Prevalencia actual	0,7%	0,2	0,4; 1,2	1,86	26,0
Trastornos depresivos	Prevalencia de vida	17,0%	0,9	15,3; 18,9	2,34	5,4
Trastornos depresivos	Prevalencia anual	7,4%	0,5	6,4; 8,5	1,68	7,3
Trastornos depresivos	Prevalencia a 6 meses	6,0%	0,5	5,2; 7,0	1,49	7,7
Trastornos depresivos	Prevalencia actual	3,7%	0,4	3,0; 4,4	1,38	9,6
Depresión mayor	Prevalencia de vida	16,2%	0,9	14,5; 18,1	2,43	5,6
Depresión mayor	Prevalencia anual	7,2%	0,5	6,2; 8,3	1,66	7,4
Depresión mayor	Prevalencia a 6 meses	5,8%	0,5	5,0; 6,8	1,47	7,8
Depresión mayor	Prevalencia actual	3,5%	0,3	2,9; 4,2	1,29	9,6
Distimia	Prevalencia de vida	1,2%	0,2	0,9; 1,7	1,33	16,6
Distimia	Prevalencia actual	0,5%	0,1	0,3; 0,8	1,41	28,1
Bulimia nervosa	Prevalencia actual	0,2%	0,1	0,1; 0,4	1,64	50,4
Tendencia a problemas alimentarios	Prevalencia actual	5,3%	0,5	4,4; 6,2	1,64	8,7
Trastornos psicóticos en general (5 o más criterios)	Prevalencia de vida	0,3%	0,1	0,2; 0,5	1,17	31,8
Trastornos psicóticos en general (5 o más criterios)	Prevalencia actual	0,1%	0,1	,0; 0,4	2,12	81,9
Trastorno bipolar	Prevalencia de vida	0,1%	0,1	,0; 0,3	1,24	50,3
Bebedor riesgoso	Prevalencia anual	16,5%	1,0	14,6; 18,6	2,99	6,2
Dependencia a alcohol	Prevalencia anual	6,2%	0,6	5,2; 7,3	2,07	8,9
Abuso de alcohol	Prevalencia anual	3,9%	0,4	3,1; 4,8	1,93	11,0
Dependencia de abuso de alcohol	Prevalencia anual	10,0%	0,7	8,7; 11,5	2,19	7,1
Dependencia a tabaco	Prevalencia anual	0,5%	0,1	0,3; 0,9	1,33	25,1
Dependencia a PBC	Prevalencia anual	,0%				
Dependencia a cocaína	Prevalencia anual	,0%				
Dependencia a marihuana	Prevalencia anual	,0%	,0	,0; 0,1	0,42	100
Dependencia a cualquier sustancia	Prevalencia anual	6,5%	0,6	5,5; 7,7	2,00	8,5
Abuso a cualquier sustancias	Prevalencia anual	4,2%	0,4	3,4; 5,2	1,87	10,4
Consumo de sustancias en no alcohólicas en general	Prevalencia de vida	66,3%	1,3	63,7; 68,8	2,97	2,0
Consumo de sustancias legales no alcohólicas	Prevalencia de vida	66,3%	1,3	63,7; 68,8	3,00	2,0
Consumo de alcohol	Prevalencia de vida	96,5%	0,3	95,8; 97,1	1,40	0,4
Consumo de tabaco	Prevalencia de vida	57,7%	1,3	55,2; 60,2	2,57	2,2
Consumo de tabaco	Prevalencia en el mes	17,2%	0,8	15,7; 18,8	1,80	4,7
Consumo de tranquilizantes	Prevalencia de vida	0,6%	0,2	0,4; 1,0	1,42	23,8
Consumo de tranquilizantes	Prevalencia en el mes	0,2%	0,1	0,1; 0,3	0,84	37,5
Consumo de estimulantes	Prevalencia de vida	0,1%	,0	,0; 0,2	0,65	42,0
Consumo hoja de coca	Prevalencia de vida	20,3%	1,2	18,0; 22,8	3,71	6,1
Consumo hoja de coca	Prevalencia en el mes	4,5%	0,5	3,6; 5,5	1,98	10,4
Consumo de sustancias ilegales	Prevalencia de vida	2,8%	0,3	2,2; 3,5	1,74	12,5
Consumo de sustancias ilegales	Prevalencia en el mes	0,1%	,0	0,0; 0,2	1,16	73,7

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coeficiente de variación
Consumo clorhidrato de cocaína	Prevalencia de vida	0,6%	0,1	0,4; 0,9	1,14	22,4
Consumo de PBC	Prevalencia de vida	0,9%	0,2	0,6; 1,4	1,97	23,7
Consumo de cocaína en general	Prevalencia de vida	1,3%	0,2	0,9; 1,9	1,74	18,3
Consumo de sustancias en general	Prevalencia actual	23,0%	0,9	21,2; 24,9	1,90	4,0
Consumo de sustancias legales	Prevalencia actual	23,0%	0,9	21,2; 24,8	1,90	4,0
Edad de inicio de consumo de Estimulante	Media aritmética	22,01%	3,23	13,03; 30,98	0,79	14,7
Edad de inicio de consumo de tranquilizantes	Media aritmética	31,98%	1,89	28,04; 35,93	1,32	5,9
Edad de inicio de consumo de PBC	Media aritmética	23,73%	1,46	20,72; 26,74	0,94	6,2
Edad de inicio de consumo de cocaína	Media aritmética	18,54%	0,76	16,97; 20,12	1,5	4,1
Edad de inicio de consumo de marihuana	Media aritmética	18,91%	0,54	17,83; 19,99	1,34	2,9
Edad de inicio de consumo de extasis	Media aritmética	17,76%	1,13	3,35; 32,17	0,77	6,4
Edad de inicio de consumo de hoja de coca	Media aritmética	21,42%	0,39	20,66; 22,18	1,55	1,8
Edad de inicio de consumo de inhalantes	Media aritmética	21,99%	5,28	5,18; 38,80	1,40	24,0
Demanda sentida de “problemas emocionales o de los nervios“	Prevalencia de vida	28,0%	1,2	25,7; 30,4	2,53	4,2
Demanda sentida a partir de problemas emocionales específicos	Prevalencia de vida	49,0%	1,4	46,4; 51,7	2,95	2,8
Demanda sentida de problemas emocionales o de los nervios	Prevalencia a 6 meses	16,7%	0,8	15,2; 18,4	1,94	4,9
Demanda sentida expresada atendida en servicios de salud	Prevalencia a 6 meses	13,9%	1,6	11,0; 17,4	1,42	11,7
Proporción de la demanda sentida atendida en Puestos o centros de salud	Prevalencia	8,1%	3,0	3,9; 16,2	1,33	36,4
Proporción de la demanda sentida atendida en posta o policlínico ESSALUD	Prevalencia	8,6%	3,1	4,1; 17,1	1,41	36,5
Proporción de la demanda sentida atendida en consultorios PAAD-ESSALUD	Prevalencia	2,6%	2,3	0,5; 13,3	2,26	85,9
Proporción de la demanda sentida atendida en instituto u hospital especializado	Prevalencia	5,0%	2,8	1,6; 14,4	1,87	56,1
Proporción de la demanda sentida atendida en Hospital General de MINSA	Prevalencia	24,7%	4,8	16,4; 35,3	1,41	19,6
Proporción de la demanda sentida atendida en centro de salud mental ESSALUD	Prevalencia	1,5%	1,1	0,4; 6,1	0,91	71,6
Proporción de la demanda sentida atendida en Hospital General de ESSALUD	Prevalencia	10,9%	2,9	6,4; 17,9	0,96	26,3
Proporción de la demanda sentida atendida en Hospital de la FFAA y PN	Prevalencia	1,2%	0,7	0,3; 3,9	0,52	62,4
Proporción de la demanda sentida atendida en Consultorio médico particular	Prevalencia	14,1%	3,5	8,5; 22,4	1,14	24,8
Proporción de la demanda sentida atendida en Clínica particular	Prevalencia	3,2%	2,0	1,0; 10,3	1,39	60,9
Proporción de la demanda sentida atendida en grupos de auto-ayuda	Prevalencia	0,5%	0,5	0,1; 3,7	0,60	100
Proporción de la demanda sentida atendida en otros	Prevalencia	19,5%	5,0	11,5; 31,2	1,79	25,6
Tipo de ayuda recibida por la demanda atendida	Psiquiatria	14,8%	4,1	8,4; 24,8	1,52	27,8
	Psicólogo	36,5%	5,5	26,5; 47,8	1,47	15,0

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coeficiente de variación
Tipo de ayuda recibida por la demanda atendida	Psiquiatria	14,8%	4,1	8,4; 24,8	1,52	27,8
	Psicólogo	36,5%	5,5	26,5; 47,8	1,47	15,0
	Médico general	34,1%	5,4	24,4; 45,4	1,47	15,9
	Neurólogo	2,6%	1,6	0,8; 8,5	1,15	62,0
	Trabajadora social	0,8%	0,8	0,1; 5,6	0,93	100
	Enfermera	2,4%	1,2	0,9; 6,2	0,66	48,7
	Familiar (no médico)	3,5%	2,7	0,7; 15,0	2,48	77,9
	Otros	5,3%	2,8	1,9; 14,3	1,74	52,2
Tipo de ayuda recibida por la demanda atendida	Medicinas	59,2%	5,7	47,8; 69,8	1,51	9,6
	Psicoterapia	22,3%	4,4	14,8; 32,1	1,27	19,8
	Consejeria	64,0%	5,4	52,9; 73,8	1,42	8,4
	Hierbas	4,5%	1,8	2,0; 9,8	0,87	40,2
	Otros	7,3%	3,1	3,1; 16,3	1,61	42,5
SALUD MENTAL POR CONOS GEOGRÁFICOS						
Prevalencia general de vida de cualquier trastorno psiquiátrico según departamentos	ANCASH	34,9%	1,9	31,2; 38,8	1,49	5,5
	AYACUCHO	50,6%	2,4	46,0; 55,3	2,95	4,7
	CAJAMARCA	28,3%	1,6	25,3; 31,6	2,19	5,7
Prevalencia general anual de cualquier trastorno psiquiátrico según departamentos	ANCASH	19,9%	1,5	17,1; 23,1	1,33	7,7
	AYACUCHO	26,0%	2,0	22,3; 30,1	2,72	7,7
	CAJAMARCA	19,1%	1,4	16,5; 22,0	2,18	7,3
Prevalencia general de 6 meses de cualquier trastorno psiquiátrico según departamentos	ANCASH	18,7%	1,5	16,0; 21,7	1,27	7,8
	AYACUCHO	24,4%	2,0	20,8; 28,5	2,78	8,1
	CAJAMARCA	16,9%	1,3	14,5; 19,6	2,02	7,6
Prevalencia general actual de cualquier trastorno psiquiátrico según departamentos	ANCASH	14,1%	1,3	11,7; 17,0	1,37	9,6
	AYACUCHO	21,2%	1,8	17,9; 25,0	2,53	8,5
	CAJAMARCA	13,5%	1,2	11,3; 16,0	2,11	8,9
Prevalencia general de vida de trastornos de ansiedad según departamentos	ANCASH	23,3%	1,5	20,5; 26,5	1,17	6,5
	AYACUCHO	33,7%	2,1	29,6; 38,	2,71	6,4
	CAJAMARCA	10,2%	1,0	8,4; 12,5	2,02	10,1
Prevalencia general anual de trastornos de ansiedad según departamentos	ANCASH	8,4%	1,0	6,7; 10,5	1,10	11,5
	AYACUCHO	8,2%	1,2	6,1; 11,0	2,71	15,2
	CAJAMARCA	4,3%	0,7	3,1; 6,0	2,34	17,4
Prevalencia general a 6 meses de trastornos de ansiedad según departamentos	ANCASH	7,5%	0,9	5,9; 9,5	1,09	12,2
	AYACUCHO	7,3%	1,2	5,2; 10,1	2,94	16,9
	CAJAMARCA	3,2%	0,6	2,3; 4,6	1,93	18,3
Prevalencia general actual de trastornos de ansiedad según departamentos	ANCASH	4,3%	0,7	3,2; 5,9	1,03	15,8
	AYACUCHO	5,1%	1,0	3,5; 7,5	2,69	19,5
	CAJAMARCA	1,8%	0,5	1,1; 3,0	2,12	25,8
Prevalencia general de vida de trastornos depresivos según departamentos	ANCASH	13,5%	1,2	11,2; 16,1	1,20	9,2
	AYACUCHO	21,5%	1,8	18,3; 25,2	2,40	8,2
	CAJAMARCA	15,4%	1,4	12,8; 18,5	2,74	9,3
Prevalencia general anual de trastornos depresivos según departamentos	ANCASH	6,7%	0,8	5,2; 8,5	1,04	12,6
	AYACUCHO	6,5%	0,8	5,1; 8,3	1,43	12,5
	CAJAMARCA	8,4%	1,0	6,7; 10,5	2,11	11,5
Prevalencia general a 6 meses de trastornos depresivos según departamentos	ANCASH	5,9%	0,8	4,5; 7,6	1,01	13,3
	AYACUCHO	4,8%	0,7	3,6; 6,4	1,45	14,8
	CAJAMARCA	7,0%	0,8	5,5; 8,7	1,74	11,6
Prevalencia general actual de trastornos depresivos según departamentos	ANCASH	3,6%	0,6	2,6; 4,9	0,92	16,5
	AYACUCHO	3,0%	0,5	2,1; 4,2	1,26	17,6
	CAJAMARCA	4,2%	0,6	3,1; 5,6	1,66	14,8
Prevalencia anual de abuso o dependencia a alcohol según departamentos	ANCASH	6,7%	0,9	5,1; 8,8	1,30	14,1
	AYACUCHO	15,0%	1,6	12,1; 18,3	2,52	10,4
	CAJAMARCA	8,0%	0,9	6,4; 10,1	2,03	11,6
POBREZA Y SALUD MENTAL						
Prevalencia general de vida de cualquier trastorno psiquiátrico en	No cubre ni las necesidades básicas	39,4%	4,4	31,1; 48,2	1,23	11,1

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coeficiente de variación
Prevalencia general anual de cualquier trastorno psiquiátrico en grupos de pobreza según cobertura de ingresos de necesidades de la canasta familiar (i0a con l1)	No cubre ni las necesidades básicas	17,8%	3,6	11,7; 26,0	1,37	20,4
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	22,4%	1,6	19,4; 25,7	2,27	7,2
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	21,3%	1,2	19,1; 23,7	1,65	5,4
	Cubren las necesidades básicas y otras	19,5%	3,8	13,0; 28,1	1,84	19,6
Prevalencia general de 6 meses de cualquier trastorno psiquiátrico en grupos de pobreza según cobertura de ingresos de necesidades de la canasta familiar (i0a con l1)	No cubre ni las necesidades básicas	16,7%	3,6	10,8; 24,9	1,40	21,4
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	20,0%	1,5	17,2; 23,2	2,22	7,6
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	19,9%	1,1	17,8; 22,2	1,60	5,6
	Cubren las necesidades básicas y otras	17,6%	3,5	11,7; 25,7	1,71	20,0
Prevalencia general actual de cualquier trastorno psiquiátrico en grupos de pobreza según cobertura de ingresos de necesidades de la canasta familiar,	No cubre ni las necesidades básicas	12,7%	3,2	7,6; 20,2	1,38	24,9
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	16,9%	1,4	14,3; 19,9	2,16	8,3
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	16,0%	1,0	14,0; 18,1	1,69	6,6
	Cubren las necesidades básicas y otras	15,3%	3,5	9,6; 23,4	1,83	22,6
Prevalencia general de vida de trastornos de ansiedad en grupos de pobreza según cobertura de ingresos de necesidades de la canasta familiar,	No cubre ni las necesidades básicas	25,3%	4,3	17,8; 34,8	1,51	17,2
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	24,8%	1,9	21,3; 28,7	2,93	7,6
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	18,3%	1,0	16,3; 20,4	1,50	5,7
	Cubren las necesidades básicas y otras	18,0%	3,0	12,8; 24,8	1,24	16,9
Prevalencia general anual de trastornos de ansiedad en grupos de pobreza según cobertura de ingresos de necesidades de la canasta familiar, (i36a con l1)	No cubre ni las necesidades básicas	9,8%	3,0	5,3; 17,4	1,50	30,3
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	7,1%	0,9	5,5; 9,2	2,02	13,1
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	5,8%	0,7	4,7; 7,3	1,59	11,1
	Cubren las necesidades básicas y otras	7,4%	2,1	4,2; 12,8	1,30	28,7
Prevalencia general a 6 meses de trastornos de ansiedad en grupos de pobreza según cobertura de ingresos de necesidades de la canasta familiar, (i36a con l1)	No cubre ni las necesidades básicas	8,3%	2,9	4,1; 16,0	1,65	34,8
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	5,8%	0,8	4,4; 7,6	1,87	14,1
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	5,0%	0,6	4,0; 6,4	1,57	12,0
	Cubren las necesidades básicas y otras	7,4%	2,1	4,2; 12,8	1,30	28,7

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coeficiente de variación
Prevalencia general actual de trastornos de ansiedad en grupos de pobreza según cobertura de ingresos de necesidades de la canasta familiar, (i36b con l1)	No cubre ni las necesidades básicas	6,0%	2,8	2,4; 14,3	2,02	45,7
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	3,6%	0,6	2,6; 4,9	1,44	16,0
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	3,0%	0,5	2,3; 4,1	1,43	14,9
	Cubren las necesidades básicas y otras	6,0%	2,0	3,1; 11,4	1,40	33,1
Prevalencia general de vida de trastornos depresivos en grupos de pobreza según cobertura de ingresos de necesidades de la canasta familiar, (i48a con l1)	No cubre ni las necesidades básicas	23,1%	3,8	16,5; 31,3	1,21	16,4
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	19,6%	1,5	16,7; 22,8	2,29	7,9
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	14,5%	1,0	12,6; 16,7	1,81	7,2
	Cubren las necesidades básicas y otras	18,9%	3,6	12,9; 27,0	1,66	18,9
Prevalencia general anual de trastornos depresivos en grupos de pobreza según cobertura de ingresos de necesidades de la canasta familiar, (i48a con l1)	No cubre ni las necesidades básicas	6,1%	2,1	3,0; 11,8	1,18	34,8
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	7,7%	0,9	6,1; 9,6	1,68	11,5
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	7,2%	0,7	5,9; 8,7	1,49	9,7
	Cubren las necesidades básicas y otras	7,3%	2,8	3,4; 15,1	2,32	38,4
Prevalencia general a 6 meses de trastornos depresivos en grupos de pobreza según cobertura de ingresos de necesidades de la canasta familiar, (i48a con l1)	No cubre ni las necesidades básicas	5,5%	2,1	2,6; 11,2	1,23	37,8
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	6,0%	0,7	4,7; 7,6	1,45	12,2
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	6,0%	0,6	4,9; 7,5	1,53	10,7
	Cubren las necesidades básicas y otras	5,5%	2,3	2,4; 12,1	1,98	41,4
Prevalencia general actual de trastornos depresivos en grupos de pobreza según cobertura de ingresos de necesidades de la canasta familiar,	No cubre ni las necesidades básicas	2,2%	1,1	0,8; 5,9	0,87	50,3
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	4,4%	0,5	3,4; 5,6	1,06	12,3
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	3,3%	0,5	2,4; 4,4	1,63	15,3
	Cubren las necesidades básicas y otras	3,5%	1,6	1,4; 8,5	1,57	46,9
Prevalencia anual de abuso o dependencia a alcohol según cobertura de ingresos de necesidades de la canasta familiar,	No cubre ni las necesidades básicas	5,2%	1,8	2,7; 10,0	0,96	33,8
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	10,1%	1,2	8,1; 12,6	2,23	11,4
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	10,5%	1,0	8,8; 12,6	2,01	9,1
	Cubren las necesidades básicas y otras	6,8%	1,8	4,0; 11,5	1,05	26,9

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coeficiente de variación
TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN GRUPOS ETÁREOS						
Prevalencia general de vida de cualquier trastorno psiquiátrico según grupos etáreos, (i0a con c2c)	18 a 24 años	33,7%	1,9	30,1; 37,5	1,82	5,6
	25 a 44 años	36,7%	1,5	33,8; 39,7	1,82	4,1
	45 a 64 años	43,9%	2,6	38,8; 49,2	2,16	6,0
	>65 años	37,7%	4,1	30,1; 46,1	1,60	10,9
Prevalencia general anual de cualquier trastorno psiquiátrico según grupos etáreos, (i0a con c2c)	18 a 24 años	21,6%	1,6	18,5; 25,0	1,82	7,6
	25 a 44 años	22,7%	1,4	20,1; 25,5	1,96	6,1
	45 a 64 años	20,8%	2,1	17,0; 25,2	1,98	9,9
	>65 años	15,4%	3,1	10,2; 22,7	1,69	20,4
Prevalencia general de 6 meses de cualquier trastorno psiquiátrico según grupos etáreos, (i0a con c2c)	18 a 24 años	19,5%	1,6	16,6; 22,8	1,8	8,1
	25 a 44 años	21,2%	1,4	18,6; 23,9	2,0	6,4
	45 a 64 años	19,3%	2,0	15,6; 23,5	1,96	10,4
	>65 años	12,6%	2,5	8,5; 18,3	1,23	19,6
Prevalencia general actual de cualquier trastorno psiquiátrico según grupos etáreos, , (i00a con c2c)	18 a 24 años	15,3%	1,4	12,7; 18,3	1,75	9,2
	25 a 44 años	17,2%	1,3	14,8; 20,0	2,30	7,8
	45 a 64 años	16,4%	1,9	12,9; 20,6	2,10	11,8
	>65 años	11,8%	2,4	7,8; 17,4	1,26	20,6
Prevalencia general de vida de trastornos de ansiedad según grupos etáreos,	18 a 24 años	16,3%	1,5	13,5; 19,6	2,00	9,5
	25 a 44 años	20,9%	1,3	18,5; 23,5	1,79	6,1
	45 a 64 años	28,1%	2,1	24,2; 32,4	1,63	7,4
	>65 años	22,7%	3,6	16,4; 30,5	1,62	15,8
Prevalencia general anual de trastornos de ansiedad según grupos etáreos, , (i36a con c2c)	18 a 24 años	5,7%	1,0	4,0; 8,0	2,12	17,6
	25 a 44 años	7,6%	0,9	6,0; 9,5	1,97	11,5
	45 a 64 años	5,8%	1,0	4,1; 8,1	1,40	17,3
	>65 años	5,7%	1,8	3,0; 10,6	1,41	32,4
Prevalencia general a 6 meses de trastornos de ansiedad según grupos etáreos, , (i36a con c2c)	18 a 24 años	4,5%	0,9	3,0; 6,6	2,14	20,0
	25 a 44 años	6,3%	0,8	4,9; 8,1	1,91	12,5
	45 a 64 años	5,3%	0,9	3,7; 7,4	1,34	17,8
	>65 años	5,7%	1,8	3,0; 10,6	1,41	32,4
Prevalencia general actual de trastornos de ansiedad según grupos etáreos, , (i36b con c2c)	18 a 24 años	1,8%	0,4	1,2; 2,9	1,15	23,2
	25 a 44 años	4,3%	0,7	3,1; 5,9	2,25	16,6
	45 a 64 años	3,5%	0,8	2,3; 5,4	1,34	21,9
	>65 años	5,5%	1,8	2,8; 10,5	1,44	33,4
Prevalencia general de vida de trastornos depresivos según grupos etáreos,	18 a 24 años	15,7%	1,4	13,1; 18,7	1,73	9,0
	25 a 44 años	16,1%	1,1	14,1; 18,3	1,59	6,7
	45 a 64 años	19,0%	1,8	15,7; 22,9	1,64	9,6
	>65 años	24,7%	3,8	17,9; 33,0	1,76	15,6
Prevalencia general anual de trastornos depresivos según grupos etáreos, , (i48a con c2c)	18 a 24 años	8,6%	1,1	6,7; 11,0	1,71	12,7
	25 a 44 años	7,2%	0,7	6,0; 8,7	1,33	9,7
	45 a 64 años	5,8%	1,0	4,1; 8,2	1,51	18,0
	>65 años	8,0%	2,6	4,2; 14,9	2,02	32,3
Prevalencia general a 6 meses de trastornos depresivos según grupos etáreos, , (i48a con c2c)	18 a 24 años	6,8%	0,9	5,2; 8,8	1,52	13,6
	25 a 44 años	6,4%	0,7	5,2; 7,8	1,39	10,6
	45 a 64 años	4,2%	0,8	2,8; 6,2	1,34	20,0
	>65 años	5,2%	1,5	2,9; 9,0	1,0	28,8
Prevalencia general actual de trastornos depresivos según grupos etáreos,	18 a 24 años	4,0%	0,8	2,8; 5,8	1,70	18,9
	25 a 44 años	3,6%	0,5	2,8; 4,6	1,18	13,2
	45 a 64 años	3,1%	0,7	1,9; 4,9	1,34	23,6
	>65 años	4,6%	1,4	2,5; 8,3	1,02	31,0
Prevalencia anual de abuso y dependencia a alcohol según grupos etáreos,	18 a 24 años	10,6%	1,3	8,2; 13,4	2,06	12,4
	25 a 44 años	10,6%	1,1	8,7; 12,9	2,19	10,1
	45 a 64 años	10,2%	1,7	7,2; 14,1	2,51	17,0
	>65 años	2,3%	1,2	0,8; 6,2	1,37	52,0

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coeficiente de variación
EFECTOS DE LA VIOLENCIA POLITICA						
Frecuencia de pérdidas humanas y materiales relacionados con la violencia en la época del terrorismo en los encuestados	Familiar directo (padres, esposo(a), hijos)	4,9%	0,5	4,0; 5,9	2,03	10,1
	Otro familiar no directo	19,4%	0,9	17,7; 21,1	1,86	4,4
	Familiar desaparecido	10,3%	0,6	9,2; 11,4	1,35	5,5
	Testigo de muerte violenta de alguna persona	8,2%	0,6	7,2; 9,4	1,68	6,9
	Familiar detenido	10,4%	0,7	9,1; 11,8	1,87	6,4
	Familiar en prisión	6,2%	0,6	5,2; 7,5	2,28	9,3
	Pérdida de bienes	9,0%	0,6	7,9; 10,2	1,71	6,6
	Cambio de residencia	11,3%	0,7	9,9; 12,9	2,18	6,6
	Al menos una situación de pérdida personal	31,0%	1,0	29,0; 33,0	1,90	3,3
	Algún familiar fallecido ó desaparecido	23,5%	0,9	21,8; 25,3	1,73	3,8
Prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico, según pérdidas personales durante la época del terrorismo y la salud mental	Presencia de algún familiar fallecido o desaparecido	50,0%	2,4	45,2; 54,8	2,22	4,9
	Ausencia de algún familiar fallecido o desaparecido	33,5%	1,3	31,0; 36,0	2,15	3,8
Prevalencia de vida de cualquier trastorno de ansiedad, según pérdidas personales durante la época del terrorismo y la salud mental	Presencia de algún familiar fallecido o desaparecido	35,2%	2,6	30,4; 40,4	2,67	7,3
	Presencia de algún familiar fallecido o desaparecido	16,8%	0,9	15,1; 18,6	1,77	5,4
Prevalencia de vida de cualquier trastorno depresivo, según pérdidas personales durante la época del terrorismo y la salud mental	Presencia de algún familiar fallecido o desaparecido	22,7%	2,2	18,7; 27,3	2,48	9,6
	Presencia de algún familiar fallecido o desaparecido	15,2%	1,0	13,5; 17,2	2,13	6,3
Prevalencia anual de abuso o dependencia al alcohol	Presencia de algún familiar fallecido o desaparecido	11,3%	1,4	8,7; 14,4	1,95	12,9
	Presencia de algún familiar fallecido o desaparecido	9,7%	0,8	8,2; 11,3	2,13	8,1

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coeficiente de variación
DATOS GENERALES: MUJER UNIDA 2003						
Edad por grupos etáreos de la muestra	< 18 años	0,3%	0,1	0,1 ; 0,5	1,1	36,0
	18 a 24 años	9,5%	0,6	8,4; 10,9	1,6	6,7
	25 a 44 años	53,4%	1,0	51,5; 55,4	1,3	1,8
	45 a 64 años	29,2%	0,9	27,5; 31,0	1,3	3,0
	>64 años	7,8%	0,5	6,8; 8,9	1,3	6,8
Estado civil	Conviviente	31,2%	1,1	29,1; 33,4	1,9	3,5
	Separada	10,6%	0,6	9,4; 11,9	1,4	5,9
	Divorciada	0,8%	0,2	0,5; 1,2	1,5	23,8
	Viuda	6,4%	0,5	5,6; 7,4	1,2	7,2
	Casada	50,8%	1,2	48,5; 53,1	1,9	2,3
	Soltera	0,2%	0,1	0,1; 0,5	1,4	41,7
Realiza actividad laboral	En semana anterior	53,3%	1,1	51,2; 55,4	15,2	2,0
	Esta buscando trabajo	6,5%	0,8	5,2: 8,3	1,5	12,1
Grado de estudios	Sin nivel	13,7%	0,8	12,3: 15,4	1,8	5,8
	Inicial /preescolar	0,4%	0,1	0,2; 0,8	1,4	31,0
	Primaria	29,2%	1,0	27,2; 31,3	1,8	3,5
	Secundaria	27,0%	0,9	25,3; 28,8	1,4	3,3
	Bachillerato	0,0%	0,0	0,0; 0,2	1,0	10,0
	Superior no universitario	14,7%	0,7	13,3; 16,2	1,5	5,1
	Superior universitario	14,4%	0,9	12,6; 16,3	2,5	6,6
	Postgrado	0,5%	0,2	0,3; 1,0	2,0	34,3
SALUD MENTAL DE LA MUJER UNIDA						
Principal problema percibido en el país	Desempleo	44,9%	1,2	42,5; 47,4	2,1	2,8
	Pobreza	29,5%	1,1	27,5; 31,6	1,8	3,6
	Corrupción	5,0%	0,4	4,2; 6,0	1,3	8,7
	Violencia	3,2&	0,3	2,6; 4,0	1,3	10,9
	Inestabilidad política	0,9%	0,2	0,5; 1,4	1,8	24,7
	Falta de confianza y liderazgo	0,2%	0,1	0,1; 0,4	0,8	38,2
	terrorismo	0,8%	0,2	0,5; 1,2	1,1	20,4
	Otro	1,7%	0,3	1,2; 2,4	1,9	18,2
Sentimientos frente a problemas nacionales	Desilusión	4,9%	0,5	4,1; 5,9	1,5	9,3
	Amargura	3,0%	0,3	2,4; 3,8	1,3	11,4
	Rabia	2,3%	0,3	1,8; 3,0	1,3	13,1
	Cólera	7,9%	0,6	6,8; 9,1	1,4	7,2
	Pena, tristeza o depresión	29,5%	1,1	27,4; 31,7	1,9	3,7
	Preocupación	39,7%	1,3	37,2; 42,3	2,3	3,3
	Impotencia	4,6%	0,5	3,8; 5,7	1,8	10,5
	Indignación	1,1%	0,2	0,7; 1,6	1,4	19,5
	Resignación	1,4%	1,2	1,0; 1,9	1,2	16,0
	Indiferencia	0,9%	0,2	0,6; 1,3	1,1	18,6
	Otro	1,1%	0,3	0,7; 1,8	2,1	23,6
Confianza en autoridades policiales	Nada o poco	74,0%	1,0	72,0; 75,8	1,7	1,3
	Regular	22,2%	0,9	20,4; 24,0	1,7	4,1
	Mucho	3,8%	0,4	3,2; 4,6	1,2	9,3
Confianza en autoridades militares	Nada o poco	75,7%	1,0	73,7; 77,5	1,7	1,3
	Regular	20,7%	0,8	19,7; 22,4	1,5	4,1
	Mucho	3,6%	0,4	2,9; 4,5	1,5	11,0
Confianza en autoridades religiosas	Nada o poco	30,7%	1,0	28,8; 32,7	1,6	3,3
	Regular	28,7%	1,0	26,9; 30,7	1,5	3,3
	Mucho	40,5%	1,1	38,3; 42,8	1,8	2,8
Confianza en autoridades políticas	Nada o poco	93,2%	0,5	92,0; 94,2	1,5	0,6
	Regular	6,0%	0,5	5,0; 7,1	1,6	8,8

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coeficiente de variación
Confianza en lideres de la comunidad	Nada o poco	82,4%	0,8	80,7; 83,9	1,5	1,0
	Regular	15,1%	0,8	13,6; 16,7	1,6	5,2
	Mucho	2,5%	0,3	2,0; 3,3	1,4	12,5
Sentimientos de protección del estado	Nada o poco	83,6%	0,8	82,0; 85,0	1,5	0,9
	Regular	14,7%	0,8	13,3; 16,3	1,6	5,2
	Mucho	1,7%	0,2	1,3; 2,2	1,1	13,6
Sentimiento de protección de la familia	Nada o poco	11,6%	0,6	10,4; 12,9	1,3	5,5
	Regular	17,2%	0,7	15,9; 18,7	1,2	4,1
	Mucho	71,2%	0,9	69,5; 72,9	1,2	1,2
Sentimientos de protección de Dios	Nada o poco	2,9%	3,0	2,3; 3,7	1,4	11,9
	Regular	4,3%	4,0	3,6; 5,1	1,2	8,9
	Mucho	92,7%	5,0	91,7; 93,7	1,3	0,6
Sentimiento de protección de la comunidad	Nada o poco	56,5%	1,0	54,5; 58,4	1,4	1,8
	Regular	30,0%	1,0	28,1; 31,9	1,5	3,2
	Mucho	13,5%	0,8	12,0; 15,2	1,9	6,1
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: trabajo	Nada o poco	30,7%	1,4	28,1; 33,5	1,7	4,5
	Regular	23,8%	1,2	21,4; 26,3	1,6	5,2
	Mucho	45,5%	1,6	42,4; 48,6	2,0	3,5
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: estudio	Nada o poco	39,6%	4,4	31,3; 48,4	1,8	11,1
	Regular	21,0%	3,3	15,2; 28,3	1,4	15,7
	Mucho	39,4%	4,6	30,8; 48,7	1,9	11,7
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: hijos y parientes	Nada o poco	30,7%	1,3	28,3; 33,3	2,6	4,2
	Regular	17,4%	0,9	15,7; 19,3	2,0	5,3
	Mucho	51,9%	1,5	48,9-54,9	3,1	2,9
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: pareja	Nada o poco	43,5%	1,3	40,9-46,2	2,1	3,1
	Regular	17,6%	0,8	16,1-19,3	1,3	4,6
	Mucho	38,9%	1,4	36,2-41,7	2,3	3,6
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: dinero	Nada o poco	19,1%	0,9	17,5-20,9	1,6	4,5
	Regular	25,6%	0,9	23,8-27,5	1,6	0,37
	Mucho	55,3%	1,1	53,1-57,4	1,7	2,0
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: la salud	Nada o poco	17,8%	0,9	16,1-19,6	1,8	5,0
	Regular	24,1%	1,0	22,2-26,2	1,9	4,2
	Mucho	58,1%	1,3	55,6-60,5	2,2	2,2
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: terrorismo	Nada o poco	32,4%	1,2	30,1; 34,8	2,2	3,7
	Regular	16,9%	0,9	15,2; 18,7	1,9	5,3
	Mucho	50,7%	1,3	48,0; 53,3	2,4	2,6
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: narcotráfico	Nada o poco	35,3%	1,3	32,8; 37,9	2,5	3,7
	Regular	15,4%	0,9	13,8; 17,2	2,0	5,7
	Mucho	49,3%	1,4	46,5; 52,0	2,5	2,8
Presencia de sentimientos anímicos significativos:: TRISTE	Nunca	1,5%	0,2	1,1; 2,0	1,1	14,6
	Algunas veces u ocasionalmente	69,2%	1,0	67,2; 71,0	1,5	1,4
	Siempre, casi siempre	29,3%	1,0	25,7; 31,3	1,5	3,3
Presencia de sentimientos anímicos significativos:: TENSO	Nunca	5,4%	0,5	4,5; 6,4	1,5	8,8
	Algunas veces u ocasionalmente	71,6%	1,0	69,6; 73,5	1,6	1,4
	Siempre, casi siempre	23,0%	0,9	21,2; 24,9	1,7	4,1
Presencia de sentimientos anímicos significativos:: ANGUSTIA	Nunca	10,1%	0,8	8,6; 11,8	2,5	8,1
	Algunas veces u ocasionalmente	71,6%	1,1	69,5; 73,7	1,9	1,5
	Siempre, casi siempre	18,3%	0,8	16,7; 20,0	1,6	4,6
Presencia de sentimientos anímicos significativos:: IRRITABLE	Nunca	9,6%	0,7	8,4; 11,0	1,7	6,8
	Algunas veces u ocasionalmente	73,9%	1,0	72,0; 75,8	1,,6	1,3
	Siempre, casi siempre	16,5%	0,8	15,0; 18,0	1,5	4,7
Presencia de sentimientos anímicos significativos:: PREOCUPADO	Nunca	1,5%	0,3	1,0; 2,1	1,6	18,0
	Algunas veces u ocasionalmente	52,8%	1,2	50,3; 55,	2,1	2,3
	Siempre, casi siempre	45,8%	1,2	43,3; 48,2	2,1	2,7

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coeficiente de variación
Presencia de sentimientos anímicos significativos:: TRANQUILO	Nunca	2,2%	0,3	1,6; 2,9	1,7	14,8
	Algunas veces u ocasionalmente	49,6%	1,1	47,5; 51,7	1,6	2,2
	Siempre, casi siempre	48,2%	1,1	46,1; 50,4	1,6	2,3
Presencia de sentimientos anímicos significativos:: ALEGRE	Nunca	0,9%	0,2	0,6; 1,3	1,1	18,7
	Algunas veces u ocasionalmente	46,4%	1,1	44,3; 48,5	1,6	2,3
	Siempre, casi siempre	52,7%	1,1	50,6; 54,8	1,6	2,0
Presencia de sentimientos anímicos significativos:: ABURRIDO	Nunca	17,2%	0,9	15,5; 18,9	1,8	5,1
	Algunas veces u ocasionalmente	68,2%	1,1	66,1; 70,3	1,8	1,6
	Siempre, casi siempre	14,6%	0,8	13,2; 16,2	1,6	5,2
Presencia de sentimientos anímicos significativos:: OTRO	Nunca	90,3%	1,7	86,5; 93,2	1,8	1,9
	Algunas veces u ocasionalmente	3,1%	0,9	1,8; 5,5	1,6	29,2
	Siempre, casi siempre	6,5%	1,5	4,2; 10,1	2,0	22,5
Grado de satisfacción personal: aspecto físico	Nada o poco	11,9%	0,7	10,6; 13,4	1,6	5,9
	Regular	35,1%	1,0	33,0; 37,2	1,6	3,0
	Mucho	53,0%	1,1	50,8; 55,2	1,7	2,1
Grado de satisfacción personal: Color de piel	Nada o poco	7,0%	0,6	6,0; 8,3	1,7	8,3
	Regular	29,0%	1,1	26,9; 31,2	1,9	3,8
	Mucho	64,0%	1,2	61,6; 66,3	2,0	1,8
Grado de satisfacción personal: Inteligencia	Nada o poco	15,0%	0,9	13,4; 16,8	1,9	5,7
	Regular	31,1%	1,1	29,0; 33,3	1,9	3,6
	Mucho	53,9%	1,4	51,1; 56,5	2,5	2,5
Grado de satisfacción personal: nivel económico	Nada o poco	38,9%	1,1	36,7; 41,1	1,8	2,9
	Regular	44,1%	1,1	41,8; 46,3	1,7	2,6
	Mucho	17,0%	0,8	15,5; 18,7	1,5	4,7
Grado de satisfacción personal: estudios	Nada o poco	25,0%	1,6	22,0; 28,2	2,0	6,3
	Regular	24,1%	1,4	21,4; 27,0	1,7	5,9
	Mucho	51,0%	2,0	47,1; 54,8	2,3	3,8
Grado de satisfacción personal: Relaciones sociales	Nada o poco	21,2%	0,9	19,4; 23,0	1,7	4,3
	Regular	34,6%	1,0	32,6; 36,6	1,6	2,9
	Mucho	44,3%	1,1	42,1; 46,5	1,7	2,5
Grado de satisfacción laboral: con actividades o funciones que realiza	Nada o poco	11,8%	0,9	10,2; 13,6	1,4	7,4
	Regular	35,6%	1,5	32,8; 38,6	1,8	4,2
	Mucho	52,6%	1,6	49,4; 55,8	2,0	3,1
Grado de satisfacción laboral: con el ambiente físico donde labora	Nada o poco	15,1%	1,0	13,2; 17,1	1,3	6,4
	Regular	38,9%	1,4	36,1; 41,7	1,6	3,7
	Mucho	46,1%	1,5	43,1; 49,0	1,6	3,2
Grado de satisfacción laboral: con sus compañeros de trabajo	Nada o poco	10,5%	1,1	8,5; 12,9	1,3	10,5
	Regular	39,2%	1,7	35,9; 42,7	1,3	4,4
	Mucho	50,3%	1,9	46,5; 54,0	1,5	3,8
Grado de satisfacción laboral: con la carga de trabajo que desarrolla diariamente	Nada o poco	18,5%	1,0	16,5; 20,6	1,4	5,6
	Regular	44,5%	1,2	42,2; 46,9	1,1	2,7
	Mucho	37,0%	1,3	34,,4; 39,7	1,5	3,6
Grado de satisfacción laboral: con el trato o reconocimiento que recibe de sus jefes	Nada o poco	18,3%	1,6	15,4; 21,6	1,1	8,6
	Regular	35,8%	1,9	32,2; 39,5	1,0	5,2
	Mucho	45,9%	2,0	42,0; 49,8	1,1	4,3
Grado de satisfacción laboral: con la remuneración que recibe	Nada o poco	51,2%	1,5	48,3; 54,1	1,6	2,9
	Regular	36,0%	1,5	33,1; 39,0	1,9	4,2
	Mucho	12,8%	0,9	11,1; 14,6	1,3	6,8
Consideraciones o pensamientos de índole suicida	Prevalencia de vida	16,7	0,9	15,0; 18,5	1,91	5,3
Consideraciones o pensamientos de índole suicida	Prevalencia en el mes	2,3	0,3	1,7; 3,1	1,75	14,7
Consideraciones o pensamientos de índole suicidas	Prevalencia en el año	6,3	0,6	5,2; 7,6	2,17	9,7
Intento (conductas suicidas)	Prevalencia de vida	3,6	0,4	3,0; 4,4	1,21	9,8
Intento (conductas suicidas)	Prevalencia en el mes	0,1	0,1	0,1; 0,4	1,09	47,4

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coeficiente de variación
TRASTORNOS CLINICOS EN LA MUJER UNIDA						
Trastorno de ansiedad generalizada en la mujer unida	Prevalencia a 6 meses	4,3%	0,5	3,5; 5,3	1,7	10,6
Trastorno de estrés post-traumático en la mujer unida	Prevalencia actual	1,7%	0,3	1,2; 2,5	2,1	18,8
Trastorno de estrés post-traumático en la mujer unida	Prevalencia de vida	17,8%	0,9	16,2; 19,6	1,8	4,9
Trastornos depresivos en general en la mujer unida	Prevalencia a 6 meses	8,0%	0,7	6,8; 9,4	2,0	8,2
Depresión mayor en la mujer unida	Prevalencia a 6 meses	7,4%	0,6	6,3; 8,8	1,9	8,4
Depresión mayor en la mujer unida	Prevalencia actual	4,7%	0,5	3,8; 5,8	1,8	10,3
Distimia en la mujer unida	Prevalencia actual	1,0%	0,2	0,7; 1,5	1,5	20,4
LA MUJER UNIDA MALTRATADA						
De algún tipo de abuso en la mujer unida	Prevalencia de vida	67,6	1,2	65,3; 69,9	2,10	1,7
Presencia de maltrato gral en el periodo de enamoramiento con la pareja actual (o última pareja)	Le gritaba mucho	9,2	0,6	8,1; 10,4	1,34	6,3
	Tenía arranques de violencia	9,6	0,6	8,6; 10,8	1,23	5,8
	Le engaño	18,5	0,8	17,0; 20,1	1,42	4,3
	La maltrató físicamente	8,2	0,5	7,2; 9,3	1,28	6,5
	Forzó a relaciones sexuales	6,1	0,5	5,2; 7,0	1,21	7,5
	Se mostró indiferente	13,6	0,7	112,2; 15,1	1,61	5,5
	Le mentía mucho	20,3	0,8	18,7; 22,0	1,45	4,1
	Era muy celoso	42,5	1,1	40,4; 44,7	1,69	2,6
	La controlaba mucho	30,2	1,0	28,2; 32,2	1,64	3,4
	La descuidaba por el alcohol	20,1	0,9	18,4; 21,8	1,63	4,4
	Tenía actitudes machistas	29,3	1,0	27,4; 31,3	1,64	3,4
En el periodo de enamoramiento con la pareja actual o última pareja	Presencia de maltrato general	61,3	1,2	58,9; 63,7	2,10	2,0
En el periodo de enamoramiento con la pareja actual o última pareja	Presencia de algún tipo de violencia	18,2	0,7	16,9; 19,7	1,20	4,0
Por parte de pareja actual	Prevalencia de vida de algún abuso	48,5	1,3	45,9; 51,0	1,88	2,7
Tipos de abuso por parte de pareja actual	Abuso sexual	11,4	0,8	10,0; 13,1	1,72	6,9
	Abuso físico	35,8	1,2	33,4; 38,2	1,76	3,4
	Insultos	43,1	1,3	40,6; 45,6	1,82	2,9
	Chantajes, humillaciones, etc,	21,0	1,0	19,2; 23,0	1,61	4,7
	Abandono	13,6	0,9	11,9; 15,5	1,97	6,7
Por parte de pareja actual (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de algún abuso sistemático	8,8	0,6	7,6; 10,1	1,43	7,3
En el periodo de enamoramiento con la pareja actual en la mujer maltratada sistemáticamente(por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Presencia de maltrato general	61,3%	1,2	58,9; 63,7	2,1	2,0
En el periodo de enamoramiento con la pareja actual en la mujer maltratada sistemáticamente(por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Presencia de algún tipo de violencia	18,2%	0,7	16,9; 19,7	1,2	4,0
Confianza en autoridades policiales de la mujer maltratada sistemáticamente(por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Nada o poco	76,9%	3,1	79,2; 82,5	1,36	4,1
	Regular	20,5%	3,1	15,2; 27,2	1,40	14,9
	Mucho	2,5%	1,4	0,8; 7,5	2,01	56,3
Confianza en autoridades políticas de la mujer maltratada sistemáticamente	Nada o poco	94,7%	1,8	89,7; 97,3	1,58	1,9
	Regular	4,4%	1,7	2,0; 9,4	1,69	39,3

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coeficiente de variación
Sentimientos de protección del estado de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Nada o poco	89,7%	2, 2	84,6; 93,3	1,25	2,4
	Regular	9,1%	2,1	5,7; 14,2	1,31	23,4
	Mucho	1,2%	0,7	0,4; 3,5	0,87	53,8
Sentimiento de protección de la familia de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Nada o poco	17,6%	2,7	12,9; 23,6	1,23	15,4
	Regular	32,5%	3,3	26,3; 39,3	1,22	10,2
	Mucho	49,9%	3,7	42,6; 57,2	1,36	7,5
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: trabajo o estudio de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Nada o poco	16,3%	3,1	11,0; 23,5	1,06	19,3
	Regular	26,5%	4,1	19,3; 35,3	1,26	15,4
	Mucho	57,2%	4,8	47,7; 66,2	1,36	8,3
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes): hijos y parientes	Nada o poco	18,3%	2,7	13,6; 24,1	1,16	14,7
	Regular	15,8%	2,6	11,4; 21,6	1,21	16,3
	Mucho	65,9%	3,2	59,3; 71,9	1,11	4,9
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes): pareja	Nada o poco	17,0%	2,8	12,2; 23,3	1,37	16,5
	Regular	19,9%	2,7	15,1; 25,7	1,10	13,5
	Mucho	63,1%	3,3	56,3; 69,4	1,17	5,3
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes): dinero	Nada o poco	12,0%	2,3	8,1; 17,4	1,27	19,6
	Regular	20,1%	2,8	15,2; 26,1	1,18	13,9
	Mucho	67,9%	3,7	60,3; 74,7	1,51	5,4
Prevalencia de sentimientos anímico significativos actuales de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes) TRISTE	Nunca					
	Algunas veces u ocasionalmente	45,5%	3,7	38,4; 52,7	1,3	8,0
	Siempre, casi siempre	54,5%	3,7	47,3; 61,6	1,3	6,7
Prevalencia de sentimientos anímico significativos actuales de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes) TENSO	Nunca	0,6%	0,4	0,2; 2,5	0,8	71,5
	Algunas veces u ocasionalmente	54,3%	3,9	46,5; 61,9	1,5	7,2
	Siempre, casi siempre	45,1%	3,9	37,5; 52,8	1,5	8,7
Prevalencia de sentimientos anímico significativos actuales de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes) IRRITABLE	Nunca	3,9%	1,2	2,0;7,2	1,0	32,0
	Algunas veces u ocasionalmente	65,9%	3,2	59,3; 71,9	1,1	4,9
	Siempre, casi siempre	30,3%	3,2	24,3; 36,9	1,2	10,6
Prevalencia de sentimientos anímico significativos actuales de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes) PREOCUPAD0	Nunca	0,0%	0,0%	0,0; 0,0	0,0	0,0
	Algunas veces u ocasionalmente	30,1%	3,5	23,8; 37,4	1,4	11,6
	Siempre, casi siempre	64,9%	3,5	62,6; 76,2	1,6	5,0
Prevalencia de sentimientos anímico significativos actuales de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes) TRANQUILO	Nunca	4,3%	11,7	1,9; 9,2	1,7	34,9
	Algunas veces u ocasionalmente	73,0%	3,5	65,6; 79,3	1,5	4,8
	Siempre, casi siempre	22,7%	2,9	17,6; 8,8	1,1	12,6
Prevalencia de sentimientos anímico significativos actuales de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes) ALEGRE	Nunca	0,4%	0,4	0,1; 2,7	0,9	99,6
	Algunas veces u ocasionalmente	72,8%	3,5	65,4; 79,0	1,5	4,8
	Siempre, casi siempre	26,9%	3,5	20,6; 34,2	1,5	13,0
Prevalencia de sentimientos anímico significativos actuales de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes) ABURRIDO	Nunca	11,1%	2,4	7,2; 16,7	1,4	21,3
	Algunas veces u ocasionalmente	62,1%	3,4	55,2; 68,5	1,2	5,5
	Siempre, casi siempre	26,8%	3,1	21,2; 33,3	1,6	11,4

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coeficiente de variación
Prevalencia de sentimientos anímico significativos actuales de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes) OTRO	Nunca	95 ,9%	4,1	75,6; 99,4	1,5	4,2
	Algunas veces u ocasionalmente	4,1%	4,1	0,6; 24,4	1,5	97,9
	Siempre, casi siempre	0,10%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
De consideraciones o pensamientos de índole suicida de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de vida	38,5%	3,9	31,2; 46,3	1,54	10,0
De consideraciones o pensamientos de índole suicida de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia en el mes	5,8%	1,9	3,1; 10,7	1,53	31,9
De consideraciones o pensamientos de índole suicidas de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia en el año	18,5%	3,4	12,7; 26,2	1,90	18,5
Conductas suicidas de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de vida	8,5%	2,1	5,3; 13,6	1,34	24,2
Conductas suicidas de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia en el mes	0,5%	0,5	0,1; 3,7	1,31	99,5
Conductas suicidas de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia en el año	2,5%	1,3	0,9; 6,8	1,66	51,3
De la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de la potencialidad suicida	0,3%	0,3	0,0; 2,4	0,85	100,0
De experiencias traumáticas	Prevalencia de vida	48,9%	3,6	41,9; 55,9	1,25	7,3
TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER MALTRATADA						
Trastorno de ansiedad generalizada en la mujer unida maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia a 6 meses	10,7%	3,0	6,8; 18,3	2,4	28,6
De trastorno de estrés post-traumático en la mujer unida maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia actual	2,9%	1,1	1,4; 5,9	0,99	36,9
De trastorno de estrés post-traumático en la mujer unida maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de vida	21,9%	2,8	16,8; 27,9	1,1	12,9
De trastornos depresivos en general en la mujer unida maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia a 6 meses	17,4%	2,7	12,8; 23,3	1,20	15,3
De depresión mayor en la mujer unida maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia a 6 meses	15,3%	2,6	11,8; 21,1	1,2	16,7
En la mujer unida maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia actual de depresión mayor	10,0%	2,0	6,8; 14,6	1,0	19,6
En la mujer unida maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia actual de distimia	3,4%	1,2	1,7; 6,7	1,1	35,1

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coeficiente de variación
DATOS GENERALES ADOLESCENTES						
Edad (D,S,)		14,5 años	0,1	14,4;14,6	1,7	0,4
Situación laboral	Está buscando trabajo	2,5%	0,5	1,6; 3,9	1,7	21,7
	Trabajó la semana anterior	11,4%	1,2	9,2; 14,0	2,4	10,8
SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE						
Principal problema percibido en el país	Desempleo	27,6%	1,5	24,8;30,6	1,8	5,4
	Pobreza	25,7%	1,5	22,8;28,7	1,9	5,9
	Delincuencia	11,8%	1,1	9,8;14,2	2,0	9,5
	Corrupción	9,8%	0,9	8,1;11,9	1,6	9,6
	Violencia	7,5%	0,8	6,1;9,2	1,4	10,4
	Manejo económico	4,5%	0,6	3,4;6,0	1,5	14,2
	Terrorismo	2,5%	0,5	1,7;3,7	1,6	20,0
	Narcotráfico	1,9%	0,4	1,2;2,9;	1,4	21,4
	Falta de confianza	1,2%	0,3	0,8;2,0	1,1	23,7
	Inestabilidad política	1,2%	0,3	0,8;1,9	0,9	21,1
	Otro	12,9%	0,5	2,1;4,3	1,6	18,2
Confianza en autoridades políticas	Nada o poco	82,4%	1,2	79,9;84,7	1,6	1,5
	Regular	15,4%	1,2	13,2;17,8	1,7	7,6
	Mucho	2,2%	0,4	1,5;3,3	1,5	20,1
Confianza en maestros	Nada o poco	16,9%	1,2	14,7;19,3	1,6	6,9
	Regular	29,0%	1,5	26,3;32,0	1,7	5,0
	Mucho	54,1%	1,5	51,2;57,0	1,4	2,7
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: estudio	Nada o poco	32,7%	1,7	29,6;36,1	1,9	5,1
	Regular	24,0%	1,4	21,4;26,8	1,6	5,8
	Mucho	43,3%	1,8	39,8;46,8	2,0	4,1
Prevalencia de sentimientos anímico	Triste	13,2%	1,0	11,3;15,3	1,5	7,7
	Tenso	12,4%	1,1	10,3;14,7	1,8	9,0
	Angustiado	11,9%	1,0	10,0;14,0	1,5	8,5
	Irritable	16,6%	1,2	14,4;19,0	1,6	7,0
	Preocupado	25,7%	1,3	23,1;28,4	1,5	5,2
	Tranquilo	61,7%	1,6	58,5;64,8	1,7	2,6
	Alegre	77,4%	1,1	74,6;79,9	1,7	1,7
Grado de satisfacción personal: aspecto físico	Nada o poco	11,5%	1,1	9,5;13,8	1,8	9,4
	Regular	28,5%	1,4	25,9;31,3	1,7	4,9
	Mucho	60,5%	1,6	56,8;63,2	1,8	2,7
Grado de satisfacción personal: Relaciones sociales	Nada o poco	12,5%	1,0	10,7;14,6	1,4	7,9
	Regular	28,3%	1,3	25,7;30,9	1,4	4,7
	Mucho	59,2%	1,6	56,0;62,3	1,7	2,7
Permisividad frente a la psicopatía	Prevalencia	9,9%	0,9	8,3;11,9	1,5	9,3
		39,4%	1,5	36,5;42,4	1,5	3,8
Prevalencia de tendencias delictivas	Prevalencia	9,6%	0,9	8,0;11,4	1,4	9,1
Consideraciones o pensamientos de índole suicidas	Prevalencia de vida	9,8%	1,0	8,1;12,0	1,8	10,1
	Prevalencia en el mes	3,0%	0,6	2,1;4,4	1,8	18,7
	Prevalencia en el año	6,3%	0,8	5,0;8,1	1,7	12,4
Prevalencia de tendencias violentas	Prevalencia de vida	20,6%	1,3	18,1;23,3	1,7	6,4
Conductas suicidas	Prevalencia de vida	2,9%	0,5	2,0;4,0	1,5	17,6
	Prevalencia en el mes	0,8%	0,2	0,4;1,5	1,3	31,4
	Prevalencia en el año	1,9%	0,5	1,2;3,1	1,7	23,2
Prevalencia de la potencialidad suicida	Prevalencia	0,9%	0,3	0,5;1,6	1,3	30,6
Consideraciones o pensamientos de índole homicidas	Prevalencia de vida	2,1%	0,4	1,5;3,1	1,3	19,5
	Prevalencia en el mes	0,9%	0,3	0,5;1,7	1,4	31,3
	Prevalencia en el año	1,1%	0,3	0,6;1,8	1,3	27,5

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coeficiente de variación
Tendencias religiosas	Dios es muy Importante	85,7%	1,1	83,4;87,8	1,6	1,3
	Religión ayuda a solucionar problemas	68,5%	1,6	65,4;71,5	1,8	2,3
Alto nivel de estrés ambiental (ruido, ventilación, espacio, olores)	Prevalencia	42,5%	1,7	39,1;45,9	1,9	4,1
Calidad de vida en población adolescente	Media aritmética	7,8	0,0	7,8;7,9	1,9	0,5
Ansiedad generalizada	Prevalencia a 6 meses	5,5%	0,8	4,1;7,4	2,1	15,1
Depresión mayor	Prevalencia actual	5,7%	0,7	4,5;7,2	1,3	11,7
Distimia	Prevalencia actual	0,8%	0,2	0,4;1,5	1,2	30,6
Anorexia nervosa	Prevalencia actual	0,1%	0,1	0,0;0,4	0,7	61,6
IMC inferior al umbral crítico para la talla y peso	Prevalencia	29,4%	1,6	26,3;32,7	2,1	5,5
Prevalencia actual de bulimia nervosa	Prevalencia actual	0,4%	0,2	0,2;0,9	1,3	44,4
Presencia de conductas bulímicas	Prevalencia actual	4,0%	0,6	3,0;5,2	1,4	14,3
Prevalencia de la tendencia a problemas alimentarios	Prevalencia	5,9%	0,7	4,7;7,5	1,4	11,7
Prevalencia en el mes de trastornos psicóticos	Prevalencia al mes	1,5%	0,3	1,0;2,3	1,2	22,1
Prevalencia de vida de consumo de alcohol	Prevalencia de vida	66,4%	2,0	62,4;70,2	2,8	3,0
Edad promedio de inicio de consumo de alcohol	Media Aritmética	11,9 años	0,1	11,7;12,1	1,5	1,0
Edad de inicio de consumo de alcohol por grupos etarios	4-7 años	6,3 %	0,7	5,0;7,9	1,5	11,6
	8-12 años	27,6%	1,5	24,8;30,6	1,8	5,4
	13-17años	31,9%	1,5	29,0;35,0	1,7	4,7
	Nunca	33,5%	2,0	29,8;37,5	2,8	5,9
Prevalencia en el mes de consumo de alcohol	Prevalencia al mes	14,2%	1,2	11,9;16,8	2,0	8,7
Prevalencia de embriaguez en el último mes	Prevalencia al mes	2,2%	0,4	1,5;3,1	1,2	18,0
Prevalencia actual de alguna conducta vinculada al abuso de alcohol	Por lo menos 1 criterio	27,4%	1,7	24,1;30,9	2,4	6,3
	Por lo menos 3 criterios	2,0%	0,4	1,4;2,9	1,3	19,7
Consumo de sustancias legales	Prevalencia de vida	71,1%	1,9	67,2;74,6	2,8	2,7
Consumo de sustancias ilegales	Prevalencia de vida	0,8%	0,3	0,4;1,5	1,4	33,3
Consumo de tabaco	Prevalencia de vida	24,5%	1,5	21,6;27,2	2,0	6,3
Edad de inicio de consumo de tabaco	Media aritmética	13,4 años	0,1	13,2;13,7	1,4	1,1
Consumo de tabaco	Prevalencia en el mes	7,3%	0,8	5,9;9,1	1,5	10,8
Consumo de marihuana	Prevalencia de vida	0,5%	0,2	0,2;1,2	1,7	47,9
Edad de inicio consumo de marihuana	Media aritmética	15,5 años	0,3	14,7;16,2	0,8	1,8
Consumo de clorhidrato de cocaína	Prevalencia de vida	0,1%	0,1	0,0;0,5	1,1	79,7
Consumo de inhalantes	Prevalencia de vida	0,4%	0,2	0,2;1,0	1,1	38,9
Consumo de hoja de coca	Prevalencia de vida	9,5%	1,0	7,7;11,,7	2,0	10,8
Prevalencia de embarazo adolescente	Prevalencia de vida	2,9%	0,8	1,7;5,0	1,8	26,7
Prevalencia de aborto adolescente	Prevalencia de vida	0,9%	0,6	0,2;3,2	3,3	65,9
Prevalencia de cualquier tipo de abuso (sexual, físico, o emocional del adolescente) en algún momento	Prevalencia de vida	65,4%	1,6	62,3; 68,5	1,8	2,4
Abuso de tipo sexual en el adolescente	Prevalencia de vida	2,5%	0,5	1,7; 3,8	1,9	21,2
Abuso físico en el adolescente	Prevalencia de vida	40,5%	1,7	37,2; 43,8	1,9	4,2
Abuso psicológico en el adolescente	Prevalencia de vida	55,3%	1,6	52,2; 58,5	1,7	2,9
Abandono del adolescente	Prevalencia de algún	13,1%	1,3	10,8; 15,8	2,3	9,7
Demanda sentida de problemas de salud mental (Población con problemas de SM)	Prevalencia de vida	43,2%	2,0	39,2;47,2	2,7	4,7
Demanda sentida expresada atendida en servicios de salud mental (en adolescentes)	Prevalencia de vida	6,0%	1,0	4,3;8,8	1,1	16,6

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coeficiente de variación
Demanda sentida expresada en Puestos o centros de salud (en adolescentes)	Proporción de la demanda sentida atendida	0,9%	0,4	0,4;2,1	1,3	42,6
Demanda sentida expresada en posta o policlínico ESSALUD (en adolescentes)	Proporción de la demanda sentida atendida	0,5%	0,2	0,2;1,3	0,8	46,0
Demanda sentida expresada en instituto u hospital especializado (en adolescentes)	Proporción de la demanda sentida atendida	0,1%	0,1	0,1;0,0	0,4	100,2
Demanda sentida expresada en Hospital General MINSA (en adolescentes)	Proporción de la demanda sentida atendida	1,0%	0,4	0,5;2,1	1,1	37,8
DATOS GENERALES: ADULTO MAYOR						
Edad	Media aritmética (DS)	70,66	0,4	69,91; 71,41	1,6	0,5
Edad por grupos etáreos (15 años)	Viejo joven (60-74 años)	69,2	2,0	65,1; 73,0	1,4	2,9
	Viejo viejo (75 – 84 años)	24,3	1,8	21,0; 28,1	1,3	7,4
	Muy viejo (>= 85)	6,5	1,2	4,5; 9,2	1,7	18,0
SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR						
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: hijos y parientes	Nada o poco	37,4	2,3	33,0; 41,9	1,6	6,1
	Regular	20,8	1,9	17,4; 24,7	1,5	8,9
	Mucho	41,8	2,3	37,4; 46,4	1,5	5,4
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: pareja	Nada o poco	51,8	3,2	45,5; 58,1	1,5	6,2
	Regular	12,9	2,0	9,5; 17,4	1,3	15,6
	Mucho	35,3	3,2	29,2; 41,8	1,7	9,1
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: dinero	Nada o poco	28,9	2,2	24,7; 33,5	1,7	7,7
	Regular	21,5	1,8	18,3; 25,2	1,3	8,1
	Mucho	49,5	2,2	45,3; 53,8	1,3	4,4
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: la salud	Nada o poco	20,4	1,8	17,1; 24,2	1,4	8,8
	Regular	18,6	1,9	15,3; 22,6	1,6	9,9
	Mucho	60,9	2,3	56,4; 65,3	1,6	3,7
Prevalencia de sentimientos anímico	Triste	30,2	2,0	26,3; 34,3	1,4	6,8
	Tenso	17,4	1,8	14,1; 21,3	1,6	10,4
	Angustiado	19,2	1,9	15,8; 23,3	1,6	9,8
	Irritable	15,7	1,6	12,8; 19,1	1,4	10,2
	Preocupado	40,2	2,1	36,1; 44,5	1,4	5,3
	Tranquilo	51,2	2,2	46,9; 55,4	1,4	4,2
	Alegre	45,1	2,4	40,4; 50,0	1,7	5,4
	Aburrido	16,3	1,6	13,4; 19,6	1,3	9,7
Grado de satisfacción personal global (Escala de 5 a 20)	Media aritmética	13,34	0,1	13,11; 13,57	1,8	0,9
Grado de satisfacción personal aspecto físico	Nada o poco	13,3	1,5	10,6; 16,6	1,4	11,4
	Regular	32,9	2,1	28,9; 37,2	1,4	6,4
	Mucho	53,8	2,3	49,3; 58,2	1,4	4,2
Grado de satisfacción personal: inteligencia	Nada o poco	21,7	2,2	17,7; 26,4	1,9	10,2
	Regular	32,1	2,1	28,1; 36,4	1,4	6,5
	Mucho	46,2	2,5	41,3; 51,2	1,8	5,5
Grado de satisfacción personal: nivel económico	Nada o poco	41,3	2,2	36,9; 45,8	1,5	5,4
	Regular	40,5	2,3	36,1; 45,0	1,5	5,6
	Mucho	18,3	1,9	14,8; 22,4	1,8	10,6
Grado de satisfacción personal: la profesión u oficio que estudio	Nada o poco	24,7	3,6	18,3; 32,5	1,8	14,7
	Regular	25,7	3,5	19,5; 33,2	1,6	13,6
	Mucho	49,6	4,1	41,6; 57,6	1,7	8,3
Grado de satisfacción personal:	Nada o poco	19,3	1,8	16,0; 23,1	1,4	9,3

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coeficiente de variación
Grado de satisfacción personal: relaciones sociales	Nada o poco	19,3	1,8	16,0; 23,1	1,4	9,3
	Regular	31,1	2,0	27,3; 35,1	1,3	6,4
	Mucho	49,6	2,3	45,1; 54,2	1,5	4,7
Grado de satisfacción laboral global (Escala de 5 a 20)	Media aritmética	12,9	0,2	12,6; 13,3	1,2	1,5
Grado de satisfacción laboral: con la remuneración que recibe	Nada o poco	53,6	3,6	46,4; 60,7	1,4	6,8
	Regular	32,0	3,3	25,8; 38,8	1,4	10,4
	Mucho	14,4	2,3	10,4; 19,6	1,2	16,1
Consideraciones o pensamientos de índole suicidas	Prevalencia de vida	7,3	1,3	5,1; 10,3	1,8	17,8
	Prevalencia en el mes	2,3	0,8	1,2; 4,4	1,8	32,5
	Prevalencia en el año	3,9	1,1	2,2; 6,8	2,4	28,4
Conductas suicidas	Prevalencia de vida	0,6	0,3	0,2; 1,8	1,4	55,4
	Prevalencia en el mes	-	-	-	-	-
	Prevalencia en el año	-	-	-	-	-
Tendencias religiosas	Dios muy Importante	95,1	0,9	93,2; 96,6	1,1	0,9
	Participa activamente	21,3	2,0	17,7; 25,4	1,7	9,3
	Lee escrituras religiosas	41,8	2,6	36,9; 46,9	1,9	6,1
	Transmite religión a hijos	50,7	2,3	46,2; 55,3	1,6	4,6
	Religión ayuda a solucionar problemas	84,1	1,7	80,6; 87,2	1,5	2,0
Calidad de vida de la población adulta mayor (Escala de 1 a 10)	Media aritmética	7,51	0,07	7,38; 7,65	1,4	0,9
Nivel general de discapacidad de la población adulta mayor (Escala de 5 a 20)	Media aritmética	5,47	0,11	5,26; 5,68	1,4	1,9
Alguna discapacidad funcional o inhabilidad presente en la población adulta mayor	Prevalencia de vida	44,9	2,4	40,3; 49,6	1,7	5,3
Presencia de alguna discapacidad física según informante	Prevalencia de vida	19,5	1,9	16,1; 23,5	1,6	9,6
Prevalencia actual de episodio depresivo	Prevalencia actual	3,9	0,8	2,7; 5,8	1,13	19,4
Trastorno de ansiedad generalizada (sin depresión)	Prevalencia actual	3,0	0,8	1,8; 5,0	1,53	26,1
Demanda sentida de problemas de salud mental (auto-percepción)	Prevalencia a 6 meses	20,6	1,8	17,3; 24,3	1,43	8,7
Demanda sentida expresada (atendida en servicios de salud mental)	Prevalencia a 6 meses	15,7	3,0	10,6; 22,6	1,01	19,3
Proporción de la demanda sentida atendida en posta o policlínico ESSALUD	Prevalencia	10,6	5,5	3,7; 26,9	0,92	51,5
Proporción de la demanda sentida atendida en instituto u hospital especializado	Prevalencia	1,8	1,8	0,2; 12,1	0,54	100
Proporción de la demanda sentida atendida en Hospital General MINSA	Prevalencia	31,7	10,2	15,4; 54,0	1,42	32,4
Proporción de la demanda sentida atendida en Centro de Salud Mental ESSALUD	Prevalencia	2,0	2,0	0,3; 13,3	0,60	100
Proporción de la demanda sentida atendida en Hospital General de ESSALUD	Prevalencia	33,1	12,4	14,1; 59,8	2,03	37,4
Proporción de la demanda sentida atendida en Hospital de la FFAA y Policia Nacional	Prevalencia	1,7	1,7	0,2; 11,7	0,52	100
Proporción de la demanda sentida atendida en Consultorio médico particular	Prevalencia	11,3	5,2	4,3; 26,2	0,80	46,3
Proporción de la demanda sentida atendida en Clinica particular	Prevalencia	7,9	4,6	2,4; 23,0	0,86	58,8
Problemas físicos o accidente	Prevalencia a 6 meses	56,5	2,1	52,3; 60,7	1,36	3,8
cualquier tipo de maltrato o violencia	Prevalencia anual	9,2	1,2	7,1; 11,9	1,28	13,3

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coeficiente de variación
Prevalencia de maltrato: intentos o de actos sexuales inapropiados	Prevalencia anual	0,3	0,3	0,0; 2,1	2,10	99,9
Prevalencia de maltrato: golpes, puñetes o empujones	Prevalencia anual	0,8	0,3	0,3; 1,6	0,83	39,1
Prevalencia de maltrato: insultos, agresiones verbales u ofensas	Prevalencia anual	6,0	1,0	4,3; 8,2	1,25	16,6
Prevalencia de maltrato: chantajes manipulaciones o humillaciones	Prevalencia anual	1,6	0,5	0,9; 2,9	1,09	30,5
Prevalencia de maltrato: situación de abandono	Prevalencia anual	2,8	0,7	1,7; 4,7	1,44	26,4
NIVEL DE FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO						
Nivel de funcionamiento cognoscitivo global (FOLSTEIN) puntaje total (para todo grado de instruc. sin considerar analfabetos con disyuntiva)	Media aritmética	24,5	0,3	23,9; 25,1	1,68	1,2
Nivel de funcionamiento cognoscitivo global (FOLSTEIN) puntaje total (8 o más años de instrucción, con disyuntiva entre 12 y 13)	Media aritmética	26,8	0,2	26,3; 27,3	1,27	0,9
Nivel de funcionamiento cognoscitivo global (FOLSTEIN) puntaje total (menos de 8 años de instruc. 12 o 13, 18 o 19, 22aa o 22bb)	Media aritmética	23,0	0,4	22,1; 23,8	1,65	1,9
Nivel de funcionamiento cognoscitivo global (FOLSTEIN) por 3 niveles (8 o más años de instrucción, sin disyuntiva)	Anormal (<20)	2,8	1,3	1,1; 7,0	1,19	47,0
	Dudoso (20 a 25)	39,5	4,4	31,3; 48,4	1,46	11,0
	Normal (>25)	57,6	4,4	48,8; 66,0	1,45	7,6
Nivel de funcionamiento cognoscitivo global (FOLSTEIN) por 2 niveles (corte <=22) (menos de 8 años de instruc. 12 o 13, 18 o 19, 22aa o 22bb)	Anormal (<=22)	39,5	4,1	31,9; 47,8	1,82	10,3
	Normal (>=23)	60,5	4,1	52,2; 68,1	1,82	6,7
Nivel de funcionamiento cognoscitivo global (FOLSTEIN) por 2 niveles (corte <=22) (8 o más años de instrucción, con disyuntiva entre 12 y 13)	Anormal (<=22)	7,7	2,1	4,4; 13,0	1,15	27,3
	Normal (>=23)	92,3	2,1	87,0; 95,6	1,15	2,3
Nivel de funcionamiento cognoscitivo global (FOLSTEIN) por 2 niveles (corte <=22) (todo grado de instruc. sin considerar analfabetos con disyuntivas)	Anormal (<=22)	26,8	2,9	21,5; 32,8	1,91	10,7
	Normal (>=23)	73,2	2,9	67,2; 78,5	1,91	3,9
Síndrome demencial (para todo grado de instruc, sin considerar analfabetos con disyunción) 8 años de instrucción)	Presencia	2,6	1,4	0,9; 7,4	1,17	53,9
Síndrome demencial (8 o más años de instruc, con disyuntiva entre 12 y 13) por grupos etéreos	60 a 74	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	75 omás	12,6	6,0	4,7; 29,9	1,03	47,6
Síndrome demencial (menos de 8 años de instruc. 12 o 13, 18 o 19, 22aa o 22bb) por grupos etéreos	60 a 74	6,5	2,8	2,7; 14,8	2,03	43,4
	75 omás	22,3	5,6	13,1; 35,2	1,26	25,3

ANEXO C

GLOSARIO DE TÉRMINOS Y DEFINICIONES EMPLEADAS EN EL ESTUDIO

GLOSARIO DE TÉRMINOS Y DEFINICIONES EMPLEADAS EN EL ESTUDIO

Abuso:

Severo maltrato de un individuo a otro a través del abuso físico, sexual o negligencia

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:

Experiencia en la que algún extraño o conocido, tiene acercamientos sexuales a otra persona contra su voluntad o sin su consentimiento. Incluye violación, tocar el cuerpo de la víctima o forzar a tocar el cuerpo del abusador, entre otras.

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.

Anorexia nervosa:

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.

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 tres vasos de alcohol fuerte.

Bulimia nervosa:

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 transito 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 esta 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 organizar 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.

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.

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 un 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 arteros 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 leguaje popular implica ideas repetitivas que entrañan tiempo significativo o preocupaciones rumiantes 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 del 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 pude 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 morirse.

Paranoia:
Ideas que involucran la sospecha o creencia que la persona esta 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 próximo a 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 la cuales la persona no ha sido procurada de medicinas, ropa adecuada, atención medica 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 entre ellos.

Surmenage:

Término 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, entre otros.

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:

Comportamiento que ocasionalmente ha adquirido objetos de muy dudosa procedencia o robados, o alguna vez a participado en un robo, o miente mucho desde que es adulto u 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 benzodiacepinas, los barbitúrico; a efectos del estudio se consideran 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 vuelve a experimentar 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 Sexual:

Es una acción sexual violenta que implica actos sexuales con penetración o no contra la voluntad o sin el consentimiento.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. Anales de Salud Mental 2002; XVIII (1-2): 149-153.
2. Murray CJ, López AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349: 1436-1442.
3. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. Contexto global del bienestar. En: Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Washington DC: OPS, 1997: 31.
4. Robichaud JB, Guay L , Colin C, Pothier M. Les lienss entre la pauvrété et la santé mentale: de léxclusion á léquite. Montreal: Gaëtan Morin Editeur, 1994.
5. Anicama J, Vizcardo S, Carrasco J, Mayorga E. Áreas investigadas de la violencia. En: Estudio epidemiológico sobre violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana. Lima: Oficina General de Epidemiología de la Universidad Nacional Federico Villarreal, 1999: 37-57.
6. Contradrogas. Encuesta Nacional sobre prevención y uso de drogas. Lima: 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, 1999.
7. Perales A, Sogi C, Sánchez E, Salas RE. Salud mental de una población urbano-marginal de Lima. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"- Monografía de Investigación No 2, 1995.
8. Perales A, Sogi C, Sánchez E, Salas RE. Salud mental en adolescentes del distrito de Magdalena. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" - Monografía de Investigación No 4, 1996: 51.
9. World Health Organization. The World Health Report 2001. Geneva, 2001.
10. Murphy HB. Comparative psychiatry: the international and intercultural distribution of mental illness. Berlin: Springer-Verlag, 1982.
11. Corin E, Bibeau G, Matin JC, Lapaplante R. Comprender pour soigner autrement. Montreal: Université de Montreal, 1990.
12. Comité de la Salud Mental de Québec. La santé mentale : de la biologie a la culture. Québec, 1989.
13. Perales A. Salud mental en el Perú: variables socioeconómicas, políticas y culturales. Anales de Salud Mental 1993; IX: 83-107.
14. Organización Panamericana de la Salud. Salud de la población: conceptos y estrategias para las políticas públicas saludables. Washington DC, 2000.
15. Breilh J. Epidemiología crítica, ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanas, 2003.

16. Moya J. Las otras muertes: 20 años de violencia en los andes del Perú. Lima: IX Congreso Latinoamericano de Medicina Social (ALAMES), 2004.

17. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. Anales de Salud Mental 2002; XVIII (1-2): 61.

18. Perales A, Sogi C, Sánchez E, Salas RE. Salud mental en adolescentes del distrito de Magdalena. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" - Monografía de Investigación No 4, 1996: 56.

19. Pedersen D, Gamarra J, Planas M, Errázuriz C. Violencia política y salud en las comunidades alto andinas de Ayacucho, Perú. En: La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003: 289-307.

20. Comisión de la Verdad y Reconciliación. Informe Final. Tercera parte: Las secuelas de la violencia. Capítulo 1: Las secuelas psicosociales (http://www.cverdad.org.pe/ifinal/pdf/TOMO VIII/TERCERA PARTE/I-PSICOSOCIALES.pdf). Lima, 2003.

21. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Programa de salud mental comunitaria y familiar. Plan piloto de reparaciones. Ayacucho, 2002.

22. Anicama J, Vizcardo S, Carrasco J, Mayorga E. Estudio epidemiológico violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana. Lima: Oficina General de Epidemiología de la Universidad Nacional Federico Villarreal, 1999: 104.

23. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2000.

24. Johnson E, Belfer M. Substance abuse and violence: cause and consequence. J Health Care Poor Underserved 1995;6(2):113-21.

25. Johns A. Substance misuse: a primary risk and a major problem of comorbidity. International Review of Psychiatry 1997; 9 (2-3):233-242.

26. Mariátegui J, Alva V, León O. Epidemiología psiquiátrica de un distrito urbano de Lima. Un estudio de prevalencia en Lince. Lima: Ediciones de la Revista de Neuropsiquiatría, 1969.

27. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). Washington DC: American Psychiatric Press, 1980.

28. Minobe K, Perales A, Sogi C, Warthon D, Llanos R, Sato T. Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia. Anales de Salud Mental 1990; VI: 9-20.

29. Perales A, Sogi C. Epidemiología psiquiátrica en el Perú. Anales de Salud Mental 1995; XI: 9-29.

30. Colareta JR. Prevalencia de enfermedades psiquiátricas en una comunidad rural. Tesis para optar el título de médico cirujana. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1993.

31. World Health Organization. International Clasification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision (ICD-10). Geneva,1992.

32. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. Abuso de sustancias (Cap.4). En: Salud mental en el mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Washington DC: OPS, 1997: 127.

33. Organización Mundial de la Salud. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Ginebra, 2003.

34. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA. II Encuesta Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas 2002. Lima, 2003.

35. United Nations. World population prospects. United Nations Population Division, Department of Economic and Social Affairs, New York, 2000.

36. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Proyecciones del Censo de Población 1993. Lima, 1995.

37. Huamán J. Programa de rehabilitación integral en salud mental: sub-programa de rehabilitación psicosocial. Anales de Salud Mental 1996; XII: 271-284.

38. U.S. Department of Health and Human Services. The fundamentals of mental health and mental illness. En: Mental health: a report of the surgeon general-executive summary. Rockville, 1999.

39. Lama A. Resumen Ejecutivo. En: Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú. (http:// www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/RESUMEN.HTM). Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2000.

40. Organización Panamericana de la Salud. Hoja resumen sobre desigualdades en salud. Washington DC, 2002.

41. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Principales resultados de la Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAHO) - IV Trimestre 2001 (http:// www.inei.go.pe). Lima, 2002.

42. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Washington DC: OPS, 1997: 7.

43. Henderson AS. Life experiences as causes of mental disorders: the main hypotheses. En: An introduction to social psychiatry. New York: Oxford University Press, 1988: 69-105.

44. Bernal E. Estudio psicopatológico en brujos del pueblo de Salas (Lambayeque). Anales de Salud Mental 1985; 1(1-2): 162-179.

45. Medina E. La medicina tradicional o popular. Revista de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Doctor José Horwiitz Barak 1984; 1: 155-156.

46. Glass B. El poder de la palabra en la medicina tradicional de la Costa Norte del Perú. En: Cabieses F, Camillol P. (Eds). Trabajos del II Congreso Internacional de Medicinas Tradicionales. Lima: Talleres Gráficos Marín, 1988: 157-162.

47. Caycho A. Estudio sobre el curanderismo y los curanderos en el Perú. En: Seguín CA, Ríos R. (Ed). Anales del Tercer Congreso Latinoamericano de Psiquiatría. Lima: Editorial Talleres Gráficos Villanueva SA,1969: 55-56.

48. Tejada D, Sánchez F, Mella C. Religiosidad popular y psiquiatría. Santo Domingo: Editora Corripio, 1995.

49. Kessler RC, Mickelson KD, Williams DR. The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States. J Health Soc Behav 1999; 40(3): 209.

50. Mays VM, Cochran SD. Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. Am J Public Health 2001; 91(11): 1869-1876.

51. Williams DR, Williams-Morris R. Racism and mental health: the African American experience. Ethn Health 2000; 5(3-4): 243-268.

52. Finch BK, Kolody B, Vega WA. Perceived discrimination and depression among Mexican-origin adults in California. J Health Soc Behav 2000; 41(3): 295-313.

53. Kessler RC, Mickelson KD, Williams DR. The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States. J Health Soc Behav 1999; 40(3): 218.

54. Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. Schizophr Bull 2001; 27(2): 219-225.

55. Mezzich JE, Ruipérez MA, Pérez C, Ion G, Liu J, Mamad S. The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation. J Nerv Ment Dis 2000; 188: 301-305.

56. Someya T, Uehara T, Kadowaki M, Sakado K, Reist C, Tang SW, Takahashi S. Factor analisis of the EMBU scale in a large sample of Japanese volunteers. Acta Psychiatr Scand 1999; 100(4): 252-257.

57. Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State, a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research 1975;12:189-198.

58. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP, Sheehan D, Janavs J, Baker R, Sheehan KH, Knapp E, Sheehan M. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.0. 2001; Documento proporcionado por el autor.

59. Lama A. Propuesta de preguntas para encuesta sobre salud. En: Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú. (http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/ANEX-02.HTM). Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2000.

ANALES DE SALUD MENTAL
ÓRGANO OFICIAL DEL INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL
VOLUMEN XIX - 2003 - NÚMEROS 3 Y 4

EDITOR GRÁFICO:
MARIO A. URQUIZO VÁSQUEZ.
DICIEMBRE - 2004